



# ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

## protection

Question écrite n° 23937

### Texte de la question

M. Michel Sainte-Marie attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative sur la question de la prévention et de la promotion de la santé. Celles-ci font l'objet de campagnes combinant l'utilisation des médias, la diffusion de brochures et la sensibilisation des professionnels de santé. Cette association est particulièrement efficace pour les personnes qui ont conscience du prix de leur santé et ont confiance dans leurs capacités à influencer sur ses déterminants. De telles campagnes atteignent prioritairement les couches les plus éduquées de la population chez lesquelles les effets bénéfiques se font sentir. En revanche, comme le relève l'institut de veille sanitaire dans son bulletin épidémiologique hebdomadaire de janvier 2007, les personnes moins instruites ou le groupe des professions manuelles recourent moins aux dépistages, sont davantage sujet au surpoids, à l'impact du mauvais état de santé sur l'emploi. D'une manière générale, la forte diminution de la mortalité prématurée observée entre les années 1980 et 1990 profite moins à ces groupes. Aussi, il lui demande quelles dispositions le Gouvernement entend prendre pour trouver à toucher ceux de nos concitoyens qui sont les plus éloignés de ces questions de prévention.

### Texte de la réponse

Les données épidémiologiques actuelles témoignent de risques de mort prématurée ainsi que de survenue de maladie et d'accident pendant l'enfance, mais aussi à l'âge adulte, plus élevés dans les groupes sociaux désavantagés. On observe également chez ces derniers un accès limité à la santé, et notamment aux actions préventives, avec par exemple, une fréquence plus faible de dépistages de maladies et des vaccinations. Cependant, il convient de rappeler que l'observation de ces résultats n'est pas confinée aux extrêmes de l'échelle sociale, mais qu'il existe une distribution socialement stratifiée des problèmes de santé qui appelle des stratégies d'actions couvrant l'étendue du spectre social et jusqu'aux plus vulnérables. La réduction des inégalités de santé ne consiste pas seulement à agir sur l'accès aux soins, mais à intervenir plus en amont sur les déterminants à l'origine des problèmes de santé considérés. Aujourd'hui, les inégalités sociales ou géographiques, en matière d'accès à la prévention, sont probablement plus importantes qu'en matière d'accès aux soins. Une politique volontariste dans le domaine de la prévention, pour ne pas être simpliste ou réductrice, doit s'appuyer sur une compréhension approfondie des phénomènes conduisant certains groupes sociaux à adopter des comportements à risques. La réflexion en matière d'inégalités de santé doit notamment porter sur les représentations de la santé et de ses déterminants afin d'aboutir à des politiques plus opérationnelles et plus rationnelles. S'appuyant sur les acquis de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, le ministère chargé de la santé a dégagé dès 2005 des axes stratégiques et pistes d'actions, permettant de donner un cadre pour la politique publique en matière de réduction des inégalités de santé. Ces pistes d'actions sanitaires s'appuient sur les principes suivants : maintenir un lien étroit entre les domaines sanitaires et sociaux tout en identifiant clairement ce qui, tant en termes budgétaires que de responsabilités et champs d'intervention, relève de l'un ou l'autre secteur ; renforcer la qualité des soins prodigués en ville comme à l'hôpital en favorisant notamment les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ; en effet, pour les populations les plus en difficulté, la demande de soins est le plus souvent la seule initiative dans le domaine de

la santé ; s'appuyer sur les résultats positifs de la loi de lutte contre les exclusions précitée pour améliorer les actions de santé envers les plus démunis ; mettre en oeuvre, de façon transitoire, les dispositifs les plus adaptés à certaines caractéristiques des publics vulnérables, même si l'accès au droit commun doit être l'objectif finalement poursuivi. Cette stratégie d'actions santé-précarité a été prise en compte dans la conduite de l'action du ministère chargé de la santé, notamment avec l'inscription de la thématique des populations précaires dans l'ensemble des plans et programmes nationaux et régionaux de santé. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des personnes les plus démunies, issu de la loi du 29 juillet 1998, constitue un programme obligatoire des plans régionaux de santé publique créés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Il a pour but d'adapter les dispositifs de droit commun aux besoins des populations vulnérables en assurant une approche transversale entre le secteur sanitaire et le secteur social. La circulaire DGS/2007 n° 430 du 7 décembre 2007 a diffusé des recommandations nationales en vue de l'actualisation de ces dispositifs et de leur élaboration dans ce nouveau cadre. Cette circulaire attire particulièrement l'attention quant à la mesure des effets des interventions, en particulier parmi les groupes sociaux les plus désavantagés ou quant à la prise en compte de bonnes pratiques repérées dans ce champ tant au niveau national qu'au niveau européen. S'agissant des campagnes d'information, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a inscrit la réduction des inégalités sociales de santé comme un objectif prioritaire de tous ses programmes et activités transversales. En outre, la question des inégalités de santé est prise en compte localement dans le cadre des volets santé des contrats urbains de cohésion, au travers notamment des ateliers santé-ville (ASV) créés depuis l'année 2000. Ces ASV mènent des actions de prévention au plus près des publics défavorisés. On compte aujourd'hui environ 200 ASV soutenus depuis 2007 par l'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (l'Acsé). Dans le cadre du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », il est par ailleurs prévu que la mise en oeuvre de la politique de santé puisse faire l'objet de contrats locaux de santé, notamment avec les collectivités territoriales, permettant le développement d'actions de santé de proximité.

## Données clés

**Auteur :** [M. Michel Sainte-Marie](#)

**Circonscription :** Gironde (6<sup>e</sup> circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 23937

**Rubrique :** Santé

**Ministère interrogé :** Santé, jeunesse, sports et vie associative

**Ministère attributaire :** Santé, jeunesse, sports et vie associative

## Date(s) clé(s)

**Question publiée le :** 27 mai 2008, page 4352

**Réponse publiée le :** 4 novembre 2008, page 9595