



# Réduire les inégalités sociales de santé

lundi 11 janvier 2010

Ministère de la santé et des sports  
Salle Laroque  
14, avenue Duquesne  
75007 PARIS



## COMITÉ SCIENTIFIQUE

**Pierre Arwidson** - Chef du service, Etudes et Evaluations de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

**Martine Bungener** - Directrice du Centre de recherche médecine, sciences, santé et société unité mixte Inserm/CNRS/EHESS et co-directrice de l'Institut Santé Publique

**Chantal Cases** - Directrice de l'Institut National d'études démographiques, membre du Haut Conseil de la santé publique

**Pierre Chauvin** - Directeur de recherche, Université Pierre et Marie Curie, UMRS Inserm 707 « Epidémiologie, système d'information et modélisation », membre du Haut Conseil de la santé publique

**Alain Fontaine** - Mission Stratégie et Recherche, Direction générale de la santé

**Marcel Goldberg** - Professeur de Santé Publique, Université de Versailles-Saint Quentin, UMR Inserm 687 « Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé », membre du Haut Conseil de la santé publique

**Isabelle Grémy** - Directrice de l'Observatoire Régional Ile de France, membre du Haut Conseil de la santé publique

**Thierry Lang** - Professeur de Santé Publique, Université Toulouse III, UMR Inserm 558, Directeur de l'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société, membre du groupe WHO/OMS Scientific Resource Group on Equity Analysis and Research et Président du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du Haut Conseil de la santé publique

**Annette Leclerc** - Directrice de recherche à l'UMR Inserm 687 à Villejuif, « Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé », membre du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du Haut Conseil de la santé publique

**Nicole Maestracci** - Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale

**Marc Morel** - Directeur du Collectif inter associatif sur la santé

**Christian Saout** - Président de la Conférence Nationale de Santé

**Alfred Spira** - Professeur de Santé Publique et d'épidémiologie, Université Paris Sud, Directeur de l'Institut de Recherche en Santé Publique

## COORDINATION

**Hélène Lacroix** - Chargée de mission à l'Institut de Recherche en Santé Publique

## INTRODUCTION

Lutter contre l'existence d'inégalités de santé évitables représente un enjeu prioritaire pour les politiques publiques depuis de nombreuses années.

Les déterminants des inégalités sociales de santé sont complexes et nécessitent la coordination d'interventions multiples, mettant en jeu des acteurs et des secteurs variés. Nous devons donc poursuivre et développer nos efforts, au niveau national comme au niveau régional et local, pour répondre aux besoins immédiats des groupes les plus vulnérables, mais aussi, sur le long terme, afin de réduire les écarts qui traversent l'ensemble de la société.

La Ministre chargée de la santé m'a demandé d'organiser cette journée de rencontres et d'échanges, pour laquelle j'ai pu m'appuyer sur l'Institut de Recherche en Santé Publique et sur les membres du comité scientifique, que je souhaite remercier ici.

Le premier objectif du colloque est de faire le point sur les connaissances, les références scientifiques et les expériences disponibles, dans notre pays et au niveau international : nous sommes heureux de pouvoir bénéficier des apports et de l'expertise des différents intervenants qui ont accepté de participer à cette journée.

Au-delà du bilan et de l'analyse, il s'agira avant tout de dégager les orientations qui nous aideront à élaborer des actions encore plus efficaces. C'est la mission qu'a rempli le groupe de travail réuni par le Haut Conseil de la santé publique, en réponse à la demande de la ministre.

Il restait à confronter ces connaissances, ces analyses et ces recommandations aux points de vue et aux attentes des différents acteurs et responsables politiques, institutionnels et associatifs mobilisés sur le sujet : ce sera le rôle de la table ronde qui conclut le programme de ce colloque, mais aussi des débats et des interactions qui se dérouleront tout au long de la journée.

Je tiens donc à remercier par avance les intervenants qui ont accepté de partager avec nous leur expertise et leurs expériences, et l'ensemble des participants à cette journée pour la richesse et la diversité de leurs apports à l'élaboration de la politique de réduction des inégalités sociales de santé.

Didier Houssin

Directeur général de la santé





## PROGRAMME

8h15-9h00 : Accueil

**9h00-9h30 : Didier Houssin, Directeur général de la santé**

**9h30-13h00 : Session 1 – Constats**

*Modérateur : Alfred Spira, Directeur de l'Institut de Recherche en Santé Publique*

- 9h30-10h30 : «Closing the gap in a generation»  
Michael Marmot, Président de la Commission «Déterminants sociaux de la santé» de l'OMS
- 10h30-11h30 : «Des inégalités sociales, économiques et culturelles aux inégalités de santé»  
Christian Baudelot, Ecole Normale Supérieure
- 11h30-13h00 : «Ce que l'on sait des inégalités en France permettant d'orienter les actions»
  - Déterminants sociaux - Annette Leclerc, Inserm
  - Comportements et territoires - Pierre Chauvin, Inserm
  - Système de soins - Chantal Cases, Ined

13h00-14h00 : Déjeuner

**14h00-18h00 : Session 2 – Propositions d'action**

*Modérateur : Martial Mettendorff, Chef de service, Secrétaire général de la Direction générale de la santé*

- 14h00-14h30 : Le rapport européen «Determine»  
Owen Metcalfe, Institute of Public Health in Ireland
- 14h30-15h00 : «Les inégalités sociales de santé» : un Vade Mecum pour les Agences Régionales de Santé (ARS)  
Nicolas Prisse, Direction générale de la santé
- 15h00-15h45 : Le rapport du groupe de travail «Inégalités sociales de santé» du Haut Conseil de la santé publique  
Thierry Lang, Haut Conseil de la santé publique

15h45-16h10 : Pause café

**16h10-17h40 : Table Ronde « Points de vue et propositions pour une politique de réduction des inégalités »**

*Modérateur : Jean-François Girard, conseiller d'Etat*

Muguette Dini, Présidente de la Commission des affaires sociales du Sénat ou son représentant (sous réserve)  
Claude Evin, Responsable préfigureur de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France  
Jean-Pierre Grünfeld, Professeur de Néphrologie Université Paris Descartes, responsable de l'élaboration des recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013  
Martin Hirsch, Haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté (sous réserve)  
Valérie Levy-Jurin, Présidente du Réseau français des villes santé de l'OMS  
Nicole Maestracci, Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale  
Pierre Méhaignerie, Président de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale ou son représentant (sous réserve)  
Dominique Polton, Directrice de la stratégie, des études et des statistiques CNAMTS  
Christian Saout, Président de la Conférence Nationale de Santé

**17h40-17h50 : Conclusion - Michael Marmot**

**17h50-18h00 : Conclusion - Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports**





**Professor Sir Michael G. Marmot** MBBS, MPH, PhD, FRCP, FFPHM, FMedSci, FBA

*Directeur de l'International Institute for Society and Health  
Professeur titulaire de la Chaire de recherche en épidémiologie et santé publique du Medical Research Council, University College de Londres*

*Michael Marmot dirige un groupe de recherche sur les inégalités de santé depuis 30 ans. Il est l'investigateur principal des études de cohortes de fonctionnaires britanniques (Whitehall Studies), dont les recherches portent sur les explications du gradient négatif associant de façon marquée la classe sociale à la morbidité et à la mortalité. Il dirige l'étude britannique longitudinale du vieillissement (English Longitudinal Study of Ageing-ELSA) et participe activement à plusieurs efforts internationaux de recherche sur les déterminants sociaux de la santé. Il préside le Groupe Scientifique de Référence sur la lutte contre les inégalités sociales du Ministère de la santé (Department of Health). Il a été membre de la Commission Royale sur la pollution environnementale pendant six ans et est membre honoraire de la British Academy. En 2000, il a été annobli par Sa Majesté la Reine d'Angleterre pour services rendus en épidémiologie et dans la compréhension des inégalités de santé. Reconnu pour l'éminence de ses travaux au niveau international, le Professeur Marmot est l'un des Vice-Présidents de l'Academia Europaea et est Membre associé à titre étranger de l'Institute of Medicine (IOM) ; il a présidé la Commission sur les déterminants sociaux de la santé mise en place par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2005. Il a reçu le prix Balzan pour l'épidémiologie en 2004, a prononcé en 2006 le discours annuel du Royal College of Physicians of London dédié à William Harvey (Harveian Oration), et a remporté le Prix William B. Graham pour la recherche sur les services de santé en 2008. Il réalise actuellement une étude systématique des inégalités de santé à la demande du gouvernement britannique.*

The Commission on Social Determinants of Health was set up by the World Health Organization in 2005 with a mandate to collect and integrate the evidence on what can be done to promote health equity, and to foster a global movement to achieve health equity and improve population health. The scale of health inequities between and within countries is dramatic. Health inequities within countries pervade the entire social hierarchy, and are not just a question of the worst-off compared to the best-off. There is a social gradient in health that runs from the top to the bottom of the social hierarchy. The WHO Commission took the position that systematic differences in health that are avoidable by reasonable means are unfair – inequitable, and that closing the gap is a matter of social justice, simply the right thing to do. The Commission reported to WHO in August 2008, and made its recommendations, based on evidence, across three overarching areas for action: 1) improve the conditions in which people are born, grow, live, work, and age; 2) tackle the structural drivers of those conditions at global, national and local level; 3) monitoring, training and research. Within these areas of action the WHO Commission made recommendations in twelve areas: 1) early child development and education, 2) the living environment, 3) fair employment and decent work, 4) social protection across the lifecourse, 5) universal health care, 6) health equity in all policies, 7) fair financing, 8) market responsibility, 9) gender equity, 10) political empowerment, 11) good global governance, 12) knowledge, monitoring and skills.

How the WHO Commission's recommendations are taken forward within countries depends on context. In light of the WHO Commission's report, the government in England asked me to conduct a review of health inequalities and to advise on strategy post 2010, based on current evidence. The focus of this review is England but it is likely to have wider applicability, within Europe and beyond. A number of countries and regions are examining ways to take forward the WHO Commission's recommendations which form the basis of a resolution to take action on social determinants of health agreed by the community of nations at the World Health Assembly in 2009. Learning from the process of our review in England will be highly relevant to other countries as they examine the vital question of how to tackle health inequalities.



La Commission sur les déterminants sociaux de la santé a été mise en place par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2005 avec le mandat de réunir et d'intégrer les connaissances disponibles sur ce qui peut être fait pour promouvoir l'équité en santé, et pour impulser un mouvement global pour parvenir à l'équité en santé et améliorer la santé des populations. L'étendue des inéquités de santé au sein des pays et entre pays est dramatique. Les inéquités de santé au sein des pays traversent l'ensemble de la hiérarchie sociale et ne se résument pas à la question des comparaisons entre les plus défavorisés et les moins défavorisés. Il existe un gradient social de santé du sommet à la base de la hiérarchie sociale. La position adoptée par la Commission de l'OMS considère que les différences systématiques en termes de santé qui peuvent être évitées par des moyens raisonnables sont injustes - inéquitables, et que combler l'écart est une question de justice sociale, simplement ce qu'il est juste de faire. La Commission a remis son rapport à l'OMS en août 2008, et a fait des recommandations, basées sur les meilleures connaissances disponibles, dans trois champs d'action principaux : 1) améliorer les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ; 2) s'attaquer aux déterminants structurels de ces conditions au niveau global, au niveau national et au niveau local ; 3) assurer le suivi des actions mises en œuvre et de l'évolution de la situation, la formation et la recherche. Au sein de ces grands champs d'action, la Commission OMS a formulé des recommandations dans 12 domaines : 1) le développement et l'éducation des jeunes enfants ; 2) le cadre de vie ; 3) des conditions d'emploi justes et un travail décent ; 4) la protection sociale tout au long de la vie ; 5) l'accès universel aux services de santé ; 6) l'équité en santé dans toutes les politiques ; 7) la répartition équitable du financement ; 8) la responsabilité des marchés 9) l'équité entre les genres ; 10) le développement des compétences et des capacités d'intervention politique ; 11) une bonne gouvernance globale ; 12) les connaissances, le suivi et les compétences.

La façon dont chaque pays reprend les recommandations de la Commission OMS dépend du contexte. Au vu du rapport de la Commission, le gouvernement anglais m'a demandé de conduire une étude systématique des inégalités de santé et de formuler des avis sur la stratégie à mener à partir de 2010, sur la base des connaissances actuellement disponibles. Cette étude systématique est focalisée sur l'Angleterre mais sera vraisemblablement plus largement applicable au sein de l'Europe et au delà. Plusieurs pays et régions étudient la façon dont ils peuvent reprendre les recommandations de la Commission de l'OMS, recommandations qui servent de base à une résolution d'action sur les déterminants sociaux de la santé qui a reçu l'approbation de la communauté des nations lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé en 2009. Les enseignements qui pourront être tirés du processus de l'étude systématique que nous conduisons en Angleterre seront très pertinents pour les autres pays lorsqu'ils examineront la question vitale des stratégies permettant de s'attaquer aux inégalités de santé.



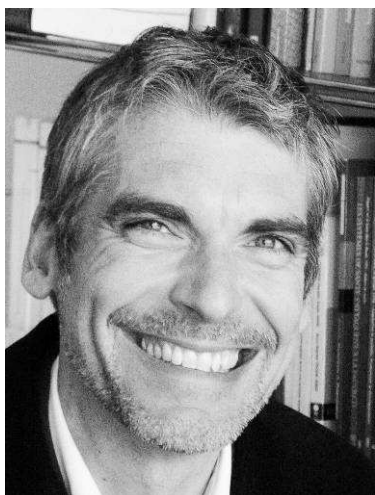
*Christian Baudelot est sociologue, aujourd'hui professeur émérite à l'école normale supérieure et chercheur au Centre Maurice Halbwachs (Cnrs, Ehess, Ens). Il a enseigné auparavant aux Universités de Lille (1967-1978) puis de Nantes (1984-1993). Chargé de mission à l'Insee de 1978 à 1984, il a aussi enseigné à l'Ensaë pendant vingt ans (1968-1998), aux universités américaines de Yale et de New York et animé de nombreux séminaires en Chine (Shanghai, Canton, Pékin), au Japon (Tokyo, Kyoto, Osaka), en Argentine, au Brésil et à Cuba. Ses recherches portent sur les questions d'éducation, d'inégalités et de classes sociales, sur le travail et le suicide. Adeptes du travail collectif, il a publié l'essentiel de ses travaux sous forme de livres en collaboration avec son collègue et ami, Roger Establet (quarante ans de travail commun) ainsi qu'avec Michel Gollac, administrateur à l'Insee et ses étudiant-e-s.*

Les inégalités sociales en matière de santé constituent un condensé de toutes les autres inégalités sociales observées dans notre société. La raison en est simple : elles sont les effets de toutes les autres. Maurice Halbwachs le disait déjà : « une société a la mortalité qui lui convient ». On lit dans le nombre de morts et leur répartition aux différents âges l'importance que donne ou non une société à la prolongation de la vie et aux catégories qu'elle protège comme à celles qu'elle expose. Les personnes riches, instruites, exerçant des emplois où ils peuvent s'investir positivement ont tous les moyens d'échapper aux risques induits par les travaux durs dans des environnements insalubres, etc. Ils savent aussi se soigner avant d'être malades. C'est une première façon d'aborder la question. On peut aussi chercher à se demander si le régime des inégalités sociales devant la santé est identique ou différent des autres régimes d'inégalités. La comparaison des inégalités devant l'école et la santé sont instructives puisqu'il s'agit de deux institutions publiques garantissant en droit l'égalité de tous, aux soins et à l'instruction. Le paradigme des inégalités scolaires - « le niveau monte mais les écarts se creusent » - s'applique-t-il à la santé ? Face à l'école on est passé des inégalités passives aux inégalités actives : les familles informées cherchent par tous les moyens à placer leurs enfants dans les meilleurs établissements, contribuant ainsi à créer des ghettos en décapitant les établissements périphériques de leurs meilleurs élèves. Cette attitude a-t-elle un équivalent dans le domaine de la santé ? Les inégalités les plus fortes s'observent entre les patrimoines qui se transmettent en s'arrondissant de génération en génération. Des équivalents à cette logique d'accumulation peuvent-ils être identifiés dans le domaine de la santé. Quel rôle joue ici l'accumulation ? On parle de capital économique, de capital culturel mais aussi de capital santé. S'agit-il vraiment dans les trois cas d'un même concept ? La réponse est « non » évidemment mais il est instructif de réfléchir sur les raisons pour lesquelles un même mot est mobilisé et ce qui en distingue les sens et les usages. C'est par des comparaisons successives qu'on cherchera à cerner à la fois les liens avec les autres régimes d'inégalités et l'originalité des inégalités sociales en matière de santé.



**Annette Leclerc** est directrice de recherche à l'unité 687 de l'Inserm à Villejuif, « Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé ». Avec Monique Kaminski et Thierry Lang, elle a publié en 2008 « Inégaux face à la santé, du constat à l'action », aux éditions La Découverte – Inserm. Au-delà d'un état des lieux en France, cet ouvrage insiste sur les domaines où il est possible d'agir pour réduire les inégalités sociales de santé. Annette Leclerc mène également des travaux de recherche sur les facteurs professionnels en lien avec la santé, particulièrement les TMS (Troubles Musculo - Squelettiques), première cause de maladie professionnelle en France. Elle s'intéresse particulièrement au rôle du « travail » dans les inégalités sociales de santé.

La présentation comportera un rappel de l'ampleur des inégalités sociales de santé en France, concernant la mortalité et quelques pathologies, évoquant aussi les évolutions dans le temps et les spécificités par rapport à nos voisins européens. Parmi les domaines où des actions efficaces permettraient de réduire les inégalités, celui du travail fera l'objet de développements. Quelques travaux récents permettent en effet de chiffrer la part des inégalités attribuables à des expositions professionnelles spécifiques.



***Pierre Chauvin** est directeur de recherche à l'Inserm et dirige l'équipe DS3, équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins.*

L'équipe DS3 a été créée en 2002 grâce au soutien du programme Avenir de l'Inserm. Elle bénéficie depuis 2005 du soutien pluriannuel du programme de recherche médicale de la Ville de Paris et du soutien sur projets de plusieurs institutions, en particulier de la région Ile de France, de l'Agence nationale de la recherche, de la Direction générale de la santé et de la Délégation interministérielle à la Ville. Elle constitue l'une des 4 équipes de l'Unité mixte de recherche Inserm - Université Pierre et Marie Curie « Epidémiologie, système d'information et modélisation » (UMRS 707), dirigée par G. Thomas.

Les objectifs de l'équipe sont de développer des recherches en santé publique dans le champ de l'épidémiologie sociale qui étudient les relations entre les situations sociales des individus, leur contexte de résidence, et leur santé et recours aux soins, en conjuguant des approches épidémiologiques et sociologiques et des méthodes qualitatives et quantitatives.

Parmi l'ensemble de ces déterminants sociaux, le programme de recherche s'attache plus particulièrement à estimer les effets des insertions ou des ruptures sociales et du contexte familial et résidentiel - sans faire pour autant l'impasse sur les conditions de vie mais en conjuguant, au contraire, les approches psychosociales et matérialistes de l'épidémiologie sociale dans la recherche des mécanismes produisant les inégalités sociales de santé constatées.

Le projet de l'équipe se décline en 3 axes, qui permettent d'aborder ces dimensions sous des angles complémentaires :

- déterminants sociaux et contextuels des recours aux soins,
- déterminants psychosociaux et territoriaux de la santé
- santé, précarité et migration.

Ce projet repose notamment sur le développement et le suivi de 2 cohortes conduites en Ile-de-France : SIRS et RECORD.



*Economiste et statisticienne, **Chantal Cases** est depuis octobre 2009 directrice de l'Institut national d'études démographiques (INED), après plusieurs années à la direction de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Elle est membre du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, du Haut Conseil de santé publique, où elle vice-préside la commission « Évaluation, stratégie et prospective » et elle est également membre de la Conférence nationale de santé.*

*Ses recherches récentes portent sur l'assurance complémentaire santé en France, l'évaluation des réformes des systèmes de santé, les conditions de vie des malades chroniques et les inégalités sociales de santé.*

Dans les recherches sur les inégalités sociales de santé, le rôle du système de soins est aujourd'hui assez peu considéré. Ceci vient d'un courant de pensée qui relativise globalement l'impact des soins sur l'état de santé, mais surtout du constat que les inégalités demeurent, voire s'accroissent, y compris dans des pays qui ont instauré un accès aux soins libre et gratuit. Par ailleurs, les politiques mises en œuvre en France visent principalement à favoriser l'accès aux soins, l'assurance maladie publique est universelle et plus de 9 français sur 10 bénéficient d'une assurance santé complémentaire.

Des différences d'utilisation du système de soins subsistent cependant malgré l'égalité théorique d'accès. Ces différences peuvent être liées au niveau d'éducation, à un rapport au corps différent, à l'expérience passée avec le système de soins, mais aussi au système de soins lui-même. Il faut en effet distinguer accès théorique et effectif aux soins : celui-ci suppose que le patient fasse une démarche de recours, qui rencontre une offre de soins disponible. En la matière, les barrières financières n'ont pas disparu et peuvent même se renforcer avec l'augmentation de la part des soins restant à la charge de certains types d'assurés, la généralisation de dépassements d'honoraires non couverts, l'augmentation du coût de la couverture complémentaire.

Une fois l'accès primaire aux soins acquis, des inégalités subsistent encore dans l'accès à des soins spécialisés et les filières de soins empruntées. Enfin, les résultats des soins prodigués peuvent varier selon le niveau social. De façon générale, les progrès thérapeutiques se diffusent plus rapidement dans les groupes sociaux favorisés. Les recommandations de pratique médicale prennent rarement en compte les facteurs psychosociaux ou économiques, et dans la pratique les professionnels peuvent prendre des décisions différentes selon sa proximité socioculturelle avec le patient. Par ailleurs, certains actes de prévention médicalisée profitent davantage aux catégories sociales les plus aisées, même en l'absence de barrière financière.



**Owen Metcalfe** FFPH BA MA HDip Ed Dip DGC  
*Directeur Adjoint*  
*Institute of Public Health in Ireland*

*Owen Metcalfe est directeur adjoint et membre senior de l'équipe de direction de l'Institut en Santé Publique d'Irlande. Au sein de l'Institut, il anime les programmes de promotion de la santé, ceux qui visent les personnes âgées et les jeunes, ainsi que ceux qui s'adressent aux problèmes liés au genre ; il dirige le secteur transversal de l'évaluation de l'impact sur la santé et la stratégie de communication. Il est également le secrétaire général de l'institut et a un rôle prééminent dans les questions qui touchent à la gouvernance et aux ressources humaines et financières.*

*Avant de rejoindre l'Institut, il a travaillé comme Conseiller en chef en promotion de la santé au Department of Health and Children à Dublin. Il a également travaillé comme enseignant, comme formateur et comme consultant individuel (« counsellor »).*

*Titulaire d'un Master en promotion de la santé, il est également diplômé d'une école de commerce, et titulaire d'un diplôme d'enseignement supérieur en éducation et d'une qualification de troisième cycle en « counselling ». Il est impliqué depuis vingt ans dans des activités d'éducation pour la santé et de promotion de la santé et est très familier des questions de politique, de planification et de mise en oeuvre de santé publique et de promotion de la santé au niveau régional, national et international.*

*Dans le cadre de ses fonctions actuelles, il est engagé dans le développement de ses capacités personnelles et de celles de son institution pour améliorer l'efficacité concrète de la santé publique.*

This presentation will introduce the work of the Determine Consortium which represents more than 50 health bodies from 25 countries. The overall aim of Determine is to support and enable policymakers to place a higher priority on health and health inequalities. The three year project identified strategies undertaken by other policy areas that contribute to improved health outcomes and identified tools and mechanisms used within countries to achieve greater health equity. It also sought to increase understanding about gaining the active engagement of decision makers in relevant policy sectors in the pursuit of health equity. It explored initiatives to assess the cost effectiveness and cost benefits of addressing health inequalities across sectors. The presentation will outline the tasks undertaken, show results obtained as a result of the research and conclude with recommendations for action.

Le consortium Determine représente plus de 50 organismes de santé dans 25 pays différents. Le but principal de Determine est de sensibiliser et de renforcer les capacités des gouvernements pour qu'ils accordent une plus grande priorité à la santé et aux inégalités de santé. Ce projet d'une durée de trois ans a identifié des stratégies et des outils mis en place par d'autres secteurs qui contribuent à l'amélioration de la santé et a identifié les outils et les mécanismes utilisés au sein des pays pour améliorer l'équité en santé. Determine a aussi cherché à mieux comprendre comment obtenir un engagement actif des décideurs concernés dans les secteurs pertinents dans la recherche d'une amélioration de l'équité en santé. Il a exploré les initiatives pour évaluer, en termes de coûts/efficacité et de coûts/bénéfices, l'intérêt de s'attaquer aux inégalités de santé de façon intersectorielle. La présentation résumera les différentes activités réalisées et les résultats de recherche obtenus par Determine ; des recommandations d'action seront énoncées en conclusion.



***Nicolas Prisse**, médecin de santé publique, travaille à la direction générale de la santé (DGS) depuis 2003. Entre 2003 et 2006, il a eu en charge le dossier "santé-précarité", ainsi que l'animation du réseau national des coordonnateurs des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).*

*Il travaille actuellement au secrétariat général de la DGS sur les questions de planification en santé.*

Le document présenté est le résultat du travail d'un groupe pluridisciplinaire piloté par Bernard Basset, directeur général adjoint de l'INPES. Ce groupe, aidé d'experts du champ des inégalités sociales de santé (ISS), propose un état des lieux et diverses stratégies possibles pour lutter contre les ISS, dans le nouveau cadre constitué par les agences régionales de santé.





**Thierry Lang**

*Président du groupe de travail « Inégalités Sociales de Santé » du Haut Conseil de la santé publique*

*Professeur de Santé Publique, Université Toulouse III, UMR Inserm 558 et Directeur de l'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société*

*Membre du groupe WHO/OMS Scientific Resource Group (SRG) on Equity Analysis and Research*

**Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité**

Groupe de travail du Haut Conseil de la santé publique : T. Lang, président, G. Badeyan, C. Cases, P. Chauvin, M. Duriez, I. Grémy, V. Halley des Fontaines, E. Jouglu, L. Olier

Les inégalités sociales de santé (ISS) existent à un niveau élevé dans notre pays et ont tendance à s'accroître. Elles traversent l'ensemble de la population française selon un gradient continu, dans lequel la situation des populations en situation de précarité représente l'extrême, visible, d'une situation plus générale. Elles témoignent du fait que les politiques publiques de santé n'ont pas atteint tous leurs objectifs : l'état de santé moyen s'est amélioré, mais les écarts sociaux se sont creusés.

Certains pays européens ont déjà mis en œuvre des politiques explicites pour réduire les ISS. L'enjeu actuel est la mise en œuvre en France d'un plan de réduction de ces inégalités.

**Se fixer un objectif**

La réduction des inégalités sociales de santé ne pourra être un résultat secondaire d'autres politiques de santé. Elle doit représenter un objectif en soi, qui doit guider et coordonner les orientations d'un ensemble de politiques publiques. Plusieurs pays européens ont explicitement inscrit cet objectif central dans leurs objectifs à un niveau gouvernemental et non sous la seule responsabilité des ministères de la santé.

Le Haut Conseil de la santé publique propose d'inclure cet objectif dans la loi de santé publique

« Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Réduire le gradient social et territorial des états de santé en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé ; réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins »

**Se donner les moyens de suivre les progrès**

Le système statistique français est largement insuffisant sur cette question et ne produit pas d'indicateurs de façon régulière.

Le Haut Conseil de la santé publique propose la production annuelle d'indicateurs par catégorie socio-économique (mortalité prématurée, espérance de vie avec et sans incapacité, renoncements aux soins pour raison financière) et d'un rapport de synthèse sur leurs évolutions au minimum tous les cinq ans.

### **Agir**

Intervenir suppose de prendre en compte aussi bien l'ensemble des déterminants socio-économiques que le système de soins, en évitant l'alternative entre des politiques d'urgence en direction des populations les plus précaires et une analyse globalisante s'en remettant à un changement radical de la société.

Le Haut Conseil de la santé publique propose :

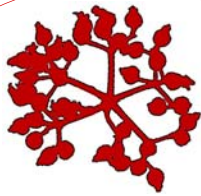
- des évaluations « à priori » de l'impact des politiques nationales et territoriales sur la santé et les inégalités sociales de santé. La révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 indique que tout projet de loi doit faire l'objet d'une étude d'impact qui « expose avec précision » un certain nombre de conséquences prévisibles. Il s'agit d'inclure la santé et ses inégalités dans ces conséquences prévisibles.
- de développer des plans stratégiques, coordonnés, articulant court, moyen et long terme, échelon national et territorial, interventions universelles et ciblées.
- de développer la responsabilité du système de soins vis-à-vis d'une population et non d'une clientèle, priorité pour un système qui doit sortir d'une logique de l'offre et dont l'évolution actuelle risque d'aggraver les inégalités.
- que la santé et les inégalités sociales de santé entrent dans la logique du développement durable des territoires, afin de développer l'intersectorialité et la participation des habitants, éléments qui figurent dans la charte d'Ottawa de promotion de la santé.
- que la mise en œuvre de cette politique soit coordonnée et suivie, et cette responsabilité clairement attribuée au niveau institutionnel.











Institut de Recherche  
en Santé Publique

GIS-IReSP

Créé en 2004 sous la forme d'une convention de collaboration, l'Institut de Recherche en Santé Publique se structure en 2007 en Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS). Ce GIS prend appui sur l'Inserm pour sa gestion financière.

*Mutualisation des compétences  
et des moyens  
pour la recherche en Santé Publique*

**Directeur : Alfred Spira** Secrétaire Générale : Nathalie de Parseval

## Objectif

Développer et promouvoir la recherche française en Santé Publique en instaurant un partenariat respectant l'autonomie des institutions partenaires.

## Missions

- ❖ Définition d'une politique scientifique de recherche en Santé Publique.
- ❖ Mise en place d'une politique de gestion des outils collectifs.
- ❖ Mise en œuvre d'activités d'aide à la décision et d'expertise.
- ❖ Développement d'une politique de communication et de valorisation.

## Les 24 partenaires signataires du GIS (Le Comité Directeur)

Président : Didier Houssin, DGS.

- ❖ **Ministères**  
Ministère en charge de la Santé, Ministère Délégué à la Recherche.
- ❖ **Opérateurs de la recherche en Santé Publique**  
Centre National de la recherche Scientifique, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Institut de Recherche pour le Développement, Institut National d'Etudes Démographiques, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Union des Etablissements d'Enseignement Supérieur Catholique, Conférence des Présidents d'Université, Fondation Nationale des Sciences Politiques, Conservatoire National des Arts et Métiers, Institut Pasteur.
- ❖ **Agences et opérateurs de la Santé Publique**  
Haute Autorité de Santé, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail, Institut de Veille Sanitaire, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Agence de la Biomédecine, Etablissement Français du Sang, Institut National du Cancer.
- ❖ **Organismes de protection sociale**  
Caisse Nationale du Régime Social des Indépendants, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

## Les modalités d'action de l'IReSP

- Etat des lieux des forces de recherche en Santé Publique
- Appels à projets de recherche
- Soutien d'équipes émergentes
- Actions concertées ou groupes de travail
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Gestion d'une cellule de coordination nationale des cohortes
- Valorisation des activités de recherche en Santé Publique

## Les domaines de recherche soutenus

- Fonctionnement du système de santé (« health services research »)
- Politiques publiques et santé (leur impact sur la santé des populations, la façon dont elles doivent évoluer, leurs conditions d'élaboration)
- Déterminants de la santé (approches transversales, prenant en compte les interactions entre les différents déterminants)

## Le Comité d'Orientation Stratégique

- ♦ Pierre Arwidson, INPES
- ♦ Vincent Boissonnat, MiRe DREES
- ♦ Marc Brodin, Paris 7
- ♦ Patrick Peretti-Watel, Inserm
- ♦ Bénédicte Stengel, Inserm
- ♦ Didier Torny, INRA
- ♦ Isabelle Ville, Inserm, CERMES

## Le Conseil Scientifique

Président : Claude Gilbert, CNRS

- ♦ Nathalie Bajos, Inserm
- ♦ Lisa Berkman, Harvard School of Public Health, USA
- ♦ Anne Birouste, The University of New South Wales, Australie
- ♦ Olivier Borraz, CSO-CNRS
- ♦ Jean-Baptiste Brunet, représentation permanente de l'Union Européenne
- ♦ Martine Bungener, CERMES – CNRS/Inserm
- ♦ Nicolas Meda, centre Muraz, Burkina-Faso
- ♦ Fred Paccaud, Faculté de Médecine, Lausanne, Suisse
- ♦ Jack Siemiatycki, Université de Montréal, Canada



GIS-Institut de Recherche en Santé Publique

Adresse : Siège de l'Inserm  
101, rue de Tolbiac  
75654 Paris Cedex 13  
Site web : [www.iresp.net](http://www.iresp.net)

Téléphone : 01 44 23 61 45  
E-mail : [iresp@iresp.net](mailto:iresp@iresp.net)  
[nathalie.de-parseval@iresp.net](mailto:nathalie.de-parseval@iresp.net)  
[alfred.spira@iresp.net](mailto:alfred.spira@iresp.net)

“

SOINS **SANTÉ** RISQUES  
ÉGALITÉ FACE À LA MALADIE **PRÉCARITÉ**  
**HANDICAP PRÉVENTION**  
MALADIE DÉPISTAGE **FRAGILITÉ** VIEILLESSE  
ACCIDENT **JEUNES SOLIDARITÉ**  
SANTÉ PRÉVENTION **RISQUES** ENVIRONNEMENT  
MALADIE CHRONIQUE EXCLUSION FRAGILITÉ  
**VIE SOCIÉTÉ MALADIE**  
GENRE MÉDECIN TERRITOIRES  
**PRISE EN CHARGE** PROXIMITÉ  
HANDICAP ACCOMPAGNEMENT MODE DE VIE  
**TRAITEMENT PRÉVENTION**  
SYSTÈME DE SANTÉ  
**INTERSECTORIALITÉ**

”