**DETERMINANTS DE LA SANTE / MOBILISATION DES POLITIQUES PUBLIQUES POUR LA SANTE ET LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE**

La nécessité de la mobilisation des politiques publiques en faveur de la santé et/ou, ce qui revient pratiquement au même, celle de l'action sur ce qu'on appelle les déterminants de la santé, sont affichées depuis maintenant longtemps par les pouvoirs publics.

Mais force est de constater que, soit par manque d'ambition et de volonté, soit par impréparation méthodologique et très certainement la combinaison des deux, l'échec institutionnel dans ce domaine est patent.

Ce qui suit propose, dans le cadre de notre contribution au futur PRS, d'enjamber cette difficulté en conjuguant interventions sur les déterminants de la santé et lutte contre les inégalités sociales et territoriales, c'est à dire d'aborder ce qu'en épidémiologie on dénomme les déterminants sociaux de la santé.

Ceci via une démarche conventionnelle articulant, sur la durée du PRS, santé publique et développement social et donc les acteurs légitimes de ces deux composantes de l'action publique, chacun de ces acteurs contribuant à la concrétisation d'une logique "gagnant/gagnant". En effet, le développement social sans l'accès à la santé perd de son efficience et la santé sans l'accompagnement social est trop souvent impossible.

Au cœur de ceci se trouvent deux enjeux essentiels qui se complètent : les inégalités constituent un obstacle majeur au plein exercice de la démocratie sous toutes ses formes comme un frein à l'épanouissement de la personne humaine.

Le premier thème, celui de la mobilisation des politiques publiques pour la santé, figure comme l'un des six axes proposés par l'ARS pour le contenu du PRS 3, sous l'intitulé suivant: "fédérer les acteurs autours d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques".

Alors que dans les priorités retenues, toujours pour le PRS 3, figure l'objectif :"la réduction des inégalités sociales de santé, le pouvoir d'agir et la territorialisation des actions".

Il parait donc tout à fait opportun de conjuguer l'un des quatre thèmes de la contribution du CTS du Val de Marne au PRS 3, à savoir l'action sur les déterminants de la santé ou la mobilisation des politiques publiques pour la santé d'une part et, d’autre part, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales, "fil rouge" de la démarche générale proposée par ce même CTS.

En s’attachant à ce que l'on appelle en épidémiologie, les déterminants sociaux de la santé, soit l'articulation entre la production des sciences sociales et celle de l'épidémiologie, domaine où notre pays, comparativement aux pays anglo-saxons notamment, a accumulé d’ailleurs un retard certain du point de vue de la recherche.

Il convient de noter parallèlement que cette préoccupation apparaissait d'ores et déjà parmi les cinq axes du PRS 2 selon la formule :"Inscrire la santé dans toutes les politiques publiques" avec un plan d'action qui reposait à l'époque plutôt sur les moyens d’information entre les différents acteurs à l'échelon de la région que sur une réelle coordination des politiques publiques.

Mais, faute d'évaluation, à ce jour, du PRS 2, il est difficile de quantifier précisément ce que la mise en application de ce plan d'action a permis.

Quant au PRSE 3, selon le bilan effectué en octobre 2022, la démarche  conçue avec l'ADEME au titre des politiques d'aménagement, a consisté essentiellement à la prévention des expositions environnementales des femmes et des jeunes enfants dans les centres de consultation ( dont celui du CHI de CRETEIL ), via la formation des professionnel.le.s de santé et de la petite enfance et; parallèlement, à l'accompagnement de deux collectivités locales  dans leurs établissements d'accueil de la petite enfance.

L’approche politique qui se fonde sur les déterminants sociaux de la santé, sur la base de ce qui a été fait jusqu'ici sur cette problématique, mais surtout de l'enjeu qu'elle implique quant aux objectifs à proposer au contenu du PRS 3, donc dans une démarche à moyen terme permettant de dépasser l'immédiateté des questions conjoncturelles, s'avère donc totalement opportune.

Ceci pour plusieurs raisons qui se cumulent.

Tout d'abord, le fait que l'Ile de France, si elle est la région la plus développée sur le plan économique dans l'Europe des 27 en concentrant 4% du PIB européen, est aussi la région de France où les inégalités sociales et leurs incidences sur la santé sont les plus fortes.

Ensuite, le fait que les inégalités sociales de santé perdurent et s'accroissent à l'encontre des valeurs républicaines qui devraient gouverner toutes les politiques publiques comme le concept de cohésion sociale qui s’exprime, selon BOURDIEU, par les liens et les solidarités entre les groupes au sein d'une société.

Ainsi, l'étude de la DREES, mise à jour à la mi-octobre dernier, souligne que l'état de santé de la population connait "une évolution contrastée parcourue de fortes inégalités", avec un amoindrissement  de la croissance de l'espérance de vie sur dix ans (hors baisse conjoncturelle liée au COVID en 2020), avec une espérance de vie sans incapacité à 65 ans qui ralentit aussi mais qui progresse plus rapidement que l'espérance de vie à 65 ans, avec des inégalités sociales de santé qui se manifestent dans l'apparition de maladies chroniques qui surviennent et touchent plus fréquemment les personnes à faibles revenus. La « révolution épidémiologique » selon laquelle les maladies chroniques prennent le pas dans les pathologies en général, s'appliquerait donc de façon différenciée selon les catégories sociales.

Comme l'incidence, toujours selon la DREES, chez les 15 ans et plus, de la dépression qui varie du simple au double selon le niveau de vie, ceci à titre d'illustration

S'attacher à la prise en compte des déterminants de la santé s'avère donc essentiel.

En les distinguant des facteurs de risque (du type tabagisme = cancers, par exemple) proprement dits pour comprendre comment se génèrent ces constats aussi différents dans les champs de la santé et s'attaquer donc à leurs origines, aux mécanismes qui les caractérisent.

En prenant pour ceci le concept de santé au sens vrai, incluant la prévention comme l'accès aux soins et la qualité de ces derniers.

En mesurant l'impact d'un recours tardif au système de soins.

Et en intégrant la diversité des facteurs socio-économiques comme le revenu ou le patrimoine, l'éducation et la profession, le logement, l’accessibilité aux équipements collectifs, l'isolement social, l'ethnicité, comme le souligne Marcel GOLDBERG dans ses travaux d'épidémiologiste.

Et en retenant l'essentiel des préconisations formulées par le groupe thématique " inégalités sociales de santé, observations et propositions", rattaché à la CRSA. A savoir :

* tirer tous les enseignements de la crise COVID par la mise en application opérationnelle contre les inégalités
* construire des stratégies d'alliances entre les acteurs pour dépasser les logiques de "silos"
* cibler les populations les plus vulnérables du fait de la fracture numérique et/ou de l'absence de mobilité
* renforcer les logiques "d'aller vers" et de "ramener vers"
* identifier les processus de discrimination et de stigmatisation qui participent à la construction des inégalités et éloignent les populations de leurs droits…

Cette démarche axée sur les déterminants sociaux de la santé doit par ailleurs être distinguée de celle qui préside à l'élaboration du prochain PRSE puisque cette dernière se focalise par essence sur les enjeux environnementaux, au sens strict du terme. De même, elle est d’une autre nature que la démarche du PRAPS qui concerne quant à elle les personnes les plus démunies (listées par l’ARS comme étant principalement : les personnes sans chez soi, les jeunes en errance, les migrants, les personnes en situation irrégulière, les travailleurs saisonniers, les gens du voyage, les détenus, les personnes en situation de prostitution, les familles monoparentales).

Si l'ARS fait sienne cette priorité qui est de prendre concrètement en considération les déterminants sociaux de la santé dans le contenu du futur PRS 3, ceci implique pour les cinq ans qui viennent le déploiement progressif d’une démarche sans aucun doute inédite avec ses partenaires, au premier rang duquel les collectivités territoriales, Région, Départements et Communes, et spécifiquement dans le cadre institutionnel de la Métropole du Grand Paris, les Etablissements publics territoriaux.

De toute manière, les collectivités territoriales comme les établissements publics de coopération intercommunale à statut particulier que sont, en Ile de France, la Métropole du Grand Paris et les Etablissements publics territoriaux, développent toutes et tous des politiques qui ont dans leur quasi-totalité des incidences sur la santé.

Mais en privilégiant toutefois les Départements et les Communes compte-tenu de leurs capacités opérationnelles, sans sous-estimer les limites qu'elles rencontrent, dans les champs de l'action sociale, indispensables à la cohérence d'ensemble.

Et aussi parce que les politiques départementales comme communales s'exercent dans la proximité, facteur d'une prise en compte au plus près des besoins comme facilitant l'intervention citoyenne, c'est à dire l'expertise du quotidien indispensable à la réussite de toute politique publique

Sans oublier, bien évidemment, les autres services de l'Etat dont ceux chargés de l'éducation et de la politique de la ville et le mouvement associatif dont le réseau des associations caritatives dont l'activité complète celle des services publics.

Les contrats locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale constituent des leviers intéressants pour favoriser la prise en compte des enjeux santé dans toutes les politiques au niveau local et agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé. L’approche intersectorielle proposée dans ces démarches permet d’activer des leviers d’actions dans le champ sanitaire (prévention, accès aux soins…) mais également dans d’autres politiques sectorielles impactant la santé (éducation, action sociale, logement, habitat, aménagement urbain...). Il convient de conforter ces démarches à travers un pilotage renforcé, une mobilisation plus importante des politiques publiques non sanitaires et une coordination locale solide.

La prise en compte des déterminants sociaux de santé est également centrale dans les contrats de ville engageant l’Etat les collectivités et de nombreux partenaires. Ces contrats arrivent à terme en fin d’année 2023 et sont actuellement en cours d’évaluation. Actuellement, la santé ne constitue pas un pilier à part entière des contrats de ville mais est intégrée au pilier cohésion sociale. Dans les contractualisations à venir, il convient d’affirmer de manière plus forte la place de la santé (pilier dédié à la santé en articulation étroite avec les autres piliers).