

Les inégalités sociales de santé
Observations et propositions du GT ISS
basées sur le PRS2 et sur le document de la « stratégie régionale
de réduction des inégalités de santé de juillet 2021 »)

La région Ile-de-France est la région de France métropolitaine où les inégalités sociales et territoriales de santé sont les plus contrastées. C'est donc un enjeu prioritaire que la CRSA souhaite rappeler en amont de l'élaboration du PRS 3, la santé étant l'affaire de tous et pas seulement des professionnels de santé ou des malades.

La réduction des inégalités de santé a été un axe clairement affiché dans le PRS2 2018-2022

- 1) Le PRS 2 a inscrit la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement dans son projet stratégique, et en a préconisé une déclinaison dans tous les projets selon deux axes :
 - La réduction du gradient social de santé¹ dans les 5 axes du PRS2 ;
 - Le PRAPS programme régional d'accès à la prévention et aux soins dans les populations les plus démunies.
- 2) La réduction des inégalités de santé est évoquée à de nombreuses reprises dans le PRS2 tout au long des 5 axes proposés, mais dont les déclinaisons opérationnelles ont rarement été définies. Il n'y avait que peu voire aucune modalité ni critère d'évaluation prévus.
- 3) Par ailleurs, la méthodologie d'élaboration du PRS2 y était peu développée. En particulier elle n'est pas assez explicite sur les modes de concertation, de participation voire de co-construction du projet régional de santé avec les usagers du système de soins ou avec les différents acteurs.

Un avis favorable (sous conditions) de la CRSA pour les PRS2

Le PRS2 avec sa problématique transversale portant sur les ISS avait fait l'objet d'un avis favorable de la CRSA avec toutefois les réserves suivantes : nécessité d'un budget spécifique, de moyens humains adaptés aux besoins, inclusion de la feuille de route élaborée par le groupe inégalités de santé dans les projets de santé, et d'une évaluation de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La stratégie régionale de réduction des inégalités de santé juillet 2021 : une déclinaison plus opérationnelle

« La stratégie régionale de réduction des inégalités de santé » rédigée par la DSP de l'ARS l'été 2021 est un document additionnel, non réglementaire, s'appuyant sur

¹ Les [Inégalités de santé](#) sont souvent observées le long d'un gradient social, qui est une « diminution progressive ou linéaire de l'état de [santé](#) selon que le positionnement sur l'échelle social est basse » (Marmot 2004). Ce gradient existe dans tous les pays, riches ou pauvres, et la tendance peut être observée lorsque l'on examine des facteurs tels que le revenu, le niveau d'éducation, la région géographique. Cela signifie que plus la situation d'un individu est favorable, meilleures sont ses chances de jouir d'une bonne santé et d'une vie plus longue. Les actions de santé ciblant le gradient social de santé, **concernent toute la population**, mais seront appliquées selon un « universalisme proportionné » ciblant par des formes d'actions spécifiques et/ou plus intenses, davantage les populations de faibles revenus/éducation afin de ne pas accroître les inégalités de santé.

les principes du PRS2 mais plus opérationnel. Des leçons ont été tirées des actions mises en place souvent à l'initiative des acteurs de terrain lors de l'épidémie de Covid.

Ce nouveau document donne des exemples de stratégie et d'actions plus concrets et opérationnels que dans le PRS2 en insistant sur des aspects organisationnels. Elle argumente :

- La nécessité de mettre en place des stratégies d'alliances avec différents acteurs pour dépasser les logiques de « silos » ;
- L'importance de cibler les populations les plus défavorisées² qui peuvent ne pas avoir accès aux actions et accompagnements destinés à tous, parce qu'elles ne sont pas adaptées à leurs particularités (exemple : fracture numérique, manque de mobilité, etc.)
- Le renforcement des logiques « d'aller vers » pour toucher les populations là où elles se trouvent ou de « ramener vers » pour les faire entrer dans le droit commun.
- la nécessité de concevoir des politiques et actions davantage tournées vers les déterminants de vulnérabilité en santé, élargis et structurels.
- La prise en compte de déterminants structurels (logement, aménagement du territoire, désenclavement de quartiers, aménités, organisation sociale, organisation et conditions de travail, scolarité) dans des stratégies à élaborer avec d'autres acteurs que ceux du soin tels que les grandes associations caritatives, mais aussi avec les acteurs de l'éducation, du sport, de la culture...³
- La prise en compte dans et au-delà des stratégies de réduction des inégalités de santé, des processus de discrimination et de stigmatisation qui participent aux inégalités de santé et qui éloignent de l'accès à leurs droits, les populations les plus à l'écart.

Préconisations du GT ISS de la CRSA :

Dans la ligne droite de l'avis de la précédente CRSA, les nouveaux mandats de cette instance réaffirment avec force et conviction la nécessité de faire de la réduction des inégalités de santé un axe prioritaire à inscrire dans le PRS3.

La CRSA souhaite que l'engagement qui est celui de l'ARS dans ce domaine, perdure et se renforce en tenant compte des acquis engrangés durant l'épidémie, qui ont concrétisé des partenariats nouveaux et des actions innovantes tels que résumés ci-dessus.

Elle souscrit sans réserve à l'objectif de réduction des inégalités de santé, et émet :

Des recommandations pour y parvenir

- Miser plus sur l'approche de santé « communautaire », entendue comme une notion d'appartenance à un contexte collectif qui soutient et encourage l'implication et la participation des personnes concernées. L'inscription dans le collectif de la reconnaissance de la légitimité des

2 Cela concerne des populations diverses, éloignées de la prévention, dépistage et soins, défavorisées socialement, isolées, en situation de handicap etc...

3 La CRSA souhaite que soit également pris en compte les acteurs de la santé au quotidien (pharmaciens), de la petite enfance, de la médecine scolaire ou celle de la prévention au travail – et des actions de prévention financées par la CNSA.

compétences de chacun, favorise la capacité d’agir des citoyens et un contexte de partage de pouvoir et de savoir entre eux et les professionnels⁴.

- Mieux connaître et soutenir l’implication des collectivités territoriales, avec davantage de concertation et de remontée d’expériences des acteurs locaux.
- Repérer et signaler aux responsables des politiques publiques concernées les problématiques des facteurs de santé mentale/conditions de travail/conditions de logements/conditions de transports et d’accessibilité/organisation scolaire et pédagogie, qui constituent des points de vulnérabilité.
- Remédier à l’accumulation des dispositifs par leur évaluation et leur mise en cohérence, en évitant leur superposition et la redondance qui épuise et désoriente les acteurs du soin et les usagers à qui ils sont destinés. (et arrêter de changer les noms des dispositifs, même si le contenu est en partie modifié ou amélioré, les changements de dénomination sont source de confusion et de gêne pour un bon repérage de qui fait quoi)
- Porter à la connaissance et faire s’approprier les thématiques relatives aux inégalités sociales de santé par l’ensemble des acteurs de terrain (professionnels de santé, personnels des administrations déconcentrées de l’état, agents des collectivités territoriales, usagers du système de soins, citoyens) pour une meilleure cohérence des politiques publiques face au défi de leur réduction.

La CRSA approuve la tenue d’un séminaire annuel sur les actions de réduction des inégalités de santé, proposée dans ce deuxième document et souhaite y être associée. De même, être associée au comité stratégique de pilotage régional qui y est mentionné.

Des préconisations sur le processus d’élaboration du PRS3 à l’approbation de la CRSA : un processus de co-construction avec l’ensemble des parties prenantes et des usagers

La CRSA souhaite :

-que soient préparés des diagnostics territorialisés de santé à différents niveaux géographiques et tenant compte des pratiques territoriales (quantitatif et qualitatif) pour appuyer l’élaboration du PRS3.

-qu’une méthodologie de co-construction⁵ (processus et calendrier) prenant en compte l’ensemble des acteurs de la démocratie sanitaire à l’œuvre dans les CTS, CLS, CLSM,... là où existe une implication renforcée des habitants/usagers/citoyens, soit déployée, et ainsi permettre une participation de l’ensemble des usagers et parties prenantes en matière de santé qu’il s’agisse de promotion, de prévention, de dépistage, de soins ou d’accompagnement, par secteur et par niveau géographique du plus local au plus large. La CRSA demande également à y être associée, pour contribuer au choix des thèmes et des axes du futur PRS3, en amont de la révision du PRS pour lequel elle doit donner son avis.

-que soit développée une relation de confiance transparente et un accompagnement mutuel entre l’ARS et les parties prenantes/usagers, inscrits dans ce processus de co-construction du PRS.

4 Critères du SEPSAC : Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire.

5 Une formation à la co-construction et au développement du pouvoir d’agir à destination de l’ensemble des acteurs dont les usagers (au sens large) du système de santé est sans doute nécessaire

-que soit élaboré, simultanément à l'élaboration du PRS3, son plan d'évaluation intermédiaire et finale,⁶ en prévoyant les étapes et les acteurs qui en seront partie prenante, les critères précis, et la méthode qui sera mise en œuvre.

-que la CRSA soit associée à cette évaluation qui doit certes tenir compte des données probantes mais aussi des expériences de terrain des usagers, de celles des professionnels de santé et des politiques institutionnelles locales.

6 Sans omettre des éléments d'évaluation économiques