



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

Liberté

Égalité

Fraternité

Cycle de conférences *Territorialisation des politiques de santé*

Séance *Quelles prises en compte des inégalités sociales et spatiales ?*

**Faire face aux inégalités de santé et les
réduire: stratégie et outils de l'Agence
Régionale de Santé**



Faire face aux inégalités de santé et les réduire: stratégie et outils de l'Agence Régionale de Santé

Les principes stratégiques et opérationnels

- Agir par les réponses: les choix territoriaux et la régulation des moyens
 - Inégalités territoriales et missions de régulation
 - Impulser la réduction des inégalités en santé publique
- Lutter de façon structurelle: quelles méthodes et pratiques soutenir ?

Les points de complexité

- Exclusion sociale et lutte contre les inégalités
- Qu'avons-nous appris du COVID ?
- Faire face aux obstacles ?

Quelle Agence pour tout cela ?

- **Les principes opérationnels**

Agir par les réponses: les choix territoriaux et la régulation des moyens

Lutter de façon structurelle:
quelles méthodes et quelles pratiques soutenir ?

Agir par les réponses: les choix territoriaux et la régulation des moyens -1

L'approche la plus évidente: la correction des inégalités territoriales par la régulation territoriale de l'offre de soins

- Indispensable pour contrer la « loi des soins inversés »
- Inscrite dans l'ensemble des process de régulation de l'offre de soins
- Formalisée dans les annexes du SRS

Passe par **différents vecteurs**

- Via les autorisations, développer les offres en Grande Couronne
- Favoriser les installations dans les ZIP et ZIP+ via les aides immobilières

Mais aussi par des choix méthodologiques sur **l'organisation des prises en charge**

- Développer l'exercice coordonné pour permettre une prise en charge globale des populations et principalement des plus précaires
- Mettre en place une politique spécifique pour les centres de santé polyvalent à vocation sociale
- Mobiliser les DAC dans l'interface sanitaire/social

Avec **des limites majeures:**

- La régulation porte sur les établissements de santé et médico-sociaux avec autorisation
- Pour l'ambulatoire, en système libéral, seule l'incitation est recevable; or l'incitation reste insuffisamment inductive, même lorsqu'elle est « calée » avec d'autres approches de type QPV (exemple du zonage)
- L'approche est uniquement territoriale, et non sociale

Agir par les réponses: les choix territoriaux et la régulation des moyens -2

Avec un levier spécifique: les **politiques RH en santé**

- Les financements des CAE: développement des ressources RH sur des territoires déficitaires
- AAP Postes partagés
- Prime aux internes dans certains territoires
- Etc...

Agir par les réponses: les choix territoriaux et la régulation des moyens -3

En santé publique, les logiques de régulation sont diverses:

Là aussi, essentiellement ancrées sur une **stratégie territoriale pour les équipements et les dispositifs:**

- Crédits affectés aux équipements de type CLAT ou CEGID
- Expérimentations addicto « microstructures »
- PASS ambulatoires
- Concentration des moyens périnatal sur des ES particulièrement concernés : Montreuil, St-Denis...

Mais avec aussi des **critères de priorisation et renforcement des financements des programmes d'intervention**

Spécifiques à l'Agence: notion de CLS, notion d'IDH2

- Ajustés sur d'autres priorisations territoriales : Politique de la Ville et Réussite Educative

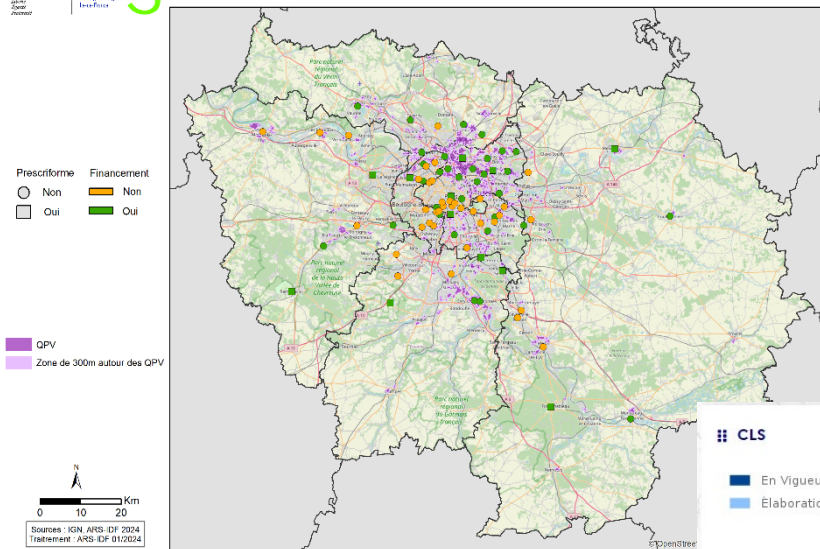
Des critères de **priorisation « sociale » ou méthodologique** (cf plus bas)

Une prise en compte dans la **construction de grands programmes** (ex: PRSE, Héritage des JOP avec l'AAP ISS/CLS...)

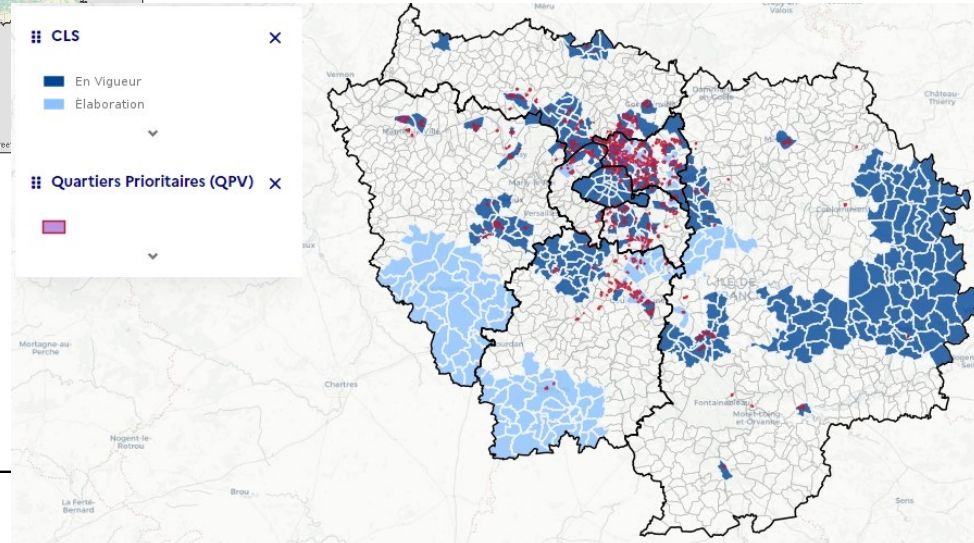
Agir par les réponses: les choix territoriaux et la régulation des moyens

Maisons sport santé et Pol Ville: sur 43 MSS financées, 30 sont en QPV

Maison sport santé (MSS)

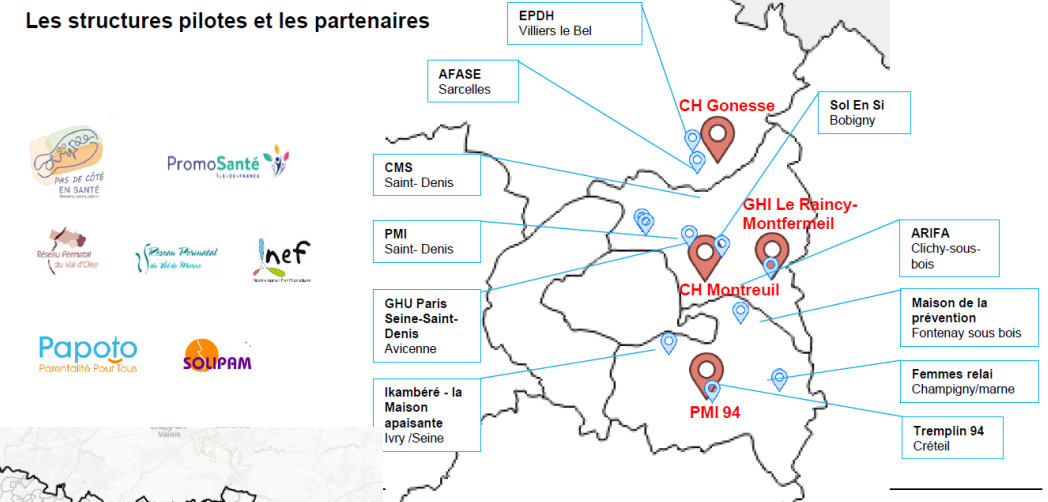


Les CLS et les QPV



Le positionnement territorial du projet « littératie en santé périnatale »

Les structures pilotes et les partenaires



Lutter de façon structurelle: quelles méthodes et quelles pratiques soutenir ? -1

Quelques discussions préalables...

Les inégalités de santé trouvent leurs origines pour l'essentiel **hors du système de soins**

Leur approche nécessite donc une démarche « à la source », portant sur ...

Les déterminants sociaux et environnementaux de santé (DSS)

Avec deux risques:

- Développer un discours moral
- Sanitariser des enjeux sociaux ou politiques (cf D Fassin)

Dans le contexte d'une culture du plaidoyer faible en France, trop confondue avec le lobbying

Les pratiques collectives de promotion de la santé

Dans le contexte d'une prévention très médicalisée et individuelle, et d'une faiblesse en milieu français des approches de type communautaire

Lutter de façon structurelle: quelles méthodes et quelles pratiques soutenir ? - 2

Trois types d'approches

Les approches structurelles

- **Le plaidoyer**: des exemples efficaces (la périnatalité), d'autres en cours d'évaluation (comparaison entre SRHH et SDRIF, Engagements Quartiers 2030)
- **Les outils multilingues systématiques**
- **Les outils spécifiques**: EIS: très répandues à l'étranger ; se développent en France, mais champ limité à l'aménagement en général
- **Les logiques d'alliance et de coalitions intersectorielles**; ex de l'alliance santé-logement
- **Les partenariats structurants**: avec EPFIF, GPA, ANRU...

Les pratiques de renforcement des compétences destinées à lutter contre les ISS

- **La médiation en santé**: devient générale, reprise dans le PRS mais aussi le CNR national
- **La littératie**: l'exemple du projet de littératie en santé périnatale
- **L'extension de l'interprétariat**
- **Quid de la santé communautaire ?**

Les modifications de pratiques et d'organisations professionnelles

- **L'ex de REMI et des projets en santé périnatale**: favoriser la modification de pratiques dans la prise en compte des difficultés sociales des femmes plus vulnérables

Lutter de façon structurelle: quelles méthodes et quelles pratiques soutenir ? – 3

Dans la réalité, mixité des approches: ex de la vaccination HPV en collèges

Un risque attendu d'inégalités sociales majeures aux mécanismes divers (accès à l'information, proximité avec le discours public, etc...)

L'ajustement des réponses passe par...

- **Sécuriser la présence d'équipes vaccinales** dans tous les territoires (« offre »), y compris en dégageant des moyens ad hoc
- **Accompagner les équipes vaccinales** par des actions de promotion de la vaccination dans les territoires et collèges plus défavorisés (« pratiques »)
- **Mettre en place des communications adaptées** (multilingues, réalisées par les communautés...) et multicanaux
- Mettre en place des **alliances partenariales** d'ordre institutionnel (EN, enseignement privé, élus...) mais aussi communautaires (associations de parents d'élèves, approches par les pairs: Uni-Cités,...)

Avec des réussites très variables

- **Dans les stratégies d'alliance locales et régionales:** parfois réussites, parfois approche uniquement administrative
- **Dans les résultats:** maintien d'inégalités fortes dans les résultats de la 1^{ère} campagne

- **Les points de complexité**

Exclusion sociale et lutte contre les inégalités

Quelles leçons du COVID (et de la suite)

Quelques obstacles

Exclusion sociale et inégalités de santé

On sait que la question du gradient social et des inégalités structurelles a été **occultée en France par l'abord par la grande exclusion**

- dans l'énonciation des enjeux
- dans la priorisation des réponses

En IDF, la palette de **la réponse aux enjeux de grande précarité s'est fortement développée**

- PASS, puis PASS ambulatoire
- EMPP
- Equipes mobiles médico-sociales

D'autant que **les besoins de santé liés à la grande précarité augmentent très fortement**

A l'inverse, **approche par les déterminants et le gradient a peu de succès : exemple de l'AAP ISS**

Par ailleurs, l'évolution actuelle tend à « effacer » la frontière entre les deux logiques, sous les effets notamment des difficultés de logement (→ enjeux de santé chez l'enfant, de santé mentale, notamment), et de la précarisation de l'emploi (→ enjeux d'accès aux soins, de nutrition, par exemple)

Quelles leçons du COVID (et de la suite) - 1-

Durant le COVID, l'ARS s'est mise en position « lutter contre les inégalités » dès les prémices de l'épidémie

- positions initiales du DG, et structuration de l'Agence (une direction dédiée)
- logiques procédurales (validation « ISS » des doctrines)
- dispositifs ad hoc: équipes mobiles, centres d'hébergements, centres SAS, interventions à J+1
- mise en place d'un pilotage serré PRIF/ARS/Associations

Fin 1^o période (confinement):

- Très faible mortalité dans des populations ciblées (personnes à la rue, CHU, CHRS, personnes détenues....)
- Probablement mortalité plus importante dans les FTM (inclus plus tardivement)
- Mais constat empirique d'une mortalité plus importante dans les territoires défavorisés (93++) confirmé par l'étude princeps de l'ORS

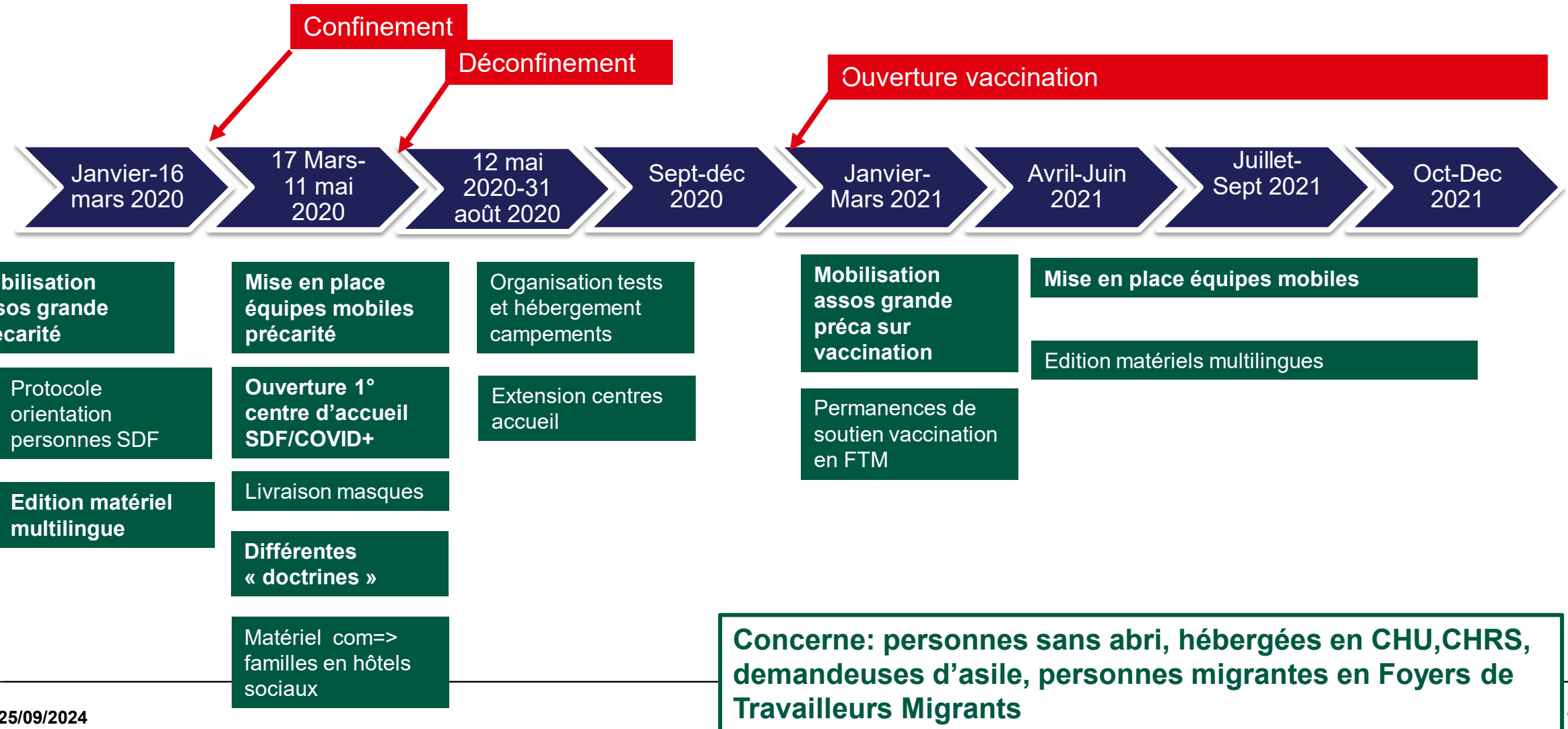
Ré-orientations juin 2020 et fin 2020:

- Renforcement de l'action dans les territoires (quartiers prioritaires), notamment sur les tests
- Recherches d'alliances (AORIF, syndicats de salariés exposés, associations...)
- Mise en place d'aller-vers / ramener-vers avec échecs (Rungis, ParisNord) et francs succès (centre de Bobigny de la CPAM, équipes mobiles,...)
- Surdotation en vaccins de territoires prioritaires (+ 10% en 93, 77, 95)

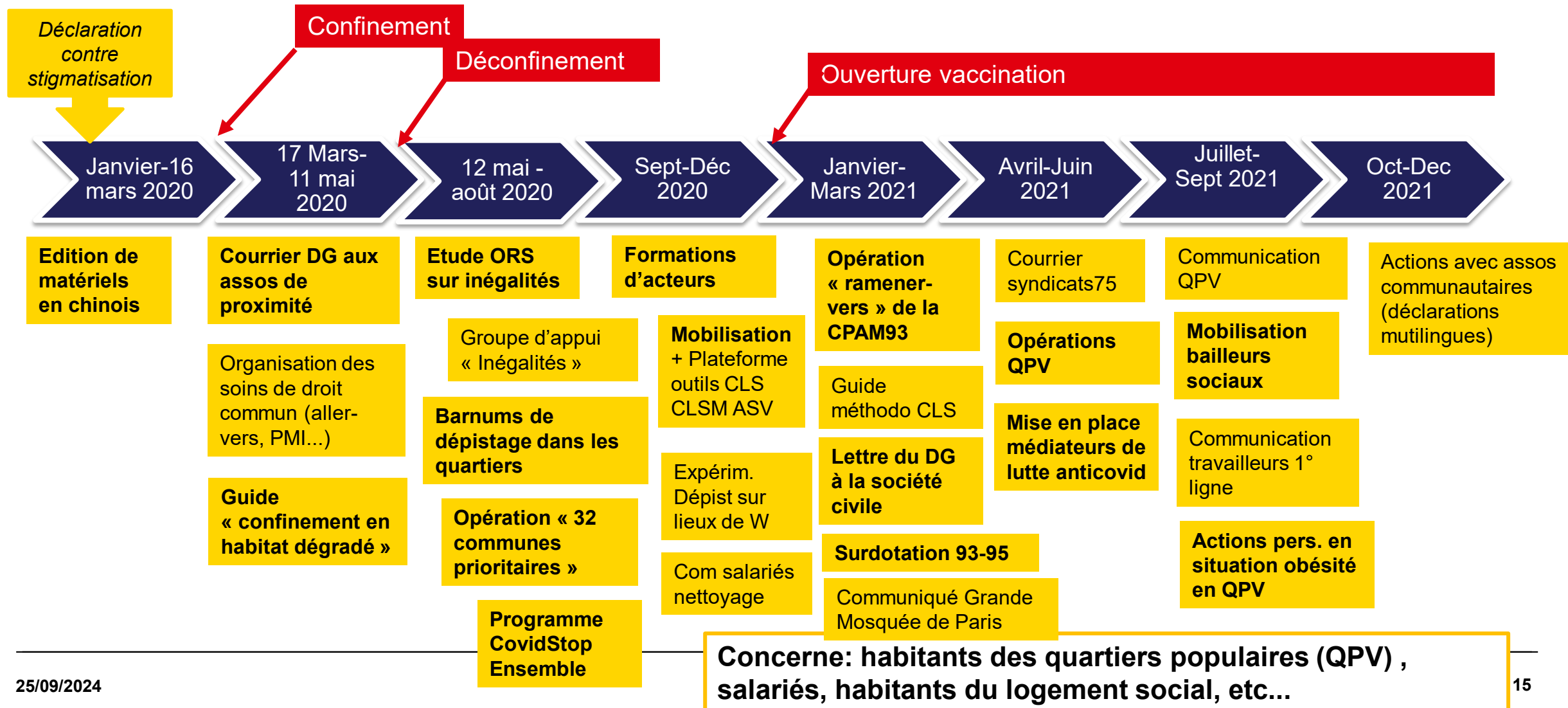
A l'issue du COVID:

- Mesures « Ségur mesure 27 »
- Valorisation stratégies d'alliances
- Développement stratégies d'aller-vers

Les principales actions en direction des personnes en grande précarité



Les principales actions dans le champ du gradient social



Quelles leçons du COVID (et de la suite) - 2-

Les leçons immédiates

- L'enjeu des inégalités a été traité dès le départ en IDF
- Mais les logiques de mobilisation partenariale ont permis de protéger les personnes en situation de grande précarité, beaucoup moins les personnes « modestes »

Les leçons à moyen terme

- Les mesures d'approche territoriale (sur-dotation...) ont été battues en brèche par la réalité sociale – et notamment les enjeux du numérique et des approches de prévention individuelle
- Seules des actions croisant volonté institutionnelles et dynamiques locales ont semblé inverser les logiques (centre de Bobigny, barnums d'aller-vers, etc...)
- Les logiques d'alliance sectorielle (avec les bailleurs, les syndicats, les communautés...) ont eu des succès divers

Les leçons à long terme

- De façon structurelle, seuls les acquis dans le champ de la grande précarité ont été confortés (équipes mobiles médico-sociales, PASS mobiles, renforcement EMPP, etc...)
- Les logiques d'approche par les déterminants se sont heurtées à
 - Un renforcement des approches médicalisées individuelles, et du rôle des PS
 - Une faiblesse de la production académique dans le champ du lien entre déterminants et santé (ex du logement)

Faire face aux obstacles ? -1-

- **Des obstacles liés à...**
 - Un faux consensus sur les inégalités territoriales (« de toutes façons il manque des médecins partout »)
 - Le poids de la prévention individuelle et médicalisée en France
 - Une forme d'incrédulité sur la faisabilité des approches structurelles par les déterminants
 - Le poids des choix historiques (ex: les dispositifs VIH concentrés à Paris intramuros), accentué par la lisibilité contrastée des acteurs politiques
 - La faiblesse des apports académiques sur les pratiques réduisant les ISS, à l'inverse d'un déploiement fort de l'analyse critique
 - Une difficulté à « passer à l'échelle »: des expériences probantes ou prometteuses, notamment en santé communautaire, restent très localisées
 - La faible mobilisation à une échelle significative de la société civile sur les enjeux autres que l'offre de soins
 - Une démocratie sanitaire favorisant l'expression des besoins des CSP +
- Un enjeu particulier: **les RH en santé publique**: certains territoires à forts besoins en santé sont très dépourvus non seulement en PS, mais aussi en professionnels de la promotion de la santé (77,95, 91...): les moyens délégués sont difficiles à mobiliser

Faire face aux obstacles ? -2-

Quelles pistes de travail ?

- Continuer à rendre lisibles et « irrecevables » la réalité des ISS: enjeux des travaux de l'ORS
- Renforcer les choix territoriaux
- Rendre opposables les stratégies de priorisation territoriale, populationnelle, et méthodologique (ex du Mois Sans tabac)
- Renforcer les logiques de médiation et les pratiques multilinguistiques
- Renforcer les logiques d'alliance avec des segments de la société civile
- Prioriser des thématiques d'action (ex: santé et logement)
- Prioriser des actions probantes dans le champ des ISS (ex des compétences psycho-sociales)
- Mener une politique de RH en santé et de RH en promotion de la santé favorisant le recrutement de personnes issues de territoires en difficultés

- **Quelle Agence pour tout cela?**

Quelle structuration de l'Agence pour réduire les ISS/IST ?

Historiquement, l'ARS IDF a maintenu des délégations départementales fortes (+/- la moitié des effectifs)

Des enjeux propres aux délégations ?

- Démocratie, et inégalités ? Rapport aux élus et aux collectivités territoriales : CLS, CLSM, outillage des élus et équipes
- Bottom-up, et inégalités ? Mobilisation et soutien aux acteurs de proximité, mais aussi repérage des expertises « de terrain »
- Appui à l'organisation territoriale, et inégalités ? Identification des besoins de groupes sociaux et territoires plus en difficultés, mais aussi adaptation des réponses de type « parcours »

Des enjeux régionaux en interaction avec les enjeux territoriaux ?

- Rendre lisibles les écarts de besoins, rendre les inégalités territoriales incontournables: le rôle de la DIRNOV et de la transparence des données
- Arbitrer les moyens et les stratégies (cf plus haut)
- Infléchir les stratégies nationales: exemple de « Mon Bilan Prévention »