

Inégalités de santé : Affronter les réalités

Les programmes et déclarations politiques en période électorale évoquent la montée des inégalités, inégalités sociales surtout et, sur un registre un peu différent, l'accélération de la fracture territoriale.

Le monde de la santé invoque volontiers, de son côté, les inégalités sociales de santé, parfois les inégalités sociales et territoriales de santé.

Quant à l'opinion publique et aux médias, deux faits territoriaux, la désertification médicale et l'exposition aux risques environnementaux, focalisent leur attention.

À l'issue de deux années de pandémie, à quelques semaines des élections présidentielle et législatives, où en est-on des inégalités de santé, qui avaient émergé comme thématique d'intérêt des débats en 2017 ?

Une prise de conscience dispersée

Les inégalités sociales de santé, amplement documentées dans la littérature française et internationale, se vérifient dans les variations d'état de santé, de comportements ou de recours au système de santé.

Elles sont paradoxalement quasiment absentes du débat public (hors période électorale). Treize ans d'écart de durée de vie en moyenne entre les hommes ayant respectivement les plus faibles et les plus hauts revenus. C'est une différence comparable à celle qu'on connaît en termes d'espérance de vie entre la Suisse et le Tadjikistan... et cela n'émeut guère.

Au demeurant, il ne s'agit pas seulement d'un phénomène binaire, opposant les catégories sociales les plus favorisées à celles qui le sont moins, mais d'un gradient social décroissant, qui concerne tous les groupes sociaux, qu'ils soient classés selon la catégorie socio-professionnelle, le niveau de revenus ou de diplôme.

Dans l'esprit de beaucoup, l'inégalité sociale globale trouverait son illustration, son résultat en quelque sorte, dans l'inégal état de santé. En d'autres termes, il n'y aurait pas grand-chose à faire, en matière d'orientation de la politique de santé. Les inégalités territoriales de santé sont, quant à elles, bien plus évoquées, parce que les élus locaux et les populations en appellent à l'État et à sa responsabilité et parce que les instances représentatives des différentes professions de santé se sont saisies de la question de la désertification médicale.

Après avoir réclamé des établissements de soins, puis exigé que ceux-ci soient maintenus, les élus mettent aujourd'hui en priorité la préservation ou la reconstitution, à l'échelle locale, de l'offre de santé de tous les jours, médecins généralistes notamment.

Sporadiquement, la question environnementale mobilise aussi à l'échelle locale, lorsque des émissions de polluants sont suspectées ou avérées et lorsque des effets sur la santé sont redoutés.

En revanche, l'inégalité territoriale d'état de santé n'alimentait guère la presse et était quasiment absente des réseaux sociaux... du moins avant que le suivi des nouveaux cas et du nombre d'hospitalisations et de morts liées au COVID viennent incarner la dimension spatiale de la santé.

Ceci dit, la territorialisation de la politique de santé est encore aujourd'hui une réalité peu tangible. Les trois mois d'espérance de vie que l'on gagnait chaque année en France avant le COVID ne bénéficiaient pas à tous les territoires, loin s'en faut. Mais cette divergence territoriale caractérise ce qui est assimilé à des réalités structurelles : offre de soins, état de santé, environnement, déclin ou attractivité économique.

A l'heure du bilan

Au terme de l'actuel quinquennat, le bilan des politiques publiques dans la réduction des inégalités de santé apparaît en-deçà des ambitions initiales.

Ma santé 2022, souvenons-nous, entendait concrètement améliorer la santé des Français. Il s'agissait d'en faire l'axe principal de la politique, ce qui justifiait de déployer le 100% santé et de se défaire de quelques vaches sacrées, en mettant un terme au numéris clausus par exemple. Pas de grands chamboulements mais quelques goodies numériques qui s'avéreront bien utiles par la suite. Pas de réorganisation territoriale hospitalière, mais pour une fois, une forte sensibilité aux enjeux locaux. Pallier la désertification médicale, dans les faits et non pas seulement dans le discours, passait, d'une part, par la refondation des hôpitaux locaux, d'autre part, par la constitution, moins

suradministrée, des communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS (par rapport aux maisons de santé pluriprofessionnelles par exemple).

Quant aux inégalités sociales de santé, rien au presque, en dehors de leur mention dans la *Stratégie nationale de santé*, dont le suivi devenait pluri-ministériel.

Difficile de se prononcer cependant sur un quelconque bilan en faisant abstraction de l'expérience COVID que le système de santé a traversée, de façon inédite, en première ligne.

En dépit des premières hésitations, de quelques cafouillages, d'une impréparation avérée et d'une sous-intégration des politiques de santé à l'action publique, l'alliance des parties devant la pandémie a permis d'atteindre des résultats au moins comparables, si ce n'est plus satisfaisants que dans bien d'autres pays européens.

Restent la prise en compte et le traitement des inégalités de santé que, justement, l'épidémie a révélées.

Durant la crise, le système statistique s'est révélé globalement incapable de guider l'action publique face aux inégalités sociales et territoriales de santé. Afin de monitorer le pilotage, il a fallu mettre en place à marche forcée la remontée d'informations indispensables, qui s'est effectuée durant les premiers mois par la transmission de tableurs Excel.

La statistique publique n'était pas prête : par exemple, un tiers des départements ne transmettaient pas à l'INSEE le recueil des décès par voie numérique. Quant à l'impact social différentiel de la crise, il était impossible de l'estimer faute de pouvoir établir un lien entre données sociales et données de santé.

Sans la crise du COVID, bien des années se seraient sans doute passées avant que l'on se rende compte que notre système statistique ne se prêtait pas au suivi et à l'évaluation d'impact des politiques publiques.

Sans le COVID encore, la modestie des indicateurs et des études dont disposent les ARS n'aurait pas été soulignée et la faiblesse des délégations territoriales des ARS n'aurait pas été évoquée et reconnue par leur représentant, en l'occurrence Jean-Yves Grall, directeur général de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes.

Dans de telles conditions, dues en partie à la réduction des moyens des ARS et de la direction statistique ministérielle (la DREES), il était impossible de comprendre, suivre et

prétendre réduire les inégalités de santé, impensable de tenir compte et de mesurer sur le terrain l'impact des interventions des associations, des opérateurs de l'État et des collectivités locales. Était-il possible de renvoyer aux porteurs de projets de la prévention et de la promotion de la santé un retour alimentant leurs apprentissages ? Non. Était-il possible de percevoir, et mieux, d'anticiper les tendances en cours à l'échelle locale de l'état de santé et de l'offre de soins courante ? Non plus.

Quelles mesures prendre ?

Parce que les inégalités de santé sont fondamentalement des constructions sociales et territoriales, qui résultent aussi des configurations locales des soins, il est indispensable de contribuer à ce que se mettent en place des évaluations d'impact de l'action locale de santé.

Un mauvais ou un bon état de santé ne peuvent plus être compris comme l'effet banal d'une configuration sociale locale ou en fonction d'une prétendue insertion dans des *espaces périphériques*. Il est plus que temps de passer à l'action et de faire que les politiques de santé rendent des comptes sur le terrain et veillent à intégrer les effets sur la santé locale des politiques publiques à plus fort impact. Un vœu pieux ? Pourquoi ne pas mettre sur pied des Objectifs collectifs quantifiés de santé publique – OCQSP, écho de santé publique aux objectifs quantifiés de l'offre de soins – OQOS – existants ?

Ceci suppose de s'allier avec les collectivités locales sensibles au sujet. Concrètement, cela implique de ne pas laisser les contrats locaux de santé, les projets territoriaux de santé et les projets régionaux de santé dans les fictions déceptrices où on les cantonne habituellement. Ceci peut se réaliser dans le contexte d'une décentralisation renforcée ou en l'état actuel des compétences.

L'État a la responsabilité, mais il n'est pas seul maître à bord dans cette affaire. Le service public de proximité, dans sa capacité d'adaptation, a un rôle majeur à jouer à l'échelle locale. Les maires et les professionnels de santé du quotidien doivent pouvoir bénéficier d'une médiation diminuant l'asymétrie de la relation avec les instances de santé.

Enfin, il conviendrait que se mette en place, dans chaque région, une entité *sachante*, indépendante, apte à rendre compte de la réduction effective des inégalités, socio-territoriales, ainsi que des facteurs et conditions de réussite constatés, et qu'un bilan concerté publié soit réalisé sur l'ensemble du territoire national.

Ressources bibliographiques :

- o Basson JC, Haschar-Noé N, La fabrique des inégalités sociales de santé, Toulouse, 2021, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, 111p.
- o Betemps J-M., Rance E., Roth N., Cartographie des productions statistiques publiques dans les domaines de la santé et de la solidarité, Paris, 2021, IGAS-INSEE, 96 p. et ann. <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article839>
- o Haschar-Noé N, Lang T. Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Toulouse, 2017, Presse Universitaires du Midi, 522 p.
- o HCSP, Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution, ADSP, n°113, 2021. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=1174>