

AVIS SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

17 FÉVRIER 2022



*Avis sur les inégalités sociales de santé
a été adopté lors de l'Assemblée plénière du 17 février 2022
(Adoption à l'unanimité)*

Aujourd'hui en France, l'espérance de vie des hommes les plus riches est supérieure de près de 13 ans à celle des hommes les plus pauvres. Cet écart inquiétant est représentatif d'un problème sous-estimé par les pouvoirs publics, celui des inégalités sociales de santé (ISS). Alors que la santé est bien souvent pensée en terme de qualité des soins, la CNCDH rappelle l'importance de respecter la définition du droit à la santé et des engagements internationaux qui y sont rattachés en plaçant la lutte contre les ISS au cœur des politiques publiques. Pour ce faire, elle invite à mieux documenter le sujet en créant notamment un observatoire national indépendant sur les ISS. Les déterminants sociaux de santé, tels que l'environnement, le travail ou encore le logement, restent défavorables aux personnes les plus vulnérables. Afin d'y remédier, la CNCDH recommande aussi la création d'une Délégation interministérielle de santé publique permettant des approches croisées à différentes échelles. Enfin, elle invite à replacer les patients et la variété de leurs besoins au cœur d'une démocratie sanitaire effective et à améliorer la diffusion d'informations sur la santé.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	4
1. Le constat : Les inégalités sociales de santé, un enjeu majeur de santé publique trop souvent ignoré.	7
1.1. Les inégalités sociales de santé engendrent des atteintes massives au droit à la santé.	7
1.1.1. Les chiffres des quelques indicateurs disponibles révèlent d'importantes disparités dans l'état de santé en fonction de facteurs socio-professionnels.	7
1.1.2. Les inégalités sociales de santé relèvent d'une question systémique et non de comportements strictement individuels.	11
1.2. L'insuffisante reconnaissance par les responsables politiques et l'opinion publique du rôle majeur des inégalités sociales de santé pour la garantie du droit à la santé.	13
1.2.1. Le rôle des inégalités sociales de santé, documenté par de nombreux travaux, n'est toujours pas pris en compte dans les politiques de santé publique.	13
1.2.2. Comment expliquer ce manque de prise en compte des inégalités sociales de santé ?	14
2. Les recommandations : Faire de la lutte contre les inégalités sociales de santé un fondement de notre système de santé et une exigence des politiques publiques.	16
2.1. Garantir l'élaboration d'une politique de santé publique multisectorielle appuyée sur la participation effective de la population.	17
2.1.1. Pour une approche globale de la santé.	17
2.1.2. Renforcer la démocratie sanitaire en partant des besoins de la population pour élaborer les politiques de santé.	20
2.2. Mettre en œuvre concrètement la lutte contre les inégalités sociales de santé dans une logique d'approche par les droits et de promotion de la santé.	23
2.2.1. Promouvoir un environnement favorable à la santé.	23
2.2.2. Améliorer les compétences individuelles en matière de santé par la promotion de la littératie en santé.	26
2.2.3. Réorienter les services de santé pour favoriser une approche globale de la personne.	28
Les six recommandations prioritaires.	32
Synthèse des recommandations.	33
ANNEXE - « Carte de la santé et de ses déterminants ».	37
Liste des personnes auditionnées.	38
Bibliographie.	40

« Les [inégalités sociales de santé (ISS)] sont des différences de santé, et ma réflexion commence par un examen de chacun des termes de cette différence. Elle se porte ensuite sur ce qui donne leur sonorité particulière à certaines de ces différences et leur vaut d'être qualifiées d'ISS : une indignation. Chaque victime de la pandémie est une de trop, mais le fait que certain-e-s soient plus exposé-e-s au risque de mourir du fait de leur quartier de résidence, de la couleur de leur peau ou de leur niveau de revenu semble particulièrement inacceptable. Cette indignation est au fondement des ISS. C'est elle qui en fait un objet de recherche et d'action publique à la légitimité incontestable. Révéler une ISS, c'est dénoncer une injustice. »¹
Estelle Carde

INTRODUCTION.

1. Alors que, dès 1948, l'article 2 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) proclame l'égalité et l'accès aux droits pour toutes et tous « sans distinction aucune, notamment [...] d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation »², en France, en 2018, l'écart alarmant entre l'espérance de vie des 5 % des hommes les plus riches et des 5 % les plus pauvres était de 12,7 ans (et de 8 ans pour les femmes³) et il continue de s'accroître. Si l'espérance de vie n'est pas un indicateur suffisant pour évaluer le niveau de santé⁴, cet écart est révélateur du lien entre la santé des personnes et leur condition sociale.

2. Dans la continuité de ses travaux sur les questions relatives au droit à la santé⁵, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) a souhaité ici poursuivre ses réflexions. En effet, en 2006, dans un avis sur la santé et l'accès

1 CARDE Estelle, « De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ? », Revue française des affaires sociales, mars 2021, pp. 107-115.

2 Nations Unies, Déclaration universelle des droits de l'homme. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>.

3 BLANPAIN Nathalie, « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », INSEE, n°1687, 2018. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>.

4 MOISY Muriel, « Les français vivent plus longtemps mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable », DREES, Etudes et résultats, n° 1046, 16 janvier 2018. Accessible en ligne au lien suivant : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-francais-vivent-plus-longtemps-mais-leur-espérance-de-vie-en>.

5 CNCDH, Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux, adopté par l'Assemblée plénière du 22 mai 2018 ; CNCDH, Avis sur le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins, adopté par l'Assemblée plénière du 17 octobre 2017 ; CNCDH, Avis sur la santé publique et la coopération internationale dans le contexte de la Covid-19, adopté par l'Assemblée plénière du 15 octobre 2020.

aux soins⁶, elle rappelait « que l'inégalité [face à la mortalité] se situ[e] en amont du système de soins » et que « l'accent à mettre sur la prévention ne doit pas masquer la part dans les inégalités devant la santé des autres déterminants de l'inégalité des droits, de la précarisation et de la pauvreté ». Près de vingt ans plus tard, les inégalités sociales de santé (ISS) restent pourtant trop peu prises en compte, que ce soit dans les politiques publiques de santé, ou dans les politiques qui touchent et impactent la santé. Elles font pourtant l'objet de travaux de chercheurs en France depuis les années 1980, d'un rapport officiel du Commissariat au Plan dès juin 1995, d'une volumineuse étude pluridisciplinaire en 2000 co-dirigée par Didier Fassin sous l'égide de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), et d'un important colloque ministériel en 2010 titré « Réduire les inégalités de santé ». Enfin, la nécessité de réduire ces inégalités a été plus récemment évoquée dans la consultation ayant précédé le plan « Ma santé 2022 » qui s'est finalement limité à l'analyse d'inégalités d'accès aux soins.

3. La CNCDH, fidèle à sa mission de contrôle du respect des engagements internationaux de la France, rappelle que le pays est engagé pour la diminution des inégalités sociales de santé qui va de pair avec le respect du droit à la santé. En accord avec la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946⁷, l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme énonce l'égal accès à « l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi [qu']aux services sociaux nécessaires » de façon à garantir à « toute personne [le] droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ». Depuis 2000, le Comité des Nations Unies des droits économiques, sociaux et culturels rajoute que le droit à la santé est « un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé »⁸. Ainsi, la prise en compte des déterminants sociaux de santé apparaît de plus en plus précise au travers des grands accords internationaux. Cette évolution est désormais nécessaire dans l'application des politiques relatives à la santé et ce, rapidement. En effet, les objectifs de développement durable, devant être atteints en 2030, invitent à agir sur le droit à la santé en prenant en

6 CNCDH, Avis sur la préservation de la santé, l'accès aux soins et les droits de l'homme, adopté par l'Assemblée plénière du 19 janvier 2006.

7 « Un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » précisant que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » dans le Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adoptée par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

8 Comité des Nations Unies des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n°14, EC/C.12/200/4, 11 août 2000, §11. Accessible en ligne au lien suivant : www.ohchr.org/FR/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx.

compte ces déterminants⁹.

4. Le terme d'inégalités sociales de santé renvoie à la relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Comme le rappelle l'OMS, ces inégalités « sont systématiques (les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population), socialement construites et donc injustes et modifiables »¹⁰. Les inégalités sociales de santé relèvent de la responsabilité collective et en particulier de l'action des pouvoirs publics responsables de l'égalité et de l'accès aux droits pour toutes et tous sans distinction.

5. La prise en compte des inégalités sociales de santé permet de penser et d'entreprendre des actions sur différentes échelles, en inscrivant la prévention des maladies et la promotion de la santé dans le cadre d'une relation sociale et collective plutôt que comme une dimension uniquement individuelle et curative.

6. Les déterminants sociaux de santé sont des indicateurs essentiels permettant de mesurer les inégalités sociales de santé. Ils sont définis comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces : l'économie, les politiques sociales et la politique »¹¹. La prise en compte de ces déterminants est essentielle pour combattre efficacement les inégalités sociales de santé avant, pendant et après le soin. Pourtant, cette prise en considération dans les politiques publiques est insatisfaisante, ce qui a été rendu particulièrement visible avec la pandémie de Covid-19.

7. Dans un contexte de crise sanitaire, les réponses publiques sont pensées et mises en œuvre à partir d'une représentation trop uniforme des conditions de vie des personnes en France, en ignorant la situation de personnes confrontées à des barrières spécifiques pour accéder à la prévention et aux soins¹². De plus, ce manque de prise en compte est aggravé par la détérioration de l'accès aux soins et des atteintes à la couverture sociale, en particulier pour les plus démunis.

9 L'Objectif 3 vise tout particulièrement à « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » et douze autres objectifs (1, 2, 5, 6, 8, 11, 12, 13 et 16) sur dix-sept incluent des éléments portant sur la santé ou les déterminants sociaux de la santé. Voir : ONU, Objectifs du développement durable. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

10 Organisation mondiale de la santé, Principaux concepts. Accessible en ligne au lien suivant : https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/

11 *Ibid.*

12 Ces difficultés sont de natures très diverses. Elles peuvent être mises en relation avec des problèmes financiers liés par exemple aux délais de carence et à la difficulté de régler des restes à charge. Elles peuvent aussi être le résultat de délais d'attente trop importants pour obtenir des rendez-vous en s'inscrivant parfois dans des situations de désert médical. D'autre part, la généralisation de la médecine ambulatoire ne prend pas en compte les conditions de vie des personnes en sortant de l'hôpital ce qui peut avoir un impact non négligeable sur la santé de certains.

8. Le présent avis de la CNCDH vise à alerter les pouvoirs publics sur les effets qu'ont les inégalités sociales sur une vie en bonne santé et à leur proposer des recommandations pour les réduire. Composé de deux parties, il débute par une analyse des inégalités sociales de santé. Il propose ensuite une série de recommandations visant à prendre en compte de façon prioritaire les inégalités sociales de santé dans l'organisation du système de soin et des politiques sociales, économiques et environnementales concourant à la santé publique. Les personnes en situation de handicap subissent également les inégalités sociales de santé, parfois de manière spécifique et aggravée par rapport au reste de la population. C'est pourquoi cette question sera abordée dans le cadre du rapport de la CNCDH sur le handicap à venir.

1. LE CONSTAT : LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ, UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE TROP SOUVENT IGNORÉ.

1.1. Les inégalités sociales de santé engendrent des atteintes massives au droit à la santé.

1.1.1. Les chiffres de quelques indicateurs disponibles révèlent d'importantes disparités dans l'état de santé en fonction de facteurs socio-professionnels.

9. En 2000, la France a été classée au premier rang mondial pour son système de soins¹³. Ce classement, très relayé médiatiquement, mettait en avant la qualité de ce système sans prendre en compte les déterminants sociaux qui conditionnent la santé d'une population. En 2009, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) soulignait que si l'on observe des inégalités sociales de santé dans tous les pays à des degrés divers, les inégalités constatées au niveau du taux de mortalité demeurent plus importantes en France que dans d'autres pays européens et elles se sont même aggravées au cours des dernières décennies¹⁴. De plus, dans des enquêtes ultérieures intégrant les indicateurs de prévention, la France se retrouve moins bien classée¹⁵. Ainsi, ces données moins connues posent la question des inégalités sociales de santé.

13 Ce classement, issu du rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, était le fruit du croisement de cinq indicateurs : le niveau de santé général de la population, la réalisation effective des objectifs affirmés du système de santé, le degré général de réactivité du système, les dépenses de santé par habitant et l'équité dans la répartition de la charge de financement au sein de la population. Le récolement de ces cinq indicateurs fournissait un « indicateur de résultats et performances ».

14 Haut Conseil de la santé publique, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, 12 novembre 2009.

15 Voir notamment le Euro Health Consumer Index 2018 qui classe la France onzième au niveau européen.

10. Le Haut Conseil de la santé publique relevait en 2009 la correspondance entre le gradient social et l'espérance de vie¹⁶. Les données existantes, qui reposent pour la plupart sur des critères socio-professionnels, montrent que l'espérance de vie est corrélée à la hiérarchie socio-professionnelle. Celle-ci semble *a priori* favorable aux femmes, mais est très différente si l'on ajoute au critère de l'espérance de vie celui de l'espérance de vie en bonne santé. Dans sa leçon inaugurale au Collège de France, Didier Fassin indique que l'espérance de vie des ouvrières est certes supérieure de deux ans à celle des hommes cadres mais que leur espérance de vie sans incapacités est inférieure de sept ans du fait de conditions de travail défavorables¹⁷. Au sein de la population masculine, on retrouve aussi des écarts en termes d'années à vivre sans incapacités, les ouvriers disposant en moyenne de dix années de moins que les cadres¹⁸. Ces éléments rappellent l'importance de prendre en compte les déterminants sociaux de santé – ici par le biais du travail – puisqu'ils viennent pondérer la capacité à accéder « *au meilleur état de santé [qu'une personne] est capable d'atteindre* »¹⁹. D'autres entrées sont nécessaires pour une compréhension globale de la santé des personnes, comme le suggèrent diverses recherches²⁰.

11. De fait, pour les personnes aux revenus les plus faibles, un gain de 50 euros dans le revenu mensuel impacte considérablement leur espérance de vie. Les personnes sans domicile fixe, qui représentent une catégorie de personnes particulièrement exposées, auraient en 2020, une moyenne d'âge de 48 ans lorsqu'elles décèdent, soit trente ans de moins que le reste de la population²¹.

12. L'indicateur professionnel – l'indicateur le plus développé en matière d'inégalités sociales de santé – est à compléter par d'autres indicateurs puisqu'il ne reflète pas le niveau de vie d'une personne et qu'il ne représente qu'une partie de la population, laissant de côté les personnes sans emploi. Ainsi, la mortalité prématurée des populations sans emploi est deux fois plus élevée que celle des personnes

16 Le gradient social est un concept qui ressort en adoptant un prisme intersectionnel. Il est ici entendu comme une échelle en fonction de laquelle les groupes dominants (définis en fonction de la situation financière, de l'âge, du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'origine...) sont avantagés et les autres défavorisés. Voir notamment : CARDE Estelle, « De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ? », *Revue française des affaires sociales*, mars 2021, pp. 112-113.

17 FASSIN Didier, Leçon inaugurale au Collège de France « Les inégalités de vies », prononcée le 16 janvier 2020. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.youtube.com/watch?v=xOKTo44ZKLU>.

18 Observatoire des inégalités, *Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales se maintiennent*, 14 avril 2020, consultable en ligne au lien suivant : https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-d-esperance-de-vie-entre-les-categorie-sociales-se-maintiennent?id_theme=19.

19 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

20 PUISIEUX F., « Espérance de vie en bonne santé ou non : déterminants sociaux et impact des crises économiques », *Revue de Gériatrie*, 2018 ; ARSANDAUX J., L'estime de soi chez les étudiants à l'université : liens avec les comportements de santé et les problèmes de santé mentale et physique. *Médecine humaine et pathologie*, Université de Bordeaux, 2019.

21 Collectif « Les morts de la rue », *Rapport annuel 2021 sur la mortalité des personnes sans domicile en 2020*. Accessible en ligne au lien suivant : http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/Rapport_VF_maquette_2.pdf.

employées et leur espérance de vie sans incapacité est réduite par rapport à celle de ces dernières²². Ces constats sont à mettre en relation avec les déterminants sociaux de santé qui sont bien souvent défavorables pour ces personnes.

13. L'étude des disparités créées par les rapports de pouvoir entre les genres permet aussi de comprendre pourquoi les femmes sont souvent plus vulnérables en matière de santé. En France, il existe un postulat sur les métiers dits d'hommes ou de femmes. Ces derniers sont généralement essentiels mais peu valorisés financièrement et socialement. Une enquête Sumer²³ démontre que les femmes dans l'organisation du travail présentent plus de troubles anxieux que les hommes car elles ont davantage tendance à occuper des postes d'exécution et n'ont pas la main sur ce qu'elles font. De plus, elles sont victimes des burnouts les plus sévères du fait de leur mode de vie et non d'une surcharge uniquement professionnelle. Ces difficultés ont été aggravées et mises en lumière durant le premier confinement. En effet, elles ont été majoritairement responsables de l'organisation et du suivi de l'école à la maison et de la prise en charge des tâches domestiques en supplément de leur activité professionnelle. Pendant la période du confinement, alors que les hospitalisations pour infarctus du myocarde ont diminué de 8% chez les hommes, elles ont augmenté de 17% chez les femmes de moins de 54 ans.

14. La pandémie de Covid-19 a globalement mis en lumière et exacerbé les inégalités sociales d'accès à la santé liées aux déterminants sociaux de santé. On a ainsi pu constater une mortalité supérieure en Seine-Saint-Denis, où une partie importante de la population cumule les inégalités sociales de santé. On y relève notamment une santé déjà plus dégradée à l'origine, avec une prévalence importante de facteurs aggravants de la maladie comme le diabète, un confinement difficile dans des logements inadéquats, de nombreux travailleurs de « première ligne » confrontés directement au virus, des messages de prévention inadéquats ou encore un manque de personnels et de structures de santé²⁴.

15. De façon générale face à la pandémie, vivre dans une commune densément peuplée, habiter un logement surpeuplé, occuper certaines professions ou habiter dans un territoire qualifié de « désert médical » ont représenté des critères aggravant le niveau de risque d'une personne. L'accès et l'usage de pratiques préventives sont aussi apparus comme étant des variables non négligeables. Des études plus vastes, incluant les populations vivant sur le territoire français dans toute leur diversité, apparaissent donc nécessaires. De plus, la pandémie a mis en lumière les faiblesses

22 FASSIN Didier, Leçon inaugurale au Collège de France « Les inégalités de vies », prononcée le 16 janvier 2020. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.youtube.com/watch?v=xOKTo44ZKLU>.

23 INRS, Enquête Sumer 2016-2017. Bilan de la Collecte, 2018.

24 Voir paragraphe 23.

de notre démocratie sanitaire²⁵ au profit d'une centralisation extrême des politiques de lutte contre l'épidémie²⁶. De nombreux dispositifs ont pâti du manque de prise en compte des besoins spécifiques de certains groupes sociaux, à l'exemple du coût des masques ou des barrières géographiques, numériques, administratives et linguistiques à l'accès à la vaccination. On note d'ailleurs que, dans trop de régions, les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) n'ont guère été consultées pour la gestion de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, privant les pouvoirs publics d'un regard citoyen qui aurait permis de mieux adapter les dispositifs mis en place aux spécificités territoriales.

16. Dans le cadre de la crise sanitaire, les populations d'origine étrangère, avec ou sans papiers, subissent davantage de défiance voire de discriminations²⁷, et ont été plus exposées, notamment en habitant dans des logements surpeuplés et en travaillant en première ligne pendant le confinement ou en étant sans emploi. Ces situations entraînent un stress psychologique et physique. Une méta-analyse montre aussi que ces populations ont plus de risques d'être infectées par le virus de la Covid-19²⁸. Plus spécifiquement, les indications portant sur le lieu de naissance viennent confirmer ces pistes puisque les personnes nées à l'étranger ont eu, entre mars 2020 et mars 2021, un taux de mortalité bien supérieur aux personnes nées en France²⁹.

17. Enfin, les catégories rencontrant des difficultés à faire valoir leur droit à la santé, telles que les personnes en grande précarité³⁰, les personnes détenues, les personnes sans domicile fixe et les personnes migrantes (tous statuts confondus) restent en marge des enquêtes et des recherches. Il existe peu de données nationales sur la corrélation entre pauvreté et espérance de vie et il semble que près de 1,6 million de personnes ne sont toujours pas comptabilisées dans les statistiques³¹. Actuellement, ce sont des

25 « Dès avril 2020, la CNS a fait le constat de l'absence de mobilisation de la démocratie en santé, de ses représentants ou de ses instances, par les pouvoirs publics et les établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux » dans : Conférence Nationale de Santé, Rapport sur les droits des usagers en santé à l'épreuve de la crise sanitaire de la Covid 19, 25 juin 2021.

26 BERGERON H., BORRAZ O., CASTEL P., DEDIEU F, Covid-19 : une crise organisationnelle, Presses de Sciences Po, 2020.

27 France TV info, « Covid-19 : un Français sur deux estime que les discriminations ethniques ont augmenté avec la pandémie », 20 mars 2021. Accessible en ligne au lien suivant : https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-pour-un-francais-sur-deux-les-discriminations-ethniques-ont-augmente-avec-la-pandemie_4340665.html.

28 FASSIN Didier, *L'illusion dangereuse de l'égalité devant l'épidémie*, 2020. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/L-illusion-dangereuse-de-legalite-devant-lepidemie.htm>.

29 BAJOS N., COUNIL E., FRANCK, et al, "Social Inequalities and dynamics of the early COVID-19 epidemic: a prospective cohort study in France", *BMJ Open*, 2021. Accessible en ligne au lien suivant : <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/11/e052888.full.pdf>

30 Les travaux de Pierre CHAUVIN donnent quelques éléments sur le sujet (voir notamment : LAPORTE A. et CHAUVIN P, « Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France », INSERM, 2010) mais le sujet reste de façon générale insuffisamment traité.

31 Centre d'observation de la société, 1,6 million de pauvres absents des statistiques, c'est maintenant officiel, 28 novembre 2021, accessible en ligne au lien suivant : <http://www.observationsociete.fr/revenus/pauvrete/pauvresnoncomptes.html#note-1953-1>

enquêtes associatives, telle que celle du Collectif « Les Morts de la Rue »³², qui permettent d'avoir un aperçu de la réalité des personnes non-sondées. Les données scientifiques évaluant les inégalités sociales de santé sont nombreuses mais généralement non coordonnées et, de fait, non exploitables pour des politiques publiques transversales au niveau interministériel et à l'échelle de tous les territoires.

1.1.2. Les inégalités sociales de santé relèvent d'une question systémique et non de comportements strictement individuels.

18. Les différents déterminants sociaux peuvent être classés dans quatre champs déployés en cercles concentriques autour de l'état de santé de la population auxquels ils contribuent³³. Ces quatre champs sont les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes et le contexte global. Si l'influence des caractéristiques individuelles, qu'il s'agisse du patrimoine génétique, des compétences personnelles, des habitudes de vie, voire des caractéristiques socio-économiques, est assez bien connue, les trois autres champs restent insuffisamment abordés dans les politiques publiques. Or, ils indiquent que la santé d'une personne ne peut être réduite à son comportement. C'est pourquoi l'Agence nationale de santé publique spécifie dans sa définition des inégalités sociales de santé que ce sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé »³⁴.

19. Le rôle joué par les milieux de vie, qu'il s'agisse du milieu familial, scolaire, du travail, du logement ou de la communauté locale, est essentiel. Ces milieux influent sur les caractéristiques individuelles, et peuvent limiter les inégalités sociales de santé, ou au contraire, les aggraver. Ces milieux de vie sont eux-mêmes largement influencés par les systèmes dans lesquels ils s'inscrivent : système d'éducation, système de santé et services sociaux, aménagement du territoire, soutien à l'emploi et solidarité sociale... Enfin, ces systèmes s'inscrivent dans un contexte global : contexte politique et législatif, économique, démographique, social, culturel, scientifique, environnemental.

20. Le présent avis ne vise pas à faire un recensement exhaustif des déterminants sociaux de santé, mais se concentre sur des exemples documentés, en particulier le rôle joué par les conditions de vie dans l'enfance, les conditions de travail, de logement, d'alimentation, l'environnement, l'entourage et la famille.

21. Les déterminants sociaux de santé ne peuvent être considérés de manière totalement indépendante, puisqu'ils cohabitent et interagissent. En premier lieu, la santé globale dépend du genre. En outre, l'appartenance à certains groupes sociaux

32 Collectif « Les Morts de la Rue », Rapport annuel 2021 sur la mortalité des personnes sans domicile en 2020, Accessible en ligne au lien suivant : http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/Rapport_VF_maquette_2.pdf.

33 Voir annexe.

34 Santé publique France, Les inégalités sociales et territoriales de santé, 17 mai 2021. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>

expose à des déterminants sociaux de santé défavorables. Par exemple, la grande pauvreté dans l'enfance renforce le risque d'arrêter précocement ses études, d'occuper un emploi peu qualifié susceptible d'engendrer des troubles musculo-squelettiques, et d'occuper un logement insalubre. Il en est de même pour les adultes en situation de grande précarité. Enfin, le fait d'être victime de racisme et de discriminations a non seulement des conséquences directes sur l'accès au logement ou à l'emploi, mais engendre également un niveau de stress élevé et une mauvaise estime de soi.

22. L'analyse des conséquences de l'appartenance à certains groupes sociaux sur la santé globale des personnes montre l'importance de considérer les rapports de pouvoir entre ces groupes, l'oppression qui peut en découler, et comment cela favorise les inégalités sociales de santé. Elle révèle que certaines différences de comportement que l'on attribue souvent à des choix individuels peuvent être au contraire qualifiées de systémiques. Les personnes appartenant à des groupes sociaux défavorisés peuvent adopter plus de comportements à risques, mais ceux-ci s'expliquent principalement par leur situation. Par exemple, leurs revenus ne leur permettent pas d'accéder à une alimentation équilibrée de qualité. Certaines addictions peuvent découler de plaisirs de compensation face à une situation de stress social et de mauvaise estime de soi.

23. Enfin, les inégalités sociales de santé sont aussi socio-spatiales. Elles sont reflétées dans l'agencement spatial et impactées par « *l'évolution des compositions démographiques et sociales des lieux, leurs caractéristiques environnementales, (...) les processus de ségrégation spatiale, (...) les usages locaux* »³⁵. A titre d'exemple, les aires d'accueil prévues pour les Gens du voyage se situent majoritairement dans des espaces périphériques et pollués à plusieurs niveaux (sols, eaux, atmosphère, sonore...), les exposant à plus de risques sanitaires par rapport au reste de la population³⁶ et les éloignant des services publics et privés essentiels. Les caractéristiques spatiales étant intimement liées à la santé des personnes, il importe d'y accorder une attention toute particulière. De plus, la répartition territoriale des professionnels de santé est inégale. Alors que les Hauts-de-Seine comptent 399 médecins et 868 infirmiers pour 100 000 habitants, la Seine-Saint-Denis n'en compte respectivement que 258 et 659 pour le même nombre d'habitants³⁷. Ce déficit de personnel de santé a des répercussions sur l'accès aux soins et à la prévention. De même, dans un nombre croissant de zones rurales et périurbaines, l'accès aux dispositifs de prévention et de soins est compliqué par le manque de professionnels de santé, auquel s'ajoute souvent l'absence de transports en commun³⁸.

35 RICAN S. et SALEM G., « Inégalités spatiales de santé en France », in BRAS P-L. et al., *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po, 2009.

36 ACKER William, *Où sont les « gens du voyage » ? Inventaire critique des aires d'accueil*, Éditions du commun, avril 2021.

37 INSEE, Professionnels de santé au 1er janvier 2018, comparaisons régionales et départementales, 14 avril 2020, Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>.

38 Entretien avec Olivier MAGUET, maire de Châtel-Censoir, bénévole et ancien administrateur à Médecins du Monde, 2021.

24. En résumé, les facteurs de vulnérabilité s'accumulent et se renforcent mutuellement, d'où l'importance de les appréhender dans le champ des inégalités sociales de santé, selon une approche intersectionnelle telle que déjà préconisée par la CNCDDH³⁹.

1.2. L'insuffisante reconnaissance par les responsables politiques et l'opinion publique du rôle majeur des inégalités sociales de santé pour la garantie du droit à la santé.

1.2.1 Le rôle des inégalités sociales de santé, documenté par de nombreux travaux, n'est toujours pas pris en compte dans les politiques de santé publique.

25. En 2011, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) constatait que « les inégalités sociales de santé ne constituent pas un objet de politique publique à part entière »⁴⁰ en France. Dix ans plus tard, ce constat reste globalement juste. Le caractère transversal et systémique des inégalités sociales de santé nécessite des politiques publiques impulsées au plus haut niveau, impactant tous les ministères concernés. Pourtant, si l'on regarde les grandes lois portant sur l'organisation du système de santé votées depuis les années 2000, on constate que la question des inégalités sociales de santé n'est pas prise en compte. Les lois du 4 mars 2002, du 9 août 2004 et du 21 juillet 2009 sont autant d'occasions manquées : la première pose les bases de la démocratie sanitaire, la seconde instaure le Haut Conseil de la santé publique et la dernière crée les Agences Régionales de Santé avec l'objectif « *de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire* »⁴¹. Toutes sont en fait centrées sur le soin et aucune ne prend en compte la question des inégalités sociales de santé. Ce n'est qu'en 2014 que la ministre de la Santé de l'époque, Marisol Touraine, annonce comme un des objectifs de sa réforme du système de santé la réduction de ces inégalités⁴² et affirme que le système de soins et la prévention ne sont pas les uniques déterminants de santé. La loi du 26 janvier 2016 inscrit cet objectif à plusieurs occurrences dans le code de la santé publique, mais ne propose pas de réorganisation structurelle autour de celui-ci. Quant à la loi du 24 juillet 2019, elle n'en fait plus mention, même en ce qui concerne les projets territoriaux de santé qui se concentrent sur l'accès aux soins.

26. Cependant, si la structure du système de santé français reste centrée sur la question de l'offre de soins et de l'accès aux soins, l'adoption de stratégies nationales de santé depuis 2014 devait traduire la volonté de mettre en place une approche plus

39 Voir notamment CNCDDH, *Rapport annuel 2020 sur la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie*.

40 MOLEUX Marguerite, SCHAETZEL Françoise, SCOTTON Claire, « Les inégalités sociales de santé – Déterminants sociaux et modèles d'action », IGAS, 2011.

41 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, Texte n° 1.

42 TOURAINE Marisol, "Health inequalities and France's national health strategy", *The Lancet*, vol. 383, n° 9923, 29 mars 2004, pp. 1101-1102.

globale de la santé, et refonder dans une seule et même politique l'ensemble des champs de l'action publique sanitaire. Ces stratégies – fixant les priorités du Gouvernement pour une durée de cinq ans – visaient à donner une cohérence à l'action des différents ministères et affichaient un objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

27. La feuille de route de la stratégie nationale de santé 2014-2018 prenait mieux en compte les inégalités sociales de santé. Dès l'introduction, elle prévoyait de « définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent, pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins ». L'axe 1, intitulé « Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé », comporte d'ailleurs des objectifs larges, comme « ne pas cloisonner curatif et préventif », « diversifier suffisamment l'offre de santé, a fortiori en termes de prévention, afin de ne pas laisser certains publics à l'écart du système de santé » et « agir sur les déterminants de santé en mobilisant, dans ce but, les autres politiques publiques (social, éducation, travail, environnement...) ». Ces objectifs auraient dû se traduire par des mesures concrètes dans la loi de santé, or il n'en a rien été puisque celle-ci, publiée en 2014, s'est finalement concentrée sur quelques mesures de prévention essentiellement censées faire évoluer les comportements individuels et ignorant le reste des déterminants sociaux de santé.

28. La stratégie nationale de santé 2018-2022 est plus concrète et prend mieux en compte le caractère transversal des inégalités sociales de santé. La sous-partie intitulée « promouvoir des conditions de vie et de travail favorables à la santé et maîtriser les risques environnementaux » comprend notamment des mesures visant à lutter contre des conditions d'habitat indignes, à améliorer la santé et la qualité de vie au travail ou encore à réduire l'exposition aux pollutions. Cependant, la plupart de ces mesures ne sont pas encore pleinement mises en œuvre. Plus largement, la CNCDH s'interroge sur l'écart important entre les intentions de ces feuilles de route et la réalité concrète du système de santé qui ne semble pas en capacité de les mettre en œuvre, par manque de moyens financiers et humains.

1.2.2. Comment expliquer ce manque de prise en compte des inégalités sociales de santé ?

29. Les inégalités sociales de santé sont encore peu prises en compte, peu portées politiquement et peu médiatisées. En effet, leur reconnaissance met directement en cause la notion d'égalité des droits à la santé⁴³.

30. Selon une idée reçue persistante, les services de santé étant ouverts à tous même aux plus pauvres, les personnes en mauvaise santé seraient responsables de

43 Observatoire des inégalités, Les inégalités sociales de santé, une question politique oubliée, 3 avril 2007, Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-sociales-de-sante-une-question-politique-oubliee>.

leur condition, du fait de l'adoption de comportements à risque ou du manque d'effort pour se faire suivre dans une structure compétente. C'est le cas, entre autres, pour les troubles de santé liés au tabagisme et à l'obésité. Pourtant, l'impact de l'appartenance à certains groupes sociaux minoritaires sur la santé mentale, les addictions et les comportements à risques, appelé « stress minoritaire »⁴⁴, est documenté depuis le début des années 2000, ainsi que les conséquences du stress professionnel. De même, des expériences, comme la recherche Action menée par le mouvement ATD Quart monde (Agir tous pour la dignité) et l'entreprise ACEMIS (Anticipate Customer Experience Make It Simple), montrent un décalage entre la perception des professionnels de santé et celle des usagers en situation de précarité sur ce qu'est une information compréhensible. De plus, concernant la lutte contre les addictions, les actions de prévention se concentrent encore majoritairement sur l'interdiction de l'usage de certains produits, ou sur leur taxation, au lieu de développer des politiques de réduction des risques et la prise en charge globale des personnes. Pourtant, des expériences positives, comme celles menées pendant le confinement au Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans-Abri (CHAPSA) de Nanterre⁴⁵ ou par l'association médico-sociale Gaïa à Paris, montrent qu'en agissant sur un ensemble de déterminants (logement, alimentation, santé mentale...) pendant plusieurs semaines, les personnes arrivent à sortir durablement de la précarité et à combattre leurs addictions. Au contraire, renvoyer à la responsabilité individuelle et ignorer la question de la responsabilité globale de la société, avec des préjugés sur la précarité et la santé mentale toujours très présents, enclenchent un cercle vicieux.

31. Une autre difficulté pour prendre en compte les inégalités sociales de santé dans les politiques publiques vient de la nécessité d'adapter les actions de santé publique aux différents groupes sociaux pour qu'elles soient efficaces et que la population puisse se les approprier. Le concept d'« universalisme proportionné »⁴⁶, qui a pour but d'« offrir des interventions universelles destinées à l'ensemble des [personnes] mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins »⁴⁷ vise à y répondre. Ce concept permet d'ailleurs de combiner les trois stratégies recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour réduire les inégalités sociales de santé : l'amélioration de la santé des personnes les plus pauvres, la réduction des écarts de santé entre les groupes les plus pauvres et les autres groupes plus favorisés, ainsi que l'amélioration générale des niveaux de santé de l'ensemble des groupes sociaux.

44 On appelle « stress minoritaire » l'excès de stress auquel sont exposées les personnes membres de groupes minoritaires dans la société du fait de cette position minoritaire. Cette notion a d'abord été documentée pour les personnes LGBT (voir bibliographie en fin d'avis).

45 La période de confinement a permis au Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans-Abri (CHAPSA) d'accueillir en continu et sur la longue durée des personnes dans le besoin. Cela a permis d'assurer une prise en charge globale qui, avec la présence de médecin généraliste, d'assistante sociale et d'une psychologue, a abouti à la sortie de la rue de 70 personnes.

46 Ce concept est mis en action dans les contrats de ville et spécifiquement par les Ateliers Santé Ville.

47 AFFELTRANGER B., POTVIN L., FERRON C., VANDEWALLE H., VALEE A., « Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? », *Santé Publique*, 2018.

32. En l'absence d'adaptation des actions aux différents publics, les mesures de prévention peuvent au contraire accroître les inégalités sociales de santé. Il apparaît que les campagnes de sensibilisation et d'information sont davantage destinées aux milieux favorisés car leur niveau d'étude leur permet de mieux comprendre les messages et les indicateurs tels que les étiquettes nutritionnelles. C'est notamment le cas de la campagne du Programme National Nutrition Santé, lancée en 2001, rappelant l'importance pour la santé de chacun de « (...) manger au moins 5 fruits et légumes par jour ». En l'absence de mesures concrètes pour favoriser l'accès des plus démunis aux fruits et légumes⁴⁸, et plus généralement à une alimentation équilibrée, ceux-ci risquent de rejeter un message qui leur est impossible de mettre en œuvre faute de revenus suffisants. Plus la perception des préconisations est difficile, plus il y a une défiance de la part des groupes sociaux les plus défavorisés et plus les campagnes renforcent la stigmatisation de ces populations.

33. Enfin, notre système de santé reste centré sur le curatif. Il n'est ni conçu ni organisé autour de la notion de promotion de la santé et il ne consacre qu'une part de budget minime aux actions de prévention⁴⁹. Alors que les inégalités sociales de santé touchent l'ensemble des secteurs de la santé, la plupart des professionnels de santé n'ont pas été formés à prendre en charge la dimension sociale des problèmes de santé⁵⁰ et leurs conditions de travail ne sont pas favorables à l'établissement de relations suivies avec les services sociaux. En outre, une petite partie d'entre eux continue même à pratiquer des discriminations à l'encontre des plus précaires⁵¹.

2. LES RECOMMANDATIONS : FAIRE DE LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ UN FONDEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ET UNE EXIGENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES.

48 Comme par exemple le travail *Se nourrir lorsqu'on est pauvre*, réalisé en 2019 avec de nombreux militants du mouvement ATD quart monde.

49 Selon le rapport de la Commission européenne et de l'OCDE de 2019, en France, les dépenses consacrées à la prévention représentaient moins de 2 % de l'ensemble des dépenses de santé, soit une part inférieure aux 3,1 % de moyenne de l'UE.

50 Observatoire des inégalités, *Les inégalités sociales de santé, une question politique oubliée*, 3 avril 2007, Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-sociales-de-sante-une-question-politique-oubliee>.

51 Observatoire des inégalités, *Rapport sur les inégalités en France 2021*, p. 130 : « 9 % des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres ont refusé de recevoir dans leur cabinet des patientes simplement du fait qu'elles étaient couvertes par une couverture santé complémentaire destinée aux plus modestes en raison de leur faibles ressources (CMUC devenue Complémentaire santé solidaire en 2019) », selon un testing mené par le Défenseur des Droits auprès de 1 500 cabinets médicaux en 2019.

34. Lutter contre les inégalités sociales de santé nécessite de repenser l'organisation de notre modèle au profit d'une approche par la promotion globale de la santé. Au niveau international, la Charte d'Ottawa propose un cadre d'action permettant d'envisager une démarche d'intervention transversale sur l'ensemble des déterminants sociaux, économiques ou environnementaux de la santé. En préalable, elle rappelle que l'état de santé d'une population est dépendant de la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé⁵². A cela s'ajoutent cinq piliers : l'élaboration d'une politique publique qui pose les conditions d'une vie en bonne santé, la création de milieu de vie favorable, le renforcement de l'action communautaire⁵³, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des systèmes de santé vers une approche globale de la personne.

2.1. Garantir l'élaboration d'une politique de santé publique multisectorielle appuyée sur la participation effective de la population.

2.1.1. Pour une approche globale de la santé.

35. Au niveau national, le caractère multifactoriel des inégalités sociales de santé et la diversité des déterminants sociaux de santé imposent de penser une organisation transversale des pouvoirs publics au profit d'une approche globale des personnes. En effet, il apparaît que la gouvernance en matière de santé, tant à l'échelle nationale que régionale, reste inscrite dans une logique de « silo », mal adaptée à la prise en compte de déterminants qui relèvent d'autres dimensions. Parmi ces déterminants, on peut rappeler entre autres l'importance du logement, du travail, de la famille, de l'environnement, de l'éducation, de l'économie, de l'agriculture ou encore de l'aménagement du territoire.

36. Le rapport d'information du Sénat sur les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale souligne que « l'insuffisante prise en compte de l'environnement par un ministère chargé de la santé encore très largement focalisé sur la maladie et les soins ne participe pas d'une responsabilisation collective de l'ensemble des départements ministériels à l'égard des enjeux de santé environnementale » et propose d'« instituer, auprès du Premier ministre, un délégué interministériel à la santé globale chargé de porter la thématique « One Health » et qui s'appuierait sur le

52 La Charte rappelle qu'un certain nombre de conditions sont indispensables à la santé. Elle liste la nécessité de se loger, d'accéder à l'éducation, de se nourrir convenablement, de disposer d'un certain revenu, de bénéficier d'un écosystème stable, de compter sur un apport durable de ressources, et d'avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

53 La Charte d'Ottawa précise dans sa version anglaise la nécessité de « strengthen community action ». Si la notion de communauté est en France parfois clivante, le « renforcement de l'action communautaire » (comme le formule la traduction de la Charte) semble particulièrement pertinent puisque l'action communautaire permet de prendre en compte la diversité des situations sociales et territoriales en faisant vivre la démocratie sanitaire.

comité interministériel pour la santé et son comité restreint permanent pour garantir la cohérence de l'ensemble des politiques publiques susceptibles d'avoir un impact sur la santé humaine, animale et végétale »⁵⁴. La CNCDH partage ce constat qu'elle estime nécessaire de prolonger au-delà de la santé environnementale en l'étendant à tous les déterminants sociaux de santé.

37. Ainsi, au niveau national, la CNCDH recommande la mise en place d'une délégation interministérielle à la santé publique, sur le modèle de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL). Elle devrait être placée sous l'autorité du Premier ministre. Cette délégation serait chargée de mobiliser tous les départements ministériels pour qu'ils introduisent une réflexion sur l'impact de leurs décisions sur la santé et les rendent cohérentes entre elles.

38. La CNCDH recommande également que l'établissement des plans et stratégies nationaux se fonde systématiquement sur un bilan des actions précédemment mises en œuvre et une analyse des acteurs effectivement mobilisables. Ils devraient spécifier, pour chaque mesure, les acteurs chargés de la mise en œuvre, les financements dédiés, les objectifs choisis ainsi qu'un calendrier prévisionnel des actions et des mécanismes d'évaluation d'impact.

39. La CNCDH estime que l'approche globale devrait aussi prévaloir pour les collectivités territoriales (régions, départements ou communes). Certes les communes n'ont pas de compétences obligatoires dans le domaine de la santé, mais elles bénéficient de la clause de compétence générale qui permet de développer une politique de santé dans un cadre contractualisé avec l'État via les Agences Régionales de Santé (ARS). La CNCDH encourage les conseils municipaux à nommer des maires-adjoints en charge de la santé publique. Elle constate que cela se développe depuis une vingtaine d'années sous des formes diverses. Dans certaines communes, un adjoint à la santé a été chargé d'une double compétence. Mais la CNCDH constate aussi qu'il est rarement à un rang lui permettant de peser suffisamment pour engager ses collègues à promouvoir la santé dans toutes leurs décisions⁵⁵.

40. La CNCDH recommande de mettre en place un observatoire national indépendant dédié aux inégalités sociales de santé. Cet observatoire pourrait avoir comme mission de collecter des données sur les déterminants sociaux de santé, et de les analyser en adoptant une approche pluridisciplinaire et interministérielle. Compte tenu de la difficulté à renseigner certaines situations, telles que la comptabilisation

54 Sénat, « Les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale, Rapport d'information n°479 (2020-2021) de M. Bernard JOMIER et Mme Florence LASSARADE, fait au nom de la commission des affaires sociales », déposé le 24 mars 2021. Accessible en ligne au lien suivant : <http://www.senat.fr/rap/r20-479/r20-479.html>.

55 Entretien avec Laurent EL GHOZI, maire adjoint à la santé et à la prévention de la ville de Nanterre de 1989 à 2020 et fondateur en 2005 de l'association Élus Santé Publique et Territoires dont « un des objectifs est la réduction des inégalités sociales de santé » (<https://espt.asso.fr/qui-sommes-nous/>), 2022.

des personnes sans-papiers et sans-abri, un suivi spécifique devrait être élaboré pour celles-ci.

41. Quel que soit leur niveau d'action, les politiques de santé publique doivent être pensées à partir des besoins exprimés par les populations. Des démarches publiques de concertation et une meilleure association des populations à la conception et à la gouvernance des politiques de santé publique les concernant conditionnent l'efficacité de ces politiques. La mise en relation entre l'ensemble des parties prenantes pour construire collectivement le meilleur état de santé possible s'inscrit en cohérence avec l'approche par les droits promue par la CNCDH et se trouvait déjà au cœur de ses précédents travaux en matière de santé.

42. Ainsi, il importe de prendre en compte la diversité de la population française et d'adapter les politiques nationales à chaque territoire. C'est un des objectifs assignés aux Agences Régionales de Santé (ARS) lors de leur création en 2010 par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Néanmoins, une décennie après, et avec l'expérience de la pandémie, force est de constater que les ARS n'ont pas les moyens ni l'autonomie pour accomplir pleinement cette mission. Il ressort des auditions menées par la CNCDH que les ARS ont du mal à faire vivre la dynamique de démocratie sanitaire et en conséquence à prendre en compte pleinement la diversité des besoins sur chaque territoire⁵⁶, à plus forte raison depuis la réforme territoriale de 2015 réduisant à 13 le nombre de régions⁵⁷. Trop étendues, trop diverses, les régions peinent à définir des priorités communes et à favoriser la communication entre les différents acteurs de santé et les élus locaux. De ce fait, les directeurs d'ARS et leurs équipes font face à des difficultés pour s'adapter aux réalités locales ou micro locales et peuvent difficilement soutenir des projets locaux sans outrepasser des directives nationales⁵⁸. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales⁵⁹ sur le rôle des ARS pour la transformation de l'offre de soin pointe ainsi parmi les préoccupations des agences le manque de souplesse de leurs interventions financières, avec des budgets normés et fléchés au niveau national par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

43. La loi portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) du 7 août 2015 a restauré le principe de spécialisation entre région et département. Le conseil régional a désormais compétence, entre autres, pour le développement social et sanitaire de la région, le soutien à l'accès au logement et à l'amélioration de l'habitat,

56 Entretien avec Olivier MAGUET, maire de Châtel-Censoir, bénévole et ancien administrateur à Médecins du monde, 2021.

57 Sénat, Compte rendu de la table ronde, 28 mai 2020. Accessible en ligne au lien suivant : http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20200525/dct-bulletin_2020-05-28.html.

58 LAURENT Mathieu, « Covid : Agences régionales de santé, des accusations justifiées? », La Croix, 18 janvier 2021. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Covid-Agences-regionales-sante-accusations-justifiees-2021-01-18-1201135612>.

59 Inspection générale des affaires sociales, Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS, novembre 2018. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.viepublique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/273328.pdf>.

le soutien à la politique de la ville et à la rénovation urbaine, le soutien aux politiques d'éducation et l'aménagement et l'égalité de ses territoires. Ces compétences larges permettent d'envisager une approche plus transversale de la santé, en particulier en matière de santé environnementale, en lien avec les politiques industrielles et agricoles.

44. En conséquence, la CNCNH recommande de développer les compétences des ARS pour favoriser l'élaboration d'un projet régional de santé qui prenne en compte les avis des instances représentatives des diversités locales et territoriales et défende une approche globale de la santé. Elle recommande également un renforcement de leurs moyens pour développer les délégations départementales de chaque ARS et leur donner un meilleur ancrage local en facilitant le dialogue avec les élus locaux⁶⁰.

45. En complément, les auditions de la CNCNH ont montré le rôle essentiel des élus municipaux qui sont généralement les plus à même de relayer les besoins de leur population. De plus, les différents professionnels de santé présents sur le territoire (médecins, infirmiers, pharmaciens, paramédicaux, transports sanitaires...), comme les associations locales œuvrant dans ce domaine, devraient systématiquement être associés aux consultations et aux décisions. En 2011, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les inégalités sociales de santé dans l'enfance préconisait de renforcer la fonction stratégique d'action au niveau communal ou intercommunal, pour être au plus près des besoins de la population. L'IGAS y soulignait que « la segmentation des autorités publiques territoriales complique la définition de stratégies cohérentes » et proposait deux leviers pour renforcer le rôle des communes : la possibilité pour les autorités publiques régionales de transférer sous forme de délégations ou de contrat des responsabilités qui nécessitent une grande proximité avec la population et celle de permettre aux communes de mobiliser les moyens et services nécessaires via ces délégations ou contrats. Pour faciliter le lien avec les élus locaux, en particulier les maires, ceux-ci pourraient être associés aux réflexions des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁶¹ lorsqu'elles existent.

2.1.2. Renforcer la démocratie sanitaire en partant des besoins de la population pour élaborer les politiques de santé.

46. En France, la population participe trop peu au processus d'élaboration des

60 « Les ARS ont perdu plus de 1 500 ETP en 10 ans, soit l'équivalent de l'ARS d'Ile-de-France ou de trois ARS de taille moyenne » in LAURENT Mathieu, « Covid : Agences régionales de santé, des accusations justifiées? », *La Croix*, 18 janvier 2021. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Covid-Agences-regionales-sante-accusations-justifiees-2021-01-18-1201135612>.

61 Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), instituées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, ont pour rôle de coordonner les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. La création de CPTS repose sur l'initiative des professionnels de santé. Elle est encouragée par la stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 ». Voir notamment : Sénat, Comptes rendus de la délégation aux collectivités territoriales, 28 mai 2020. Accessible en ligne au lien suivant : http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20200525/dct-bulletin_2020-05-28.html.

politiques publiques de santé. Pourtant, sa participation est essentielle à la promotion de la santé, définie depuis la Charte d'Ottawa comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Comme le notait déjà la CNCNH dans son avis de 2018, il est essentiel que la population soit représentée dans sa diversité au sein des instances de la démocratie sanitaire, en termes d'âges, de sexes ou de revenus. L'expérience des plus précaires, « sentinelles » de notre système de santé, est particulièrement précieuse en ce qu'elle est révélatrice des atouts et des faiblesses de celui-ci et des barrières pour l'accès aux différents dispositifs. Leur inclusion et leur participation effectives bénéficient à tous les usagers du système. C'est pourquoi il est nécessaire de développer une politique de « l'aller-vers »⁶² en démocratie sanitaire. Les personnes les plus précaires incluent aussi des segments de population qui sont rarement écoutés et souvent victimes d'inégalités sociales de santé, comme les ouvriers agricoles, particulièrement les saisonniers, exposés notamment aux pesticides, ou les ouvriers de secteurs exposés à des environnements dangereux⁶³, comme dans la maintenance de centrales nucléaires. C'est également le cas des personnes âgées ou en situation de handicap⁶⁴, qui ont souvent plus de difficultés à accéder à des dispositifs numériques devenus essentiels pour bénéficier des informations, soins et remboursements.

47. Cependant, la participation de la population pose la question des limites de l'articulation entre les acteurs professionnels et les bénévoles, avec des engagements qui peuvent être extrêmement chronophages et nécessitent l'acquisition de connaissances ou de compétences spécifiques. Afin de permettre la mobilisation des citoyens qui le souhaitent sur les questions de santé, la CNCNH recommande au Gouvernement de faciliter l'engagement d'une plus grande diversité de bénévoles. Pour cela, la CNCNH recommande de mettre à disposition un mécénat de compétences sur le temps de travail salarié afin de sensibiliser les entreprises et les citoyens à s'engager dans ce domaine pour l'intérêt général. Elle recommande également de réfléchir à un système de décharge, par exemple sur le modèle syndical. Ces dispositifs créeraient un lien entre divers acteurs, permettant l'échange de compétences et de perspectives. La CNCNH recommande également d'assouplir la loi de 2017 *relative à l'égalité et à la citoyenneté*, pour rendre un plus grand nombre de citoyens éligibles aux congés d'engagement associatif, en ne limitant pas ces congés à l'exercice d'une fonction d'encadrement. Enfin, elle recommande au Gouvernement de réfléchir à des modalités d'indemnisation des volontaires engagés dans la démocratie sanitaire quand leur

62 « L'« aller vers » est à entendre comme une démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, quelle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, d'accompagnement. Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée » : voir la note de cadrage de la formation « aller-vers » pour la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, accessible en ligne au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_de_cadrage_aller_vers.pdf

63 La notion de « sentinelle » du système de santé et de la société a été lancée par le chercheur INSERM Henri PEZERAT (1929-2009), à propos des ouvriers exposés à l'amiante (dont il avait prouvé les dangers) et à la toxicité au travail de produits industriels et chimiques, puis pour les travailleurs du monde agricole.

64 Rapporteur national indépendant concernant la politique publique en faveur de l'effectivité des droits des personnes en situation de handicap, la CNCNH prépare un rapport pour connaître, définir, sensibiliser et combattre les stéréotypes et les préjugés à l'égard des personnes handicapées qui paraîtra début 2023.

fonction demande un investissement hebdomadaire important.

48. Depuis la loi Kouchner de 2002 *relative aux droits des malades, la démocratie sanitaire* a été préconisée aux différents échelons de gouvernance de notre système de santé. En 2018, la CNCDH avait déjà recommandé le développement qualitatif de la démocratie en santé par une meilleure participation des patients et la mise en place d'une meilleure représentation des usagers et des professionnels de santé⁶⁵.

49. Au niveau national, l'élaboration des politiques de santé publique doit s'appuyer sur le travail des instances consultatives représentatives en mesure de faire un diagnostic et des propositions pour l'ensemble du territoire, en particulier la Conférence nationale de santé (CNS). La CNCDH recommande que cette instance soit obligatoirement consultée préalablement à la rédaction de tout projet de loi impactant la santé ou de toute stratégie nationale de santé. Son avis devrait être annexé à l'étude d'impact de manière à faire valoir les retours des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA). La CNS doit être consultée plus largement⁶⁶ pour veiller à ce que les différents plans déclinés à partir des stratégies nationales prennent en compte la lutte contre les inégalités sociales de santé. Enfin, la CNCDH recommande que la CNS soit chargée de la création coordonnée d'outils d'élaboration des politiques publiques en matière de santé à mettre à disposition de tous les pouvoirs publics. Ses moyens devraient donc être renforcés pour faire face à ces nouvelles obligations.

50. Malgré des avancées, les dispositions prévues par la réforme des CRSA du 28 juin 2021 restent insuffisantes. La CNCDH considère que ces institutions doivent être plus représentatives de la diversité sociale et régionale. Elle recommande de leur donner un pouvoir décisionnel, notamment en renforçant leur rôle dans l'élaboration et l'évaluation des projets régionaux de santé. La CNCDH recommande de garantir aux CRSA un budget dédié. Afin de mieux prendre en compte les spécificités territoriales, elle recommande également aux ARS, en lien avec les CRSA, de créer des espaces de rencontre entre les élus territoriaux confrontés à des défis sanitaires semblables, leur permettant d'échanger des bonnes pratiques et de mutualiser des outils performants.

65 CNCDH, *Avis « Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux »*, adopté par l'Assemblée plénière du 22 mai 2018.

66 Voir notamment Conférence Nationale de Santé, *Rapport « Les droits des usagers en santé à l'épreuve de la crise sanitaire de la Covid 19 »*, adopté le 25 juin 2021 qui note « Dès avril 2020, la CNS a fait le constat de l'absence de mobilisation de la démocratie en santé, de ses représentants ou de ses instances, par les pouvoirs publics et les établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux ».

2.2. Mettre en œuvre concrètement la lutte contre les inégalités sociales de santé dans une logique d'approche par les droits et de promotion de la santé.

2.2.1. Promouvoir un environnement favorable à la santé.

51. L'analyse des déterminants sociaux de santé montre que les conditions de vie et de travail des personnes ont une très grande influence sur leur état de santé, et inversement. Le spectre des mesures à envisager étant extrêmement large, la CNCDH souhaite faire quelques propositions d'actions sur deux champs importants : le travail et l'urbanisme.

52. Un des axes prioritaires devrait porter sur le lien entre santé et travail. Les auditions de la CNCDH ont en effet montré de graves défaillances autour de la prévention et de la prise en charge des maladies à caractère professionnel et des accidents du travail. En premier lieu, la CNCDH constate que la multiplication des statuts de travailleurs précaires (intérim, CDD, vacataires, saisonniers, auto-entreprenariat contraint, sous-traitance) met le travailleur dans une position compliquée pour faire valoir ses droits et bénéficier de mesures de protection. Chaque année, de très nombreux accidents de travail ou maladies à caractère professionnel ne sont pas déclarés comme tels⁶⁷. En particulier, les salariés occupant un emploi temporaire peuvent être incités à ne pas signaler un accident du travail à leur employeur⁶⁸ ni à le déclarer comme tel auprès de la CPAM. Il est constaté que peu de salariés connaissent leurs droits en ce domaine. De plus, la reconnaissance des maladies professionnelles a très peu évolué depuis de nombreuses années, ou a parfois même régressé.

53. Il est de plus en plus difficile d'obtenir des certificats médicaux pour les pathologies mentales déclarées en accidents du travail (en lien avec les risques psychosociaux). En effet, les avocats de certains employeurs n'hésitent pas à saisir le conseil départemental de l'ordre des médecins après l'établissement d'un certificat médical attestant d'une maladie à caractère professionnel ou décrivant l'aggravation de la santé mentale du fait du travail. Les professionnels de santé, craignant des poursuites disciplinaires par l'Ordre des médecins, sont de moins en moins nombreux à accepter de témoigner. Cette situation conduit à un manque de recours à la justice, contribuant à l'invisibilisation des maltraitances au travail, particulièrement celles résultant de pratiques managériales engendrant un accroissement des « risques psycho-sociaux »⁶⁹.

67 Le rapport 2021 de la commission d'évaluation de la sous-déclaration des AT-MP (accidents du travail - maladies professionnelles), a évalué que la branche maladie du régime général débourse chaque année entre 1,2 et 2,1 milliards d'euros à la place de la branche AT-MP. En 2017, le montant de la sous-déclaration avait été estimé entre 0,8 et 1,5 milliard d'euros.

68 DARES, « Insécurité de l'emploi et exercice des droits dans le travail », décembre 2015.

69 INRS. Enquête Sumer 2016-2017. Bilan de la Collecte. 2018.

54. La CNCNDH constate également que les conditions de travail et les missions des professionnels de la santé au travail se sont dégradées au fil des différentes réformes. Chaque année, de nombreux postes de médecin du travail ne sont pas pourvus. La loi de santé 2021⁷⁰ réduit leurs attributions limitées à la transmission de messages généraux sur la santé publique. La spécificité du travail comme déterminant de santé a disparu. Similairement, les stratégies nationales de santé se sont dégradées au fil du temps dans leurs ambitions et objectifs. Même si la stratégie 2018-2022 comprend un axe « *Promouvoir la santé au travail, développer une culture de prévention dans les milieux professionnels et réduire la fréquence et la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail* »⁷¹, elle n'a pas donné lieu à des mesures contraignantes pour les employeurs non respectueux de ces orientations. De plus, pour les entreprises de plus de 500 salariés, la possibilité d'opter pour la création d'un service de santé au travail autonome, interne à l'entreprise, n'est pas propice à l'indépendance des médecins en cas de conflits entre un salarié et sa hiérarchie. La CNCNDH recommande aussi une réforme de la médecine du travail pour renforcer ses moyens, son rôle spécifique, son attractivité, son indépendance et son accessibilité.

55. Enfin, la CNCNDH s'inquiète du manque de prise en compte de la pénibilité au travail dans un contexte de recul de l'âge de la retraite. L'exposition à la pénibilité est en effet définie par l'employeur, en fonction d'accords et de référentiels de branches, mais ceux-ci n'existent pas toujours. De plus la réforme du code du travail, votée en septembre 2018 dans le cadre de la loi Travail, a modifié de façon substantielle la prévention et la prise en compte de la pénibilité au travail par les employeurs : la réforme a supprimé quatre facteurs de risque sur dix. Les critères pour obtenir des points sur le Compte professionnel de prévention restent très limités et concernent des emplois essentiellement masculins⁷². Les seuils minimums tendent à exclure les personnes exerçant à temps partiel, principalement des femmes. De plus, même avec le maximum de points, le départ anticipé à la retraite n'est possible que deux ans avant l'âge requis. La CNCNDH recommande donc l'élaboration de critères plus justes et plus inclusifs.

56. La CNCNDH recommande également la mise en place d'une stratégie nationale de santé au travail, incluant notamment la remise en place de Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et l'élargissement de leur champ d'action et de leur pouvoir. Elle invite plus largement les pouvoirs publics à réfléchir à la mise en place d'une protection effective de la santé de tous les travailleurs, quel que soit leur statut.

70 Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail (1), JORF n°0178 du 3 août 2021, Texte n° 2. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884445>.

71 Ministère des Solidarités et de la Santé, Stratégie nationale de santé 2018-2022. Accessible en ligne au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost_consult.pdf.

72 ANDRZEJEWSKI Cécile, « Invisible pénibilité du travail féminin », *Le Monde diplomatique*, décembre 2017. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.monde-diplomatique.fr/2017/12/ANDRZEJEWSKI/58205>.

57. Un autre axe prioritaire pour agir sur les inégalités sociales de santé concerne le logement. Le mal logement ou l'absence de logement pérenne ont des conséquences particulièrement importantes sur la santé des personnes concernées⁷³. Certains logements sont exposés à la pollution ou à l'humidité, d'autres sont mal chauffés, renforçant le risque de contracter certaines affections. Le mal logement entraîne aussi des difficultés d'accès à l'hygiène en l'absence de sanitaires, ou une mauvaise alimentation, faute de cuisine. Il a également d'importantes répercussions sur la santé mentale, en particulier pour les familles contraintes de vivre dans des logements surpeuplés. Il est enfin un obstacle à l'éducation des enfants.

58. La prise en compte de la question du logement dans la stratégie nationale de santé 2018-2022⁷⁴ est un exemple d'inadaptation et d'insuffisance d'une politique publique pensée sans concertation avec les personnes concernées. Alors que l'importance de l'accès à un logement digne et pérenne pour la santé est bien identifiée, les quatre mesures portant spécifiquement sur le logement ne sont pas adaptées à la diversité des personnes⁷⁵. Celles concernées par le mal logement sont très souvent en situation de précarité, or les deux premières actions, « développer des outils facilitant la bonne gestion du logement » et « renforcer l'intervention de conseiller en environnement intérieur », supposent que les personnes aient les moyens financiers d'envisager une rénovation de leur intérieur. Si la troisième, « simplifier et renforcer la mise en œuvre des polices de l'insalubrité » qui a été appliquée⁷⁶ était bienvenue, la dernière « mener des expertises nécessaires pour réglementer les produits nuisibles » manque de précision.

59. Des bonnes pratiques et des programmes mis en place par des collectivités locales ou par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) existent et fonctionnent. La CNCNDH encourage donc le ministère des Solidarités et de la Santé à se rapprocher de la DIHAL pour élaborer en commun un programme d'action spécifique santé-habitat, appuyé sur des groupes de travail avec des personnes concernées, des associations de terrain et les collectivités locales.

60. La CNCNDH souligne également l'importance de la prise en compte de l'urbanisme notamment pour l'accès aux soins et la santé environnementale. Elle invite les pouvoirs publics à s'appuyer sur le rapport du Haut Conseil de la santé publique « pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale » ayant pour objectif « d'améliorer les connaissances sur les méthodes et

73 Santé Publique France, « Le logement, déterminant majeur de la santé des populations », La santé en action, septembre 2021. Accessible au lien suivant : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-septembre-2021-n-457-le-logement-determinant-majeur-de-la-sante-des-populations>.

74 Ministère des Solidarités et de la Santé, Stratégie nationale de santé 2018-2022. Accessible en ligne au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost_consult.pdf.

75, Au total la stratégie nationale de santé 2018-2022 comporte plus de trois cents mesures.

76 Ordonnance du 16 septembre 2020, complétée par un décret du 24 décembre 2020 pris en conséquence de l'article 198 de la loi Elan du 23 novembre 2018.

outils permettant d'évaluer les impacts sur la santé des projets de planification »⁷⁷ et rappelant notamment l'importance de la prise en compte des déterminants sociaux de santé.

61. Cette approche permet d'intégrer le fait que les expositions à des produits toxiques se cumulent souvent, dans l'environnement professionnel, mais aussi dans le logement, le sport ou l'alimentation. L'exemple des pathologies dues à l'omniprésence du chlordécone aux Antilles montre bien la nécessité de prise en compte prioritaire de la santé des populations dans toutes les décisions politiques. Les cancers de la prostate provoqués par l'utilisation du chlordécone sont reconnus comme maladie professionnelle mais uniquement pour les travailleurs du régime agricole, alors que l'omniprésence de ce produit toxique demande que l'exposition via l'alimentation, l'eau ou le logement soit également prise en compte.

2.2.2. Améliorer les compétences individuelles en matière de santé par la promotion de la littératie en santé.

62. La littératie en santé peut être entendue comme « la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer ; ceci afin de promouvoir, maintenir et améliorer sa santé dans divers milieux et tout au long de sa vie »⁷⁸. Or, les écarts de compétences individuelles et collectives en matière d'informations sur la santé ont des répercussions sur l'espérance de vie en bonne santé. La littératie constitue un facteur essentiel pour la meilleure prise en compte des inégalités sociales de santé⁷⁹, en particulier pour les personnes ayant des difficultés à chercher et à s'approprier les informations : en France, 20 % des personnes ont un niveau de lecture insuffisant pour comprendre un texte rédigé simple, 40 à 50 % des personnes ont un niveau insuffisant de littératie en santé pour comprendre et utiliser les informations dans le domaine de la santé⁸⁰. De plus, les différences culturelles peuvent entraîner des perceptions différentes d'un même message. L'« expérience patients » soutenue par l'ARS Grand Est⁸¹ montre notamment que ce que décrivent les professionnels est rarement identique au ressenti des patients. On constate des priorités et des attentes différentes, ainsi que des ajustements, qui pourraient être

77, HCSP, Pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale, avril 2018, Accessible en ligne au lien suivant : <https://hal.ehesp.fr/hal-0182496>

78 CNS, Avis La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés ! Pour un plan d'action à la hauteur des inégalités sociales de santé, 6 juillet 2017. Accessible en ligne au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plein_060717_litteratie_en_sante_v_diffusee_env_pmc_2304_vuap_24_250418.pdf.

79 REVIL Hélène, WARIN Philippe, RICHARD Fanny, BLANCHOZ Jean-Marie, « Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action - Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) », Actes synthétiques du colloque des 6 et 7 juin 2019, accessible au lien suivant : <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-reference/assurance-maladie/rapports-thematiques/colloque-renoncement-acces-soins-actes-synthetiques>.

80 HCSP, Contribution du Haut Conseil de la santé publique à la Stratégie nationale de santé, 2017.

81 SEYDOUX BOUCOMONT Aude et BOISSONNAT PELSY Huguette, « L'« expérience patients » », *Revue Quart monde*, 2020. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.revue-quartmonde.org/10025>.

faits au bénéfice de tous grâce à l'écoute et au partage d'expérience. Il est ainsi apparu clairement que la communication et la signalétique n'étaient pas compréhensibles par tous, avec un impact direct sur la prise en charge et les soins du fait de retards dus à des difficultés d'orientation ou d'incompréhensions. Déjà en 2018, la CNCNDH avait souligné l'importance de vulgariser et clarifier le discours médical afin de permettre des choix éclairés. Elle avait, pour cela, recommandé le développement de la médiation dans le domaine de la santé⁸². La CNCNDH invite également à une réflexion générale, en concertation avec des personnes rencontrant des difficultés d'accès à l'information, sur la communication en matière de santé. Cela favoriserait ainsi la démocratie en santé et une concertation adaptée aux territoires.

63. La CNCNDH invite à repenser les dispositifs de dépistage et de prévention ainsi que la communication autour de ces initiatives en concertation avec les personnes concernées, de manière à ce que tous les publics puissent se les approprier. En effet, si les grandes campagnes de prévention sont essentielles, elles ne sont pas toujours accessibles à tous car elles reposent sur des présupposés. Le dépistage nécessite d'avoir un accès facile à l'écrit, des ressources financières suffisantes et du temps disponible. Faute de prendre en compte tous ces obstacles, les campagnes de prévention risquent non seulement de perdre en efficacité mais également de culpabiliser certaines personnes. C'est pourquoi la CNCNDH recommande notamment l'ajout d'articles au code du travail et au code de la santé publique, spécifiant que les salariés bénéficient d'une autorisation d'absence pour se rendre aux consultations et aux examens de préventions recommandés par la sécurité sociale, et que ces absences n'entraînent aucune diminution de la rémunération, comme c'est actuellement le cas pour les examens liés à la grossesse.

64. Considérant l'importance des deux premières années pour la santé future des enfants, la CNCNDH salue la mise en place d'une campagne autour des 1 000 premiers jours de l'enfant (de la grossesse jusqu'à l'âge de deux ans) à la suite des recommandations de l'OMS et de l'UNICEF à ce sujet. Néanmoins, la CNCNDH regrette que le niveau de langage utilisé par le site dédié soit inaccessible pour les personnes ayant un faible niveau de littératie et se limite essentiellement à des conseils comportementalistes difficiles à mettre en œuvre et culpabilisants, en particulier pour les familles en situation de pauvreté. En France, 1,9 millions de personnes vivent dans la grande pauvreté, dont 35 % d'enfants⁸³. Un enfant sur cinq vit dans un ménage

82 « Recommandation n°17 : La CNCNDH recommande la création d'un véritable statut de médiateur en santé, avec un diplôme qui pourrait être basé sur une validation des acquis de l'expérience et une courte formation universitaire notamment sur les aspects déontologiques. Ces médiateurs devraient être présents dans les structures hospitalières, et notamment dans les services d'urgence », in CNCNDH, Avis « Agir contre les maltraitements dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux », adopté par l'Assemblée plénière du 22 mai 2018.

83 INSEE, Environ 2 millions de personnes en situation de grande pauvreté en France en 2018, 27 mai 2021. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5371273?sommaire=5371304>.

dont le niveau de vie est en dessous du seuil de pauvreté⁸⁴. C'est pourquoi la CNCDH recommande que les programmes liés aux « 1 000 premiers jours de l'enfant » soient réalistes, appropriables et non culpabilisants. Elle insiste sur la nécessité de mettre en place un accompagnement adapté, pour que les enfants naissant dans les familles les plus défavorisées bénéficient d'un environnement propice et sécurisé tant au niveau physique qu'affectif. A cette fin, il est également impératif de renforcer les moyens humains et financiers dédiés à la médecine scolaire qui connaît depuis plusieurs années une importante baisse d'effectifs due, au-delà de l'insuffisance du nombre de postes, à l'accroissement du nombre de ceux qui sont non pourvus. Ce phénomène résulte du manque d'attractivité du métier, marqué par des tâches éprouvantes pour des salaires insuffisants. Il en résulte une aggravation des inégalités territoriales, et donc sociales, entre enfants⁸⁵.

2.2.3. Réorienter les services de santé pour favoriser une approche globale de la personne.

65. Les acteurs de la santé en France restent principalement orientés sur les dispositifs curatifs et ne sont que peu impliqués dans les dispositifs de prévention. En 2018, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) rappelait d'ailleurs que *« la prévention dépend de nombreux acteurs, et constate qu'il s'agit souvent d'initiatives personnelles indépendantes, que les dispositifs d'appui sont multiples, non cohérents entre eux, mal coordonnés et peu lisibles, que le système d'information ne permet pas de connaître la réalité de la prise en charge préventive des patients, et qu'un accompagnement et une approche multidisciplinaire sont nécessaires. Par ailleurs il n'y a pas de stratégie de développement de la recherche dans ce domaine, ni de moyens à la hauteur des enjeux »*⁸⁶.

66. La CNCDH s'inquiète tout particulièrement des difficultés rencontrées par les acteurs de la psychiatrie publique, secteur en crise depuis déjà de trop nombreuses années et aggravé dans le contexte pandémique, du fait des confinements au

cours desquels les besoins se sont multipliés⁸⁷. Dans ce domaine, la proportion de professionnels par nombre d'habitants est révélatrice d'importantes inégalités territoriales affectant en premier lieu les personnes victimes des inégalités sociales de santé. Cela est également le cas dans les établissements de santé non psychiatriques et dans les établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces grandes inégalités territoriales sont récurrentes et ont été récemment rappelées devant le Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE)⁸⁸. La psychiatrie de secteur, basée sur une approche pluri-professionnelle de proximité associant prévention, continuité des soins avec les mêmes soignants et participation collective des personnes en souffrance, a été particulièrement malmenée. C'est surtout le cas de son premier maillon, les Centres Médico-Psychologiques (CMP), censés éviter l'aggravation de troubles psychiques mineurs et réduire l'hospitalisation ou sa durée grâce à un suivi postérieur. La CNCDH a constaté quelques grandes réussites, avec des territoires où ce dispositif a été et demeure parfois efficace et humain. Cependant, l'accès aux professionnels de psychiatrie est devenu extrêmement difficile, avec des délais d'attente de plus en plus longs. Le plan d'urgence annoncé par le gouvernement, lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie le 29 septembre 2021, prévoit notamment la création de 400 emplois en CMP adultes et CMP infanto-juvéniles. Toutefois, son effet ne pourra être rapide, avec un étalement de 3 à 5 ans pour sa réalisation. En outre, depuis des années les départs en retraite n'ont le plus souvent pas été remplacés, aggravant les inégalités territoriales. La continuité des soins articulée avec les soins de réadaptation n'ayant jamais eu les moyens de ses ambitions⁸⁹ et les conditions d'hospitalisation se sont dégradées avec la pénurie de personnels soignants, médecins comme infirmiers. Cela a eu un impact important sur la prise en charge des patients et conduit à de nombreuses alertes sur les atteintes aux droits, en particulier en matière de contentions et d'isolements abusifs répertoriés par le Contrôleur général des lieux de privation de libertés (CGLPL)⁹⁰, déjà soulignés dans l'avis de la CNCDH de mai 2018. Les visites d'établissements et les interventions d'urgence du CGLPL se poursuivent pour faire cesser des situations intolérables, en particulier depuis le début de la pandémie. Tout cela contribue à maintenir la psychiatrie dans une situation stigmatisée et stigmatisante pour les patients et les soignants. Les demandes ont doublé en dix ans (en particulier de jeunes et jeunes adultes) tandis que se réduisait de moitié le nombre

84 INSEE, Niveau de vie et pauvreté des enfants, 27 mai 2021. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5371239?sommaire=5371304>.

85 Rapport de la Cour des comptes en juin 2020 : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200527-rapport-58-2-medecins-personnels-sante-scolaire.pdf>. On y lit notamment : « Bien que des crédits soient ouverts, un tiers des postes de médecins de l'éducation nationale (contractuels compris) sont vacants et le nombre de médecins scolaires a chuté de 15% depuis 2013. Ainsi le taux d'encadrement des élèves s'est dégradé de 20% en cinq ans pour atteindre en moyenne nationale un médecin pour 12 572 élèves en 2018. Le taux d'encadrement a chuté dans 75 départements et dans deux d'entre eux au-delà de 40% ».

86 HCSP, Rapport Place des offreurs de soins dans la prévention, 2018.

87 « Chez les filles de moins de 15 ans, les admissions aux urgences pour gestes suicidaires ont très fortement augmenté, progressant sur les 43 premières semaines de 2021 de plus de 40% par rapport à la moyenne des admissions sur la même période lors des trois années précédentes. » Voir « SOS d'une jeunesse en détresse - Explosion du nombre de gestes suicidaires chez les adolescentes en 2021 », *Libération*, 10 janvier 2022. Accessible en ligne au lien suivant : https://www.liberation.fr/checknews/gestes-suicidaires-chez-les-adolescentes-sos-dune-jeunesse-en-detresse-20220110_USG4W6Q5WNAZZBILED5776FUSM/.

88 Avis du Conseil Économique, Social et Environnemental, « Améliorer le parcours de soins en psychiatrie », 24 mars 2021. Accessible en ligne au lien suivant : www.lecese.fr/travaux-publies/ameliorer-le-parcours-de-soin-en-psychiatrie.

89 Témoignage public du collectif « Printemps de la psychiatrie » dans le cadre de la journée d'études du 2/7/2020 du CESE sur l'hôpital, écrit par Serge KLOPP pour *Hommes & Libertés*, www.ldh-france.org/wp-content/uploads/2020/09/HL191-Actualité-7-Y-a-t-il-encore-un-avenir-pour-une-psychiatrie-humaine.pdf.

90 Voir « Soins sans consentement et droits fondamentaux », rapport de fin de mandat de 6 ans de la magistrate Adeline HAZAN, juin 2020 www.cglpl.fr/2020/soins-sans-consentement-et-droits-fondamentaux/.

de psychiatres. En établissements SSR, un suivi et un soutien psychiatrique parallèle à la reconstruction physique sont indispensables mais rarement possibles, en particulier pour des personnes isolées et dépressives en soins de longue durée. De plus, alors que les différents plans portant sur la santé des enfants insistent sur le dépistage précoce d'un certain nombre de troubles psychologiques, les délais d'attente dans le service public sont supérieurs à trois mois et peuvent parfois dépasser les six mois dans les Centres médicaux psychologiques infanto-juvéniles, comme décrit lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie. Il a pourtant été rappelé que le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 10-25 ans. La CNCDH appelle à une refondation des politiques publiques de santé mentale, en particulier celles du service public de psychiatrie dont les missions, les moyens et les limites doivent être redéfinis. La CNCDH recommande une accélération de la mise en place des mesures annoncées par la feuille de route santé mentale et psychiatrie et le plan d'urgence, en particulier en matière de créations de postes dans les établissements de proximité. Ces mesures permettraient l'accès à un professionnel de santé de toutes les personnes en souffrance psychique, particulièrement les plus précaires qui se rendent plus difficilement à une consultation privée de psychiatre ou de psychologue.

67. En ce qui concerne les personnes en situation de vulnérabilité pour des raisons socio-économiques, administratives ou psychosociales, tant la littérature scientifique que les retours d'expériences de terrain montrent la nécessité d'une approche globale de la santé. L'extension du Plan quinquennal « Un chez-soi d'abord »⁹¹ (2018-2022) illustre parfaitement l'importance d'agir sur un ensemble de déterminants sociaux pour améliorer durablement la situation de la personne. En matière de santé, pour un public précaire, l'accès à des soins ne saurait suffire. Les expériences menées par le Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans-Abri (CHAPSA) de Nanterre⁹² ou par l'association médico-sociale Gaïa à Paris montrent l'importance d'associer à une prise en charge thérapeutique la satisfaction des besoins fondamentaux : respect de la dignité, bien-être physique et psychique, et vie en sécurité, pour que la personne soit en mesure de se concentrer sur sa santé. La CNCDH recommande dans ce domaine que soient développés des programmes intégrant un logement durable et une prise en charge globale des personnes s'inscrivant dans la durée, avec un accompagnement pluridisciplinaire et, si nécessaire, la présence d'un interprète.

68. Cependant, la CNCDH souligne que la nécessaire prise en compte des inégalités

91 Pilotée par la DIHAL, ce plan concerne les personnes sans-abris, ayant des troubles psychiatriques sévères. Entre 2018 et 2022 « un chez-soi d'abord » a permis l'ouverture de 32 sites pour 2 570 places en France métropolitaine et sur deux territoires ultramarins ainsi que le lancement d'une expérimentation spécifique pour les jeunes à Lille et à Toulouse. Voir : Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, Lancé en 2011, le dispositif «Un Chez-soi d'abord» fête ses 10 ans ! Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.gouvernement.fr/lance-en-2011-le-dispositif-un-chez-soi-d-abord-fete-ses-10-ans>.

92 La période de confinement a permis au Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans-Abri (CHAPSA) d'accueillir en continu et sur la longue durée des personnes dans le besoin. Cela a permis d'assurer une prise en charge globale qui, avec la présence de médecin généraliste, d'assistante sociale et d'une psychologue, a abouti à la sortie de la rue de 70 personnes.

sociales de santé ne pourra se faire sans mesures urgentes pour résoudre la crise actuelle du système de soins et en particulier de l'hôpital public. Celles-ci devront inclure une amélioration de la qualité des soins, sans disparités territoriales, en encourageant le travail d'équipe et une meilleure prise en compte des spécificités et des inégalités sociales en amont du soin, aussi bien dans l'accueil et l'accompagnement que pour les soins médicaux au sens strict. Cela implique évidemment du temps et donc des soignants en nombre suffisant avec des formations adaptées. La CNCDH s'inquiète particulièrement des départs massifs de personnels soignants, contraints de démissionner du fait de leurs conditions de travail et de leurs répercussions sur les personnes soignées⁹³, de la dévalorisation de leur activité dont témoignent le niveau de leurs rémunérations, et du manque de démocratie et de concertation dans la gestion managériale de l'hôpital au détriment de l'humain⁹⁴. La CNCDH s'inquiète également de la hausse continue du reste à charge pour les patients, qui touche en particulier les patients les plus précaires et ceux qui sont en situation de handicap, comme lors de la mise en place récente du forfait patient urgence⁹⁵.

69. La faible prise en compte des inégalités sociales de santé est une occasion manquée des politiques de santé en France depuis une décennie. Même si les plans et stratégies nationales de santé y font de plus en plus fréquemment référence, leur effectivité demeure lacunaire. Les inégalités sociales de santé relèvent pourtant d'un problème systémique et les pouvoirs publics doivent s'en saisir de façon à garantir le droit à la santé pour toutes et tous, conformément aux engagements internationaux de la France en la matière. Alors que l'on tend parfois à déplacer le sujet en évoquant la responsabilité individuelle des uns et des autres, les difficultés auxquelles font face les plus démunis sont en réalité le reflet d'un système de santé cloisonné par secteur et par spécialité. Cette séparation stricte, qui crée une rupture entre le sanitaire et le social et plus largement entre les pathologies et les conditions de vie d'une personne, ne semble pas répondre à la définition même de la santé qui invite à adopter une approche plus globale, en croisant différents déterminants sociaux de santé.

93 À titre d'exemple, en France les infirmières prennent en charge 12 à 15 patients alors que les normes internationales sont de 6 à 8.

94 Dans le dossier « Hôpital, enquête sur un naufrage qu'on aurait pu éviter », l'article « Les ravages de l'hôpital-entreprise » indique notamment que le nombre de postes vacants d'infirmier-e-s dans l'ensemble des hôpitaux et cliniques est passé de 7 500 en juin 2020, à 34 000 en septembre 2020, et à 60 000 en juin 2021. Voir *Alternatives économiques*, n°420, 2/2022, pp. 20 à 32.

95 Voir notamment : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/presse/2022/01/04/medecins-du-monde-sinquiete-et-denonce-le-forfait-patient-urgences>

LES SIX RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES.

Recommandation n°1 : Au niveau national, la CNCDH recommande aux pouvoirs publics la création d'une Délégation interministérielle à la santé publique. Celle-ci devrait être placée sous l'autorité du Premier ministre et serait chargée de mobiliser tous les départements ministériels, pour qu'ils introduisent une réflexion sur l'impact en santé de leurs décisions et qu'ils assurent la cohérence entre elles. Cette Délégation devrait également adopter une démarche respectueuse de la démocratie sanitaire en incluant dans ses consultations et ses décisions l'ensemble des parties prenantes parmi lesquels des représentants des personnes directement concernées.

Recommandation n°3 : La CNCDH recommande la création d'un observatoire national indépendant permettant de combler le manque d'informations relatives aux inégalités sociales de santé et de faciliter le lancement d'actions publiques adaptées aux besoins. Cet observatoire pourrait avoir comme mission de collecter des données sur les déterminants sociaux de santé, et de les analyser en adoptant une approche pluridisciplinaire. Compte tenu de la difficulté à renseigner certaines situations telles que la comptabilisation des sans-papiers et des sans-abri, un suivi spécifique devrait être élaboré pour ces personnes.

Recommandation n°5 : La CNCDH recommande aux Agences régionales de santé (ARS) de prendre pleinement en compte les avis des instances représentatives des diversités locales et territoriales pour promouvoir une approche globale de la santé dans l'élaboration de leur projet régional de santé. Elle recommande également un renforcement de leurs moyens pour développer les délégations départementales de chaque ARS afin de leur donner un meilleur ancrage local et de faciliter le dialogue avec les élus locaux.

Recommandation n°8 : La CNCDH invite au développement qualitatif de la démocratie en santé par une meilleure participation des patients et la mise en place d'une meilleure représentation des usagers et des professionnels de santé, comme elle le recommandait déjà en 2018.

Recommandation n°14 : Pour améliorer la littératie en santé, autrement dit la capacité de chacun à recueillir et utiliser les informations pertinentes relatives à sa santé, la CNCDH recommande une réflexion générale sur la communication en matière de santé en concertation avec des personnes rencontrant des difficultés d'accès à l'information.

Recommandation n°16 : La CNCDH recommande au gouvernement de missionner la Délégation interministérielle de l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL) pour que soient développés des programmes intégrant un logement durable et une prise en charge globale des personnes s'inscrivant dans la durée.

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS.

Adopter une approche globale, transversale et pluridisciplinaire de la santé :

Recommandation n°1 : Au niveau national, la CNCDH recommande aux pouvoirs publics la création d'une Délégation interministérielle à la santé publique. Celle-ci devrait être placée sous l'autorité du Premier ministre et serait chargée de mobiliser tous les départements ministériels, pour qu'ils introduisent une réflexion sur l'impact en santé de leurs décisions, et qu'ils assurent la cohérence entre elles. Cette Délégation devrait également adopter une démarche respectueuse de la démocratie sanitaire en incluant dans ses consultations et ses décisions l'ensemble des parties prenantes parmi lesquels des représentants des personnes directement concernées.

Recommandation n°2 : La CNCDH recommande que l'établissement des plans et stratégies nationales se fonde systématiquement sur un bilan des actions précédemment mises en œuvre et une analyse des acteurs effectivement mobilisables. Ils devraient spécifier, pour chaque mesure, les acteurs chargés de la mise en œuvre, les financements dédiés, les objectifs choisis ainsi qu'un calendrier prévisionnel des actions et des mécanismes d'évaluation d'impact.

Recommandation n°3 : La CNCDH recommande la création d'un observatoire national indépendant permettant de combler le manque d'informations relatives aux inégalités sociales de santé et de faciliter le lancement d'actions publiques adaptées aux besoins. Cet observatoire pourrait avoir comme mission de collecter des données sur les déterminants sociaux de santé, et de les analyser en adoptant une approche pluridisciplinaire. Compte tenu de la difficulté à renseigner certaines situations telles que la comptabilisation des sans-papiers et des sans-abri, un suivi spécifique devrait être élaboré pour ces personnes.

Recommandation n°4 : La CNCDH encourage les pouvoirs exécutifs locaux à nommer des adjoints en charge de la santé publique afin d'assurer le caractère transversal de la santé dans toutes les décisions publiques.

Renforcer la démocratie sanitaire ainsi que l'articulation et la valorisation des acteurs contribuant à la santé de la population

Recommandation n°5 : La CNCDH recommande aux Agences régionales de santé (ARS) de prendre pleinement en compte les avis des instances représentatives des diversités locales et territoriales pour promouvoir une approche globale de la santé dans l'élaboration de leur projet régional de santé. Elle recommande également un renforcement de leurs moyens pour développer les délégations départementales de chaque ARS afin de leur donner un meilleur ancrage local et de faciliter le dialogue avec

les élus locaux.

Recommandation n°6 : La CNCDH recommande que les élus locaux soient associés aux réflexions dans les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Recommandation n°7 : La CNCDH recommande aux pouvoirs publics de mettre à disposition un mécénat de compétence sur le temps de travail salarié, afin de sensibiliser les entreprises et les citoyens à s'engager dans le domaine de la lutte contre les inégalités sociales de santé dans l'intérêt général et à réfléchir à un système de décharge, par exemple sur le modèle syndical. Elle recommande également de réfléchir à des modalités d'indemnisation des volontaires engagés dans la démocratie sanitaire quand leur fonction demande un investissement hebdomadaire important.

Recommandation n°8 : La CNCDH invite au développement qualitatif de la démocratie en santé par une meilleure participation des patients et la mise en place d'une meilleure représentation des usagers et des professionnels de santé, comme elle le recommandait déjà en 2018.

Recommandation n°9 : La CNCDH recommande que la Conférence Nationale de Santé (CNS) soit obligatoirement consultée préalablement à la rédaction de tout projet de loi impactant la santé ou de toute stratégie nationale de santé et, dans le cas de tout projet de loi impactant la santé, que son avis soit annexé à l'étude d'impact.

Recommandation n°10 : La CNCDH recommande également que la CNS soit chargée de la création coordonnée d'outils d'élaboration des politiques publiques en matière de santé à mettre à disposition de tous les pouvoirs publics. Ses moyens devraient donc être renforcés pour faire face à ces nouvelles missions.

Recommandation n°11 : La CNCDH recommande de faire évoluer la composition des Conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA), pour qu'elles soient plus représentatives de la diversité sociale et régionale, et de renforcer leur rôle dans l'élaboration et l'évaluation des projets territoriaux de santé.

Recommandation n°12 : La CNCDH recommande de doter les CRSA d'un budget dédié pour faire face à l'ensemble de leurs missions.

Recommandation n°13 : Afin de mieux prendre en compte les spécificités territoriales, la CNCDH recommande aux ARS, en lien avec les CRSA, de créer des espaces de rencontre entre les élus territoriaux confrontés à des défis sanitaires semblables, leur permettant d'échanger des bonnes pratiques et de mutualiser des outils performants.

Recommandation n°14 : Pour améliorer la littératie en santé, autrement dit la capacité

de chacun à recueillir et utiliser les informations pertinentes relatives à sa santé, la CNCDH recommande une réflexion générale sur la communication en matière de santé en concertation avec des personnes rencontrant des difficultés d'accès à l'information.

Mieux prendre en compte les déterminants sociaux de santé

Recommandation n°15 : La CNCDH recommande que les programmes liés aux « 1 000 premiers jours de l'enfant » soient réalistes, appropriables et non culpabilisants. Elle insiste sur la nécessité de mettre en place un accompagnement adapté pour que les enfants naissant dans les familles les plus défavorisées bénéficient d'un environnement propice et sécurisé, tant au niveau physique qu'affectif. A cette fin, il est également impératif de renforcer les moyens humains et financiers dédiés à la médecine scolaire.

Recommandation n°16 : La CNCDH recommande au gouvernement de missionner la Délégation interministérielle de l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL) pour que soient développés des programmes intégrant un logement durable et une prise en charge globale des personnes s'inscrivant dans la durée.

Recommandation n°17 : La CNCDH invite les pouvoirs publics à s'appuyer sur le rapport du Haut Conseil de la santé publique intitulé Pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale qui a pour objectif « d'améliorer les connaissances sur les méthodes et outils permettant d'évaluer les impacts sur la santé des projets de planification » et qui rappelle notamment l'importance de la prise en compte des déterminants sociaux de santé.

Recommandation n°18 : La CNCDH recommande l'élaboration de critères de pénibilité au travail plus justes et plus inclusifs, à prendre en compte pour calculer l'âge de départ à la retraite.

Recommandation n°19 : La CNCDH recommande l'ajout d'article au code du travail et au code de la santé publique spécifiant que les salariés bénéficient d'une autorisation d'absence pour se rendre aux consultations et examens de préventions recommandés par la sécurité sociale et que ces absences n'entraînent aucune diminution de la rémunération, comme c'est actuellement le cas pour les examens liés à la grossesse.

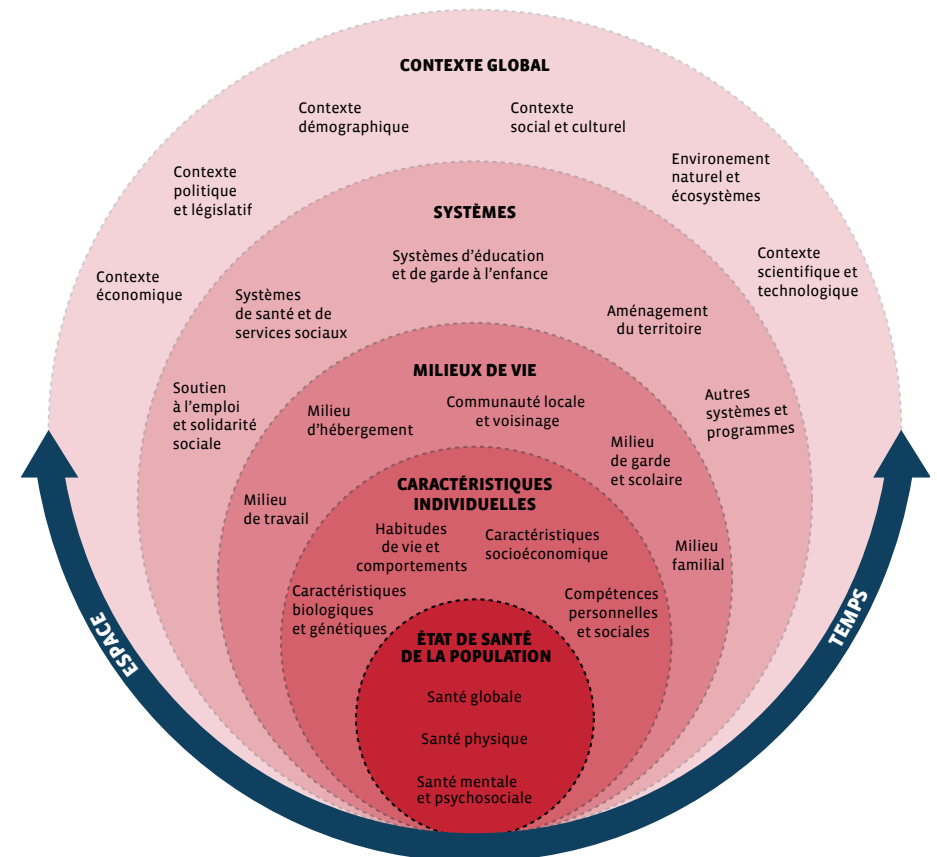
Recommandation n°20 : La CNCDH recommande au ministère du Travail la mise en place d'une stratégie nationale de santé au travail, incluant notamment la remise en place des CHSCT et l'élargissement de leur champ d'action afin qu'ils aient des compétences environnementales pour mesurer l'impact de l'environnement professionnel sur la santé générale, mais aussi une réforme de la médecine du travail pour renforcer son rôle spécifique, son attractivité, son indépendance et son accessibilité. Elle invite plus largement les pouvoirs publics à réfléchir à la mise en place d'une protection effective de la santé de tous les travailleurs, quel que soit leur statut.

Recommandation n°21 : La CNC DH appelle à une refondation des politiques publiques de santé mentale, en particulier celle du service public de psychiatrie dont les missions, les moyens et les limites doivent être redéfinis.

Recommandation n°22 : La CNC DH recommande une accélération de la mise en place des mesures annoncées par la feuille de route santé mentale et psychiatrie et le plan d'urgence, en particulier en matière de créations de postes dans les établissements de proximité.

ANNEXE « CARTE DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS ».

CARTE DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS



LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.

Alice Ackermann, membre du bureau confédéral du Planning Familial (05/07/2021)
Nathalie Bajos, directrice de recherche à l'INSERM et responsable d'équipe au Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (07/06/2021)
Aude Bourden, conseillère nationale santé médico-social et responsable du développement associatif, APF France handicap (21/06/2021)
Fred Bladou, chargé de mission « nouvelles stratégies de santé », Aides (07/06/2021)
Cyrille Canetti, médecin psychiatre et chef de pôle à la prison de la santé (27/09/2021)
Estelle Carde, sociologue travaillant sur les inégalités de santé, l'intersectionnalité et les discriminations dans l'accès à la santé, Université de Montréal (23/08/2021)
Gaétan Casanova, président de l'Intersyndicale Nationale des Internes (ISNI) (04/10/2021)
Patrick Chemla, psychiatre et psychanalyste, chef de service à la clinique médico-psychologique Henry Ey (CHU de Reims), fondateur du centre de jour Antonin Artaud (Reims), président de l'association La Criée (Collectif de Réflexion Institutionnel et d'Éthique) (06/09/2021)
Sophie Crozier, neurologue en CHU (AP-HP), co-fondatrice du Collectif Inter Hôpitaux en 2019 et membre du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) (20/09/2021)
Jean-Michel Delile, psychiatre et président de la Fédération Addiction (06/09/2021)
Vincent Douris, responsable recherche opérationnelle, Sidaction (27/09/2021)
Henri Dubois, membre du réseau santé Wresinski, ATD Quart Monde (21/06/2021)
Didier Fassin, anthropologue, sociologue et médecin, professeur de sciences sociales à Princeton, directeur d'études à l'EHESS, titulaire de la chaire de santé publique au Collège de France en 2020-2021 (14/06/2021)
Priscille Gérardin, professeur des universités et psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Rouen et CH Rouvray (11/10/2021)
Maud Hoestlandt, avocate et directrice des affaires juridiques, CGLPL (14/10/2021)
Florence Jusot, professeure en sciences économiques à l'université Paris Dauphine et membre du groupe de travail sur les inégalités sociales de santé du Haut Conseil de la Santé publique (20/09/2021)
Pierre Lombrail, membre du Haut Conseil de la santé publique, professeur des universités à l'université Sorbonne Paris Nord, membre du laboratoire éducatif et pratiques de santé, Président du comité éducation thérapeutique de l'AP-HP et Président de PromoSanté Île de France (13/09/2021)
Didier Maille, membre du Comede et de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) (23/08/2021)
Emilie Marin, chargée de mission santé, précarité, pôle inclusion sociale, département de l'action sociale à la Croix-Rouge (20/09/2021)
Ridha Nouiouat, responsable thématique du milieu carcéral, Sidaction (27/09/2021)
Marie Pastor, cheffe du service de la prévention et des actions sanitaires au Conseil départemental de la Seine-St-Denis (11/10/2021)
Marie Pezé, psychologue, docteur en psychologie et psychanalyste, ancienne experte auprès de la Cour d'Appel de Versailles, fondatrice du Réseau national « Souffrance & travail » (04/10/2021)

Hélène Roger, directrice des programmes internationaux, Sidaction (27/10/2021)
Emmanuel Rusch, président de la Conférence nationale de santé (05/07/2021)
Anaïs Saint-Gal, responsable plaidoyer et programmes internationaux, Sidaction (27/09/2021)
Gérard Salem, géographe de la santé, professeur des universités (université Paris-Nanterre, International Society of Urban Health), auteur de l'Atlas mondial de la santé (07/06/2021)
Julie Satet, kinésithérapeute en établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR), chargée de cours, patiente-enseignante, membre du groupe Santé-bioéthique de la LDH (06/09/2021)
Aude Seydoux Boucomont, experte santé-sociale, ACEMIS (11/10/2021)
Dominique Simonnot, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (14/10/2021)
Valérie Thomas, médecin-chef, CHAPSA de Nanterre, Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers, Hôpital Max Fourestier (27/09/2021)
Frédérique Viaud, responsable des programmes et référente Outre-Mer/TDS, Sidaction (27/09/2021)
Jérôme Vivenza, membre de la direction confédérale de la CGT en charge des questions de travail-santé (15/11/2021)
Jean-Louis Zylberberg, président de l'association santé et médecine du travail (04/10/2021)

BIBLIOGRAPHIE.

Santé et ISS

Alternatives Economiques, Classements, comparaisons et normalisation des systèmes de santé, 2018. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.alternatives-economiques.fr/classements-comparaisons-normalisation-systemes-de-sante/00086685>.

BASSON Jean-Charles, HASCHAR-NOE Nadine, HONTA Marina, « La fabrique des inégalités sociales de santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, juillet-septembre 2021. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3.htm>

Commissariat général du plan, Rapport Santé 2010. Les inégalités sociales de santé, 1993. Accessible en ligne au lien suivant : www.credoc.fr/download/pdf/Sou/Sou1993-831.pdf

FASSIN Didier, Leçon inaugurale au Collège de France « Les inégalités de vies », 16 janvier 2020. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.youtube.com/watch?v=xOKTo44ZKLU>

FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry, LECLERC Annette (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, 2000, rééd. 2021.

FOURMET Florence, SALEM Gérard, Atlas mondial de la santé, Autrement, 2020.

FOURNIER Jacques et QUESTIAUX Nicole, *Traité du social : situations, luttes, politiques, institutions*, Dalloz, 1980, 3e édition, pp. 910-933.

LANG Thierry (dir.), « Les inégalités sociales de santé », *Revue ADSP*, n° 73 décembre 2010, p. 29-31. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=113>

MENVIELLE Gwenn, LANG Thierry, « Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution », *Revue ADSP*, n° 113, 2021. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1174>

Ministère des Solidarités et de la Santé, Actes du colloque « Réduire les inégalités de santé » du 11 janvier 2010. Accessible en ligne au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Actes_du_colloque_inegalites_sociales_de_sante_ministere_sante_sports_11012010b.pdf

PECRESSE Jean-François, « Les fortes inégalités et les inquiétantes fragilités du meilleur système de santé du monde », *Les Echos*, 2002. Accessible en ligne au lien : <https://www.lesechos.fr/2002/03/les-fortes-inegalites-et-les-inquietantes-fragilites-du-meilleur-systeme-de-sante-du-monde-687429>

OMS, Les faits : les déterminants sociaux de la santé, 2000. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/social-determinants-of-health-the-solid-facts>

ONU, Le droit à la santé, Fiche d'information ONU 31, 2009. Accessible au lien suivant : www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf

Cadre juridique et textes internationaux

Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986. Accessible en ligne au lien suivant : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, Texte n° 1.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n°185 du 11 août 2004, Texte n° 4.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, Texte n° 1.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, Texte n° 1.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019, Texte 1.

Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (1), JORF n°0182 du 8 août 2015.

Loi n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté, JORF n°0024 du 28 janvier 2017, Texte n° 1.

Nations unies, Déclaration universelle des droits de l'homme. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>

OMS, Santé et droits de l'homme, Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Prise en compte des ISS dans les politiques publiques de santé

Ministère des Solidarités et de la Santé, Feuille de route de la stratégie nationale de santé 2014-2018. Accessible en ligne au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé, Stratégie nationale de santé 2018-2022. Accessible en ligne au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé, Ma santé 2022 : Un engagement collectif. Accessible en ligne au lien suivant : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, juin 2018. Accessible en ligne au lien suivant : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>

ISS et pandémie de Covid-19

BERGERON Henri, BORRAZ Olivier, CASTEL Patrick, DEDIEU François, *Covid-19 : une crise organisationnelle*, Presses de Sciences Po, 2020.

FASSIN Didier, « Lectures de la pandémie », in *Les mondes de la santé publique – Excursions anthropologiques – Cours au Collège de France 2020-2021*, Seuil, septembre 2021.

FASSIN Didier, *L'illusion dangereuse de l'égalité devant l'épidémie*, Collège de France, 2020. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.college-de-france.fr/site/didier>

[fassin/L-illusion-dangereuse-de-legalite-devant-lepidemie.htm](#)

GAUDILLERE Jean-Paul, IZAMBERT Caroline et JUVEN Pierre-André, *Pandémopolitique. Réinventer la santé en commun*, La Découverte, 2021.

OMS, Déterminants sociaux de la santé. Rapport du Directeur général, 2021. Accessible en ligne au lien suivant : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-fr.pdf

Démocratie sanitaire et participation des usagers du système de santé

TABUTEAU Didier, *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, 2014.

SEYDOUX BOUCOMONT Aude, BOISSONNAT PELSUY Huguette, L'« expérience patients », *Quart monde*, n° 255, mars 2020, pp. 36-41. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.revue-quartmonde.org/10025?lang=fr>

Pour aller plus loin

COLDEFY Magali, LE FUR Philippe, LUCAS-GABRIELLI Véronique, MOUSQUES Julien, « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation », *Questions d'économie de la santé*, août 2009, n° 145. Accessible en ligne au lien suivant : https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/IRDES_-_50_ans_de_sectorisation_psychiatrique.pdf

DARES, « Chiffres-clés sur les conditions de travail et la santé au travail », Synthèse Stat', n° 37, 2021. Accessible en ligne au lien suivant : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/chiffres-clés-sur-les-conditions-de-travail-et-la-santé-au-travail>

DOMERGUE Manuel et TAOUSSI Lisa, « Le mal-logement, déterminant sous-estimé de la santé », *La Santé en action*, 2016, n° 437, pp. 18-21. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/le-mal-logement-determinant-sous-estime-de-la-santé>

DU ROSCOËT Enguerrand, LEON Christophe, GODEAU Emmanuelle, « Entre Famille et Pairs. Déterminants et effets du soutien social perçu chez les collégiens français », *Agora débat/jeunesses*, 2016, n° 4, pp. 129-152. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.cairn.info/acces-distant.sciencespo.fr/revue-agora-debats-jeunesses-2016-4-page-129.htm>

EYRAUD Benoît, VELPRY Livia, « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? », *Revue française d'administration publique*, janvier 2014, n° 149, pp. 207-222. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2014-1-page-207.htm>

Haut Conseil de la santé publique, Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé. État des lieux des connaissances et recommandations pour asseoir des politiques publiques pour un habitat sain, 2019. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=729>

INSERM. Les inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, 2014. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.inserm.fr/expertise-collective/inegalites-sociales-santé-en-lien-avec-alimentation-et-activité-physique>

Inspection Générale des Affaires Sociales, Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant, 2011. Accessible en ligne au lien suivant : <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article240>

MEYER Ilan, "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence", *Psychological Bulletin*, 2003, n° 129 (5), pp. 674-697.

THEBAUD-MONY Annie, *Politiques assassines et luttes pour la santé au travail*, La Dispute Entretiens, 2021.



COMMISSION NATIONALE
CONSULTATIVE
DES DROITS DE L'HOMME

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Créée en 1947 sous l'impulsion de René Cassin, **la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNC DH) est l'Institution nationale de promotion et de protection des droits de l'homme française, accréditée de statut A par les Nations Unies.**

L'action de la CNC DH s'inscrit dans une quadruple mission :

- Conseiller les pouvoirs publics en matière de droits de l'Homme ;
- Contrôler l'effectivité des engagements de la France en matière de droits de l'Homme et de droit international humanitaire ;
- Assurer un suivi de la mise en oeuvre par la France des recommandations formulées par les comités de suivi internationaux et régionaux ;
- Sensibiliser et éduquer aux droits de l'Homme.

L'indépendance de la CNC DH est consacrée par la loi. Son fonctionnement s'appuie sur le principe du pluralisme des idées.

Ainsi, seule institution assurant un dialogue continue entre la société civile et les experts français en matière de droits de l'homme, elle est composée de 64 personnalités qualifiées et représentants d'organisations non gouvernementales issues de la société civile.

La CNC DH est le rapporteur national indépendant sur la lutte contre toutes les formes de racisme depuis 1990, sur la lutte contre la traite et l'exploitation des êtres humains depuis 2014, sur la mise en oeuvre des Principes directeurs des Nations Unies sur les entreprises et les droits de l'Homme depuis 2017, sur la lutte contre la haine et les discriminations anti-LGBTI depuis avril 2018 et sur l'effectivité des droits des personnes handicapées depuis 2020.

La CNC DH est en outre la Commission française de mise en oeuvre du droit international humanitaire » au sens du Comité international de la Croix-Rouge (CICR).

20 Avenue Ségur - TSA 40 720 - 75334 PARIS Cedex 07

Tel : 01.42.75.77.09

Mail : cncdh@cncdh.fr

www.cncdh.fr



@CNC DH



@cncdh.france