

**Congrès national des Observatoires régionaux de la santé :  
Les Inégalités de Santé : nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques**

Marseille : 16-17 octobre 2008

**Intervention du Professeur Didier Houssin, Directeur général de la santé**

*(Sous réserve du prononcé)*

Madame la Présidente

Monsieur le Président

Chers collègues et chers amis

Je vous remercie de m'avoir invité à participer à l'ouverture de ce congrès.

Son thème est d'actualité :

- Parce que la santé de la population de notre pays reste marquée par des inégalités importantes
- Parce que le contexte économique actuel peut contribuer à aggraver cette problématique, malheureusement récurrente.

Mais aussi

- Parce qu'il s'agit bien d'enjeux pour les politiques de santé : nous devons et nous pouvons agir, dans l'immédiat pour y faire face, et pour les réduire dans le moyen et long terme
- Que c'est au niveau régional et local que se joue l'efficacité des actions menées
- Et que l'action doit être guidée par les « savoirs » que contribuent à produire les observatoires régionaux de la santé.

**1. De quoi parlons-nous :**

Les constats sont connus et renouvelés :

- Malgré la progression générale de l'espérance de vie, des écarts persistent ou s'accroissent entre les catégories sociales, et entre les territoires

- Ces écarts concernent aussi bien les comportements à risque, les expositions professionnelles, les expositions environnementales, que l'utilisation des services de santé.

Les campagnes de prévention, que ce soit à travers des actions de dépistage ou d'éducation à la santé, peuvent conduire à court terme, paradoxalement, à accroître les inégalités sociales de santé. Un seul exemple, celui de l'obésité : selon les données des enquêtes santé menées par l'Insee, la prévalence de l'obésité avait augmenté entre 1981 et 2003 dans toute la France, mais de façon plus marquée chez les personnes sans diplôme ou ayant au plus un brevet de collègue. De même, les études OBEPI ont montré que la prévalence de l'obésité était passée, entre 1997 et 2006, de 4,3% à 5,4% pour les personnes disposant des revenus les plus élevés, mais de 12,1% à 18,8% pour ceux disposant des revenus les plus faibles, avec une progression régulière des écarts entre ces deux extrêmes. Chez les enfants, la prévalence du surpoids et de l'obésité s'est stabilisée ou réduite entre 2001-2002 et 2004-2005 pour les enfants de cadres ou de professions intellectuelles supérieures, alors qu'elle a augmenté pour les enfants dont le père est ouvrier (Enquêtes DREES chez les enfants de CM2).

La persistance d'inégalités évitables reste inacceptable dans notre pays, au nom des valeurs qui fondent notre République et notre pacte social : la réduction de ces inégalités de santé est une priorité des politiques de santé. Cette priorité est un des fondements de la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004, même si elle aurait pu être mieux explicitée.

Les actions à mettre en œuvre doivent répondre aux besoins immédiats des populations les plus vulnérables, notamment pour l'accès aux services de santé ; elles doivent aussi intervenir plus en amont sur les déterminants à l'origine des problèmes de santé, qui échappent pour une bonne part au domaine de responsabilité du ministère chargé de la santé.

## **2. Nous avons acquis de l'expérience, en particulier vis-à-vis des groupes vulnérables et en situation de précarité :**

### **2.1. Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS),** issus de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, sont devenus une composante obligatoire des Plans régionaux de santé publique créés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Ces PRAPS, qui ont pour but d'adapter les dispositifs de droit commun aux besoins des populations vulnérables en assurant une approche transversale entre santé et social, nous ont notamment fait progresser dans le « *décloisonnement entre santé et social, entre les divers*

*services de l'Etat concernés, entre les services déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales, avec le monde associatif, pour l'amélioration des pratiques à l'égard des publics en situation de précarité ou d'exclusion »<sup>1</sup>*

Les recommandations publiées en décembre dernier pour leur actualisation<sup>2</sup> insistent sur l'importance de mesurer leurs effets, et de prendre en compte les " bonnes pratiques" repérées dans ce champ "tant au niveau national qu'au niveau européen".

## **2.2 Des actions innovantes territorialisées ont été menées dans le cadre des « Ateliers Santé Ville » (ASV)**

Avec la création des ASV, la santé est devenue une des 5 thématiques prioritaires de la politique de la ville, prolongeant les démarches de santé publique menées au niveau des villes portées historiquement par les villes membres du "réseau français des villes santé de l'OMS ».

Les ASV apportent à la politique régionale de santé publique l'atout d'une plus-value transversale et participative pour des interventions localisées. Le Conseil national des villes (CNV), dans son avis du 26 septembre 2007, a souligné leur apport pour la prise en compte des réalités territoriales et sociales et pour soutenir la mobilisation des acteurs des villes dans le cadre régional de la coordination mise en place par la loi relative à la politique de santé publique.

Je sais que les observatoires régionaux de la santé prennent part souvent au diagnostic fondant la programmation locale. Comme à St Etienne par exemple, ce genre de diagnostic permet de croiser différents types de données : des indicateurs quantitatifs (données démographiques, données sanitaires et sociales ...), des informations résultants d'entretiens avec des acteurs locaux, des données sur les conditions de vie dans les quartiers... Ceci me semble très important pour pouvoir associer la communauté des acteurs locaux (élus, institutions, professionnels, associations, habitants ...) à la compréhension des phénomènes et à la reconnaissance du rôle des uns et des autres pour apporter des solutions. C'est, je pense, une bonne manière de sensibiliser et impliquer la population, tout en faisant valoir à d'autres niveaux les limites de l'action locale.

---

<sup>1</sup> IGAS : rapport de mai 2004 sur la "synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions"

<sup>2</sup> Circulaire DGS/2007/n° 430 du 7 décembre 2007

### **2.3 Des moyens spécifiques sont inscrits dans le programme « Sécurité sanitaire et prévention » de la Direction générale de la santé :**

Les données issues du système d'information des PRSP - système d'information qui a vocation à effectuer un suivi des actions de santé publiques menées par les groupements régionaux de santé publique – montrent que 40 % des actions menées en 2007 par les GRSP concernent la population précaire.

Mais ces interventions, importantes et nécessaires pour répondre aux besoins immédiats des groupes les plus touchés par les inégalités de santé, ne sont pas à elles seules suffisantes pour réduire ces inégalités.

Les inégalités sociales de santé reposent, pour l'essentiel, sur des facteurs indépendants des services de santé : l'environnement physique et social, les conditions d'activité professionnelle, les conditions de vie. Le ministère chargé de la santé doit aussi chercher à mobiliser les acteurs pluridisciplinaires qui peuvent intervenir sur ces facteurs, en dehors du champ des services de santé.

### **3. Quelles perspectives d'action ?**

Il est désormais essentiel de franchir une étape, d'accentuer nos efforts et de réorienter nos actions : il faut vouloir inverser les évolutions négatives que nous observons.

Pour cela nous disposons, au-delà des menaces qui pèsent actuellement sur le secteur financier, d'un contexte général favorable à l'expression d'une volonté politique forte et à l'émergence de nouvelles stratégies :

- **Au niveau de la planète**, la commission des déterminants sociaux de l'OMS, présidée par Michael Marmott, vient de publier ses recommandations pour « *Comblent le fossé en une génération* ». La commission énonce trois principes d'action : 1) améliorer les conditions de vie quotidienne 2) lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources 3) mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action. Le thème de votre congrès est particulièrement bien en résonance avec la dernière de ces trois recommandations.
- Les pays de la **région Europe de l'OMS** viennent d'adopter une charte des systèmes de santé qui met en avant des valeurs de solidarité et d'équité ainsi que la nécessité d'actions intersectorielles pour lutter contre les inégalités.

- La France doit aussi s'appuyer sur la prise en compte des inégalités de santé **au niveau de l'Union Européenne** qui s'opère d'ores et déjà dans différents registres :
  - la politique régionale, pour soutenir les économies et les infrastructures de santé des pays et des régions de l'UE qui restent en retard ou ont des besoins spéciaux ;
  - la politique de recherche, pour identifier les causes des inégalités de santé socio-économiques ;
  - les dispositions prises en matière de santé publique puisque la réduction des inégalités de santé est un objectif explicite du programme d'actions pour 2003-2008, et reste un axe fort du prochain programme 2008-2013<sup>3</sup>.
  - Le groupe d'experts sur "les déterminants sociaux et les inégalités de santé" réuni depuis 2006 sous l'égide de la Commission européenne, groupe auquel la France participe, permet un partage d'information et d'expériences entre les Etats membres sur leurs programmes et actions (par exemple les programmes « closing the gap » et « determine »), il permet aussi une démarche commune d'amélioration des connaissances sur les déterminants de la santé.
  - Je sais aussi que votre Fédération nationale concourt à la production de ce savoir Européen, avec le soutien de la Direction générale de la santé, au travers du projet « I2SARE ». Celui-ci a pour but de contribuer à l'analyse des inégalités de santé dans les régions d'Europe par la réalisation d'un « profil de santé » utilisant les indicateurs de santé disponibles, pertinents et comparables pour chacune des régions des 27 pays de l'Union Européenne. Il a en perspective la détermination d'une typologie et d'une classification de ces régions, en prolongeant l'analyse au niveau infrarégional lorsque les données seront disponibles;
- **Au niveau national**, les quatre rapports sur lesquels s'est appuyée la préparation du projet de loi « hôpital, patients, santé, territoire » (Ritter, Larcher, Bur, et surtout Flageolet,) ont constaté la persistance d'inégalités de santé (sociales, géographiques, d'accès ou de recours aux services de santé –soins et prévention) et tiré la sonnette d'alarme !

**Il est essentiel que la France fasse apparaître, de façon transversale, la lutte contre les inégalités de santé au sommet de la hiérarchie de ses priorités de santé.**

---

<sup>3</sup> Lequel comprend en effet les 3 objectifs suivants : renforcer la sécurité sanitaire des citoyens ; promouvoir la santé en tenant compte de l'objectif de réduction des inégalités de santé ; générer et diffuser l'information et la connaissance

Nous avons déjà travaillé et une stratégie santé/précarité a été élaborée en 2005 par le ministère de la santé, associant la DGS (pilote), la DHOS, la DGAS, la DREES, et la DIV. Cette première stratégie relevait l'intrication des diverses causes qui, dès l'enfance, marque le processus menant à la mauvaise santé. Les propositions visaient à :

- Mettre effectivement les populations que l'on cherche à atteindre au cœur des politiques de santé publique,
- Améliorer l'accès à une couverture maladie,
- Améliorer l'accès à des soins de qualité,
- Agir précocement sur l'enfant et la famille,
- Accentuer l'effort de prévention en agissant sur les principaux facteurs de risque comportementaux et environnementaux,
- Mener des actions spécifiques,
- Encourager la recherche et la diffusion des savoirs.

Il faut reprendre, actualiser et poursuivre ces travaux pour les transformer en stratégie interministérielle de lutte contre les inégalités de santé. Je compte proposer une **nouvelle stratégie globale et spécifique dans ce domaine** :

- Cette nouvelle stratégie de lutte contre les inégalités de santé devra définir (ainsi que le recommande l'UE) des objectifs pour promouvoir une santé équitable, avec des indicateurs de résultats chiffrés et datés par rapport à des objectifs spécifiques, en termes de résultats finaux, comme dans le rapport annexé à la loi de 2004, mais aussi de résultats intermédiaires correspondant à des actions et à des acteurs bien identifiés (comme par exemple au Royaume-Uni et aux Pays-Bas).
- Cette nouvelle stratégie de lutte contre les inégalités de santé a vocation à être conduite par la Direction générale de la santé qui devra impulser et animer une forte dimension interministérielle et pourra s'appuyer sur le Comité national de santé publique qui a pour mission d'assurer la coordination interministérielle sur les questions de santé publique.
- Cette stratégie devra nécessairement reposer sur le développement d'une approche territoriale des inégalités. Cette approche territoriale sera prise en compte au titre du futur schéma de prévention des Agences régionales de santé. Elle doit notamment comprendre les composantes suivantes :

- développer l'observation territoriale de la santé, dans toutes ses composantes, et de ses déterminants,
- généraliser l'élaboration de projets et de contrats locaux de santé "publique" (prévus dans le texte du projet de loi « Hôpital patients santé territoires »), après avoir établi des diagnostics partagés dans lesquels les ORS trouveront toute leur place.
- en particulier, renforcer en lien avec l'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, la qualité des démarches et actions de santé publique menées dans les « ateliers santé ville », les rendre visibles et les sécuriser.
- développer des actions de prévention sur des publics spécifiques vulnérables et des actions spécifiques de sensibilisation (aux dépistages par exemple),
- enfin faire en sorte que les problématiques de santé publique puissent être inscrites dans les projets d'aménagement et de développement des territoires portés par les élus, puisque la santé est fortement déterminée par la qualité de ce développement.

Enfin, au moment où la loi de santé publique de 2004 sera révisée, à l'issue des travaux d'évaluation, d'analyse et de propositions que mène actuellement le HCSP, il sera nécessaire de définir précisément les problèmes de santé pour lesquels des progrès devront être accomplis.

De nombreux travaux existent et sont régulièrement publiés, votre congrès en témoigne. Je m'interroge cependant sur l'opportunité de mieux tirer parti **des connaissances disponibles sur la thématique des inégalités de santé, mais aussi sur les principes qui peuvent nous permettre d'acquérir systématiquement des connaissances utiles à partir de la diversité des expériences mises en œuvre**, afin d'aider à dégager des axes prioritaires de réflexion et de mise en œuvre de la nouvelle stratégie de lutte contre les inégalités de santé que je souhaite définir.

Vous en discuterez pendant ces deux jours, et je vous en remercie.