

Sous la direction de
BERNARD BASSET

Agences régionales de sante

Les inégalités sociales de sante

Agences régionales de santé

Les inégalités sociales de santé



Agences régionales de santé

Les inégalités sociales de santé

Sous la direction de
BERNARD BASSET



Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Claire Méheust**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex France

L'INPES autorise l'utilisation et la reproduction des données de ce document
sous réserve de la mention des sources.

Citation recommandée :
Basset B. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Les inégalités
sociales de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008 : 208 p.

ISBN 978-2-9161-9215-4

Piloté par

Bernard Basset, INPES

Membres du groupe de travail

César Christine, INPES

Gladin Julie, DGS

Lavin Lionel, DGS

Prisse Nicolas, DGS

Mehinto Vincent, DRASS Aquitaine

Moquet Marie-José, INPES

Sall-Ndiaye Penda, MSA

Schweyer Jean, DDASS du Cantal

Vidy Anne, DRASS Bretagne

Remerciements

Remerciements aux experts auditionnés

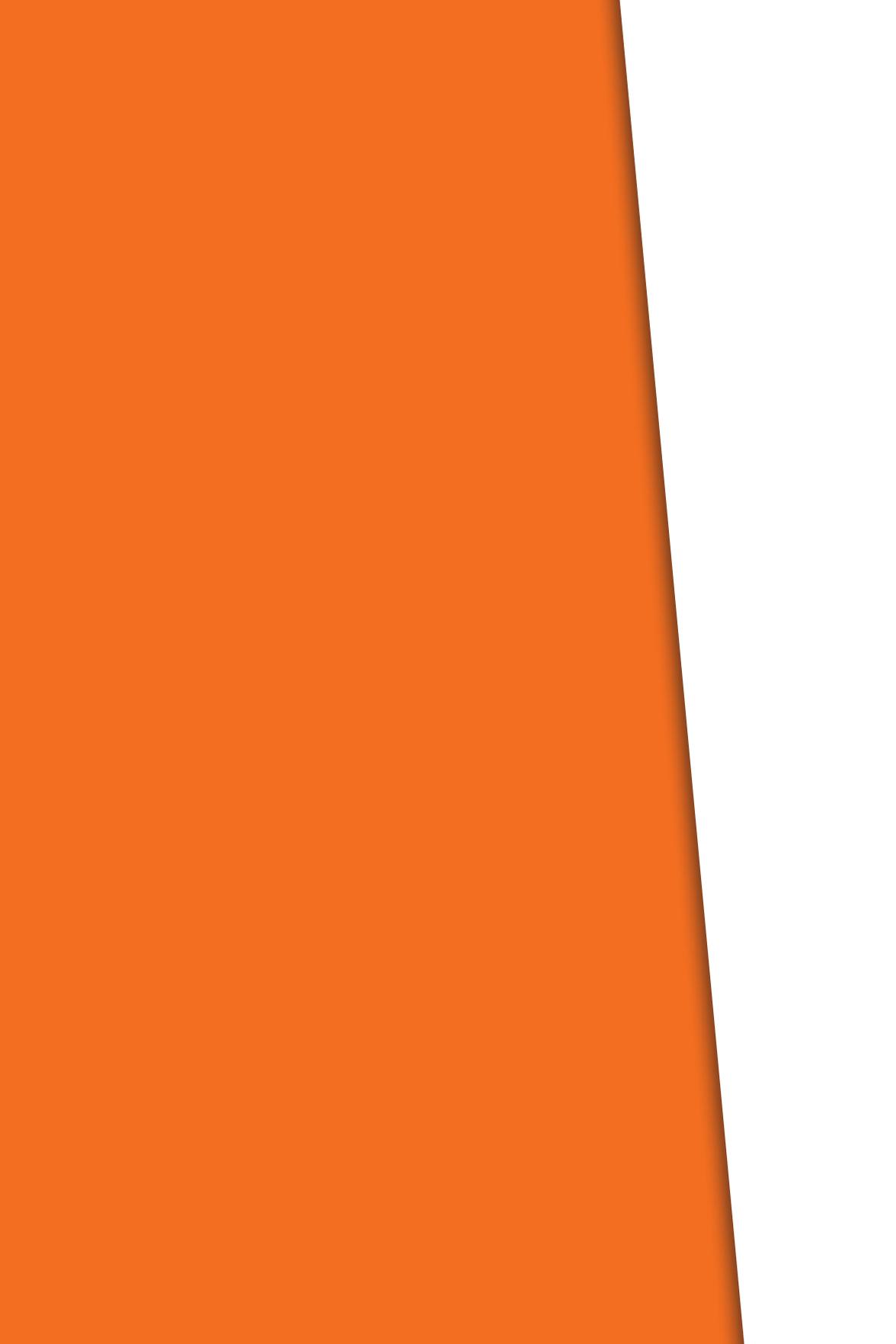
Chauvin Pierre, Inserm
Corbin Michèle, Réseau des villes-santé de l'OMS
Dourgnon Paul, IRDES
Drougard Corinne, DGS
El Ghozi Laurent, Élus, santé publique et territoires
Faburel Guillaume, Paris XII-Créteil
Ginot Luc, mairie d'Aubervilliers
Héritage Zoé, Réseau des villes-santé de l'OMS
Lang Thierry, Inserm
Rolland Isabelle, Pays Centre-Ouest-Bretagne
Schoene Marc, mairie de Saint-Denis
Trugeon Alain, FNORS
Vincenti Michèle, Conseil général de Seine-Saint-Denis

Remerciements aux différents contributeurs

Allaire Cécile, INPES
Barthélémy Lucette, INPES
Baud Stéphanie, RESE
Baudinat Claire, DRASS Midi-Pyrénées
Boutet Catherine, DRASS Basse-Normandie
Broussouloux Sandrine, INPES
Civatte Nicole, INPES
Deltour Pierre, RESE
Gerhart Catherine, INPES
Girard Delphine, INPES
Gueniffey Antoine, DGS
Guichard Anne, INPES
Guillemont Juliette, INPES
Houzelle Nathalie, INPES
Karsenty Paul, DGS
Kopel Alice, DRASSIF
Larcher Pierre, DGAS
Maison Dominique, DSDS de Guyane
Marchand Daniel, DRASS Bretagne
Melihan-Cheinin Pascal, DGS
Menard Colette, INPES
Pin Stéphanie, INPES
Rostan Florence, INPES
Sitbon Audrey, INPES

13	Introduction : « ARS et inégalités sociales de santé »
25	Réduire les inégalités sociales de santé : l'enjeu central de la santé en région
31	État des lieux régional : recueil des données relatives à l'état de la population
37	Stratégies possibles
38	Principes généraux
41	Stratégies spécifiques
42	Territoire
50	Environnement
57	Petite enfance
64	Stratégies thématiques
65	Accès à la prévention et aux soins
70	Accidentologie
76	Activités physiques
81	Addictions
90	Santé bucco-dentaire
96	Nutrition
101	Périnatalité
106	Santé à l'école

111		Santé et travail
117		Santé mentale
121		Violence
124		Détenus
130		Gens du voyage
135		Handicapés
140		Migrants
144		Personnes âgées
149	 	Outils
150		Qualité des interventions (éléments d'évaluation)
153		Formalisation de partenariats et participation de la population
159		Communication
161		Outil de plaidoyer politique : arguments pour l'inscription à l'agenda régional
169		Plaidoyer en version PowerPoint
175		Cartographie des missions des DRJSCS et des DD chargées de la cohésion sociale
191	 	Annexes
193		Annexe 1. Bibliographie générale
198		Annexe 2. Bibliographie régionale
201		Annexe 3. Principaux sigles



INTRODUCTION : « ARS ET INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ »

« Réduire les inégalités de santé est un impératif éthique. L'injustice sociale tue à grande échelle¹ »

1. Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Genève, OMS, 2008.

ARS et inégalités sociales de santé

LA SANTÉ : UNE LOTERIE NATURELLE COUPLÉE À UN FORT DÉTERMINISME SOCIAL

En matière de santé, la nature a fait des différences que la société a transformées en inégalités. La santé ne ressort pas que d'inégalités naturelles (génétiques) fondées sur une irréductible disparité biologique entre les êtres humains. Nos sociétés présentent une structuration sociale hiérarchisée, à l'origine d'inégalités sociales de santé. Ces inégalités s'expriment par des différences d'état de santé mesurables entre les groupes sociaux. Elles traversent l'ensemble de la population française selon un gradient qui suit la hiérarchie sociale. Ce gradient social persiste après avoir pris en compte l'exposition individuelle aux facteurs de risques comportementaux et professionnels (ainsi que la survenue d'accidents, l'incidence et le pronostic de la plupart des pathologies, les handicaps, les modalités de prise en charge, l'accès aux programmes de dépistage et de prévention¹).

1. Mao Y., Hu J., Ugnat A M., Semenciw R., Fincham S. Socioeconomic status and lung cancer risk in Canada. *International Journal of Epidemiology*, 2001, 30 (4) : p. 809-17; Fassin D. Qualifier les inégalités. In : Leclerc A., Fassin D. Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.). *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 2000, 448 p.; Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. *Précarisation, risques et santé*, Paris, Inserm, 2001; Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2003; 51 : p. 381-401; HCSP, *Recueil des principaux problèmes de santé en France*, Paris, 2002; Sass C., Moulin J.-J., Labbe E., Chatain C., Gerbaud L. La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé, *Pratiques et organisation des soins*, 2007; 38 (2) : p. 139-46.

Les différences dans les comportements individuels, et en particulier les pratiques à risque (tabac, alcool, sédentarité...), n'expliqueraient qu'un tiers des différences de mortalité par maladies coronariennes².

Les individus qui ont un statut social plus élevé ont de meilleurs indicateurs de santé que ceux qui se situent juste en dessous, et ainsi de suite jusqu'au dernier. Les problèmes de santé des populations les plus pauvres ne représentent que la partie la plus visible de ces inégalités (cf. encadré « Repères 1 : quelques définitions », page 21). Aussi, aborder les inégalités sociales de santé ne peut se réduire à travailler sur les fractions les plus précarisées dans leurs conditions de vie.

LE VRAI « FRENCH PARADOX » : UNE ESPÉRANCE DE VIE PARMIS LES PLUS FORTES ET DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ IMPORTANTES

Au fil des années, une amélioration globale et incontestable de la santé a eu lieu dans les pays industrialisés. En France, l'espérance de vie à la naissance a progressivement augmenté, pour se situer à 77,6 ans et 84,4 ans respectivement pour les hommes et les femmes en 2008³. Malgré cela, il existe des inégalités sociales de mortalité, et plus généralement de santé, qui persistent, voire s'aggravent pour les hommes sur les trente dernières années.

Sur la période 1991-1999, un homme de 35 ans appartenant à la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures » peut espérer vivre sept ans de plus qu'un ouvrier et trois ans de plus qu'un homme appartenant à la catégorie « artisans, commerçants, chefs d'entreprise »⁴.

Cet écart est encore plus important si l'on considère l'espérance de vie sans incapacités puisque, à 35 ans, les hommes cadres supérieurs peuvent espérer vivre encore dix ans de plus que les ouvriers sans limitation fonctionnelle (34 ans *versus* 24 ans)⁵.

En outre, les comparaisons avec les pays de l'Europe de l'Ouest font apparaître une position défavorable pour la France, qui présente, parmi les pays étudiés, des inégalités de mortalité parmi les plus importantes⁷, alors que

2. Kunst A., Groenof F., Mackenbach J. P. *et al.*, Inégalité sociale de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens. in : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kamininski M., Lang T. (dir.). *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 2000 : 448 p. ; Marmot M. Multilevel approaches to understanding social determinants. In : Berkman L. F., Kawachi I. (dir.). *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000 : p. 349-367.

3. Ined : http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/mortalite_causes_decès/espérance_vie/.

4. Drees. *L'État de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*. Rapport 2007.

5. L'espérance de vie sans incapacité (Evs) est la durée moyenne qu'on peut espérer vivre sans incapacité au sein de l'espérance de vie, en supposant que les conditions sanitaires du moment se maintiennent.

6. Cambois E., Laborde C., Robine J.-C. La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Population et sociétés*, janvier 2008, n° 441.

7. Kunst A., Groenof F., Mackenbach J. P. The european working group on socio-economic inequalities in health, Occupational class and mortality among men 30 to 64 years in 11 european countries. *Social science and medicine*, 1998, 46 : p. 1459-1476.

son système de soins a pu faire l'objet d'évaluations internationales favorables. Ainsi, les inégalités d'accès aux soins en France sont loin d'être la première cause des inégalités sociales de santé, même si elles y participent (absence de mutuelle, dépassement d'honoraires, discrimination par refus de soins à des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME...).

Les disparités de santé qui concernent les différents groupes sociaux interpellent directement la cohésion sociale⁸ et des recherches⁹ tendent à montrer une corrélation entre l'état de santé d'une population et son groupe social de référence. Plus une société est inégalitaire, plus on rencontre une incapacité croissante à satisfaire les normes de réussite de son groupe. Cette perspective fait intervenir des éléments comme le capital social, le statut relatif, le soutien social, le revenu relatif, l'autonomie¹⁰... Autant d'éléments qui permettent de rendre compte plus finement de la dimension de gradient des inégalités sociales de santé. Autrement dit, si le niveau de revenu global (produit national brut) est un indicateur, c'est sa répartition (variance des revenus) qui reste la plus pertinente pour rendre compte des inégalités sociales de santé. Le cas classique de l'État du Kerala (Inde) démontre que, même dans un pays du tiers-monde avec un faible PNB (et en période de croissance nulle)¹¹, une forte redistribution et surtout une cohérence sociale forte¹² permettent à cet État d'atteindre des indicateurs qui le rapprochent des pays industrialisés¹³. Cependant, ce système semble atteindre ses limites et la réorientation vers des cultures d'exportation le rend plus sensible aux fluctuations des marchés internationaux¹⁴.

De par le monde, la dégradation de la situation économique, sociale et financière qui frappe depuis peu risque d'avoir un impact fort sur les déterminants des inégalités sociales de santé. En novembre 2008, Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, puis Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe, ont souligné les risques que la crise actuelle fait peser sur la santé.

8. Berkman L. F., Kawachi I. A historical framework for social epidemiology. In : Berkman L. F., Kawachi I. (dir.). *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000 : p. 3-12.

9. Bungener M., Ulmann P., Bazin F., Parizot I., Chauvin P., Pascal J. et al. Déterminants socio-économiques des inégalités de santé. *Sciences sociales et santé*, 2006 ; 24 (3) : p. 11-29 ; Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*, 2002, 20 (4) : p. 72-128.

10. Clark A., Utilité absolue ou utilité relative. *Revue économique*, 2000, 51 (3) : p. 459-71 ; Sass C., Moulin J.-J., Labbe E., Chatain C., Gerbaud L. La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé. *Pratiques et organisation des soins*, 2007, 38 (2) : p. 139-46 ; Niewiadomski C., Aïach P. *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, EHESP, 2008 : 282 p.

11. Veron R. The « New » Kerala model : Lessons for sustainable development. *World Development* 2001, 29 (4) : p. 601-17.

12. Caldwell J.C. Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 12 (2), juin 1986 : p. 171-220 ; Lieten G.K. The human development puzzle in Kerala. *Journal of Contemporary Asia*, 2001, 32(1) : p. 47-68 ; Thomas Jayan J. Kerala's industrial backwardness : A case of path dependence in industrialization? *World Development*, 2005, Vol. 33, No. 5 : p. 763-83.

13. L'État du Kerala, en Inde, a un revenu de moins de 6 000 dollars par habitant, et une espérance de vie de 76,5 ans, comparable à celle des États-Unis (76,9 ans). Un indicateur synthétique de développement humain proposé par le Pnud, construit à partir de l'espérance de vie à la naissance, du taux d'alphabétisation adulte et du PNB/hab. ajusté selon la parité de pouvoir d'achat (<http://hdr.undp.org>), place aussi le Kerala dans une situation proche des pays industrialisés.

14. Varma P. Trade reforms and commodity prices in Kerala : The case of rubber and coconut. In : Prakash B.A. (ed.). *Kerala's Economic Development. Performance and Problems in the Post-liberalization Period*, Second Edition, New Delhi, 2005, Sage Publication : p. 165-90.

UNE LÉGITIMITÉ POUR L'ARS À INTERVENIR, DES MISSIONS CONFIEES PAR LA LOI

La création des agences régionales de santé (ARS) est une opportunité indéniable pour agir sur les inégalités sociales de santé en confiant des responsabilités sur un large champ de compétences à une autorité sanitaire unique au plan régional, et en lui apportant les moyens et outils nécessaires à cette mission.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » évoque explicitement le sujet des inégalités sociales de santé à plusieurs reprises, qu'il s'agisse :

- du projet régional de santé, qui comprend un programme relatif à l'accès à la prévention et aux personnes les plus démunies ;
- du plan stratégique de santé, qui prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ;
- des missions des établissements de santé qui peuvent être amenées à assurer une mission de « *la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination* ».

En outre, l'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1^{er} de la loi n° 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé.

Enfin, le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ : LES CONDITIONS DE VIE CONSTRUITES DÈS L'ENFANCE

Les origines des inégalités sociales de santé sont multifactorielles et complexes. De nombreux facteurs, situés en amont du système de santé et liés aux conditions socio-économiques des personnes, à leur parcours de vie (personnel et professionnel), sont à l'origine des inégalités sociales de santé. Elles sont le produit des inégalités de conditions d'existence construites dès l'enfance et qui concernent l'éducation, l'emploi, le logement, le lien social, etc.

Niveau de diplôme : à âge égal, le taux de mortalité prématurée¹⁵ des hommes sans diplôme est multiplié par 2,5 par rapport à ceux ayant fait des études supérieures. Pour les femmes, la mortalité est multipliée par 1,9 (période 1990-1996)¹⁶.

15. Indicateur qui témoigne de la mortalité survenue avant 65 ans.

16. Menvielle G., Chastang J.-F., Luce D., Leclerc A. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. *Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007; 55 (2) : p. 97-105.

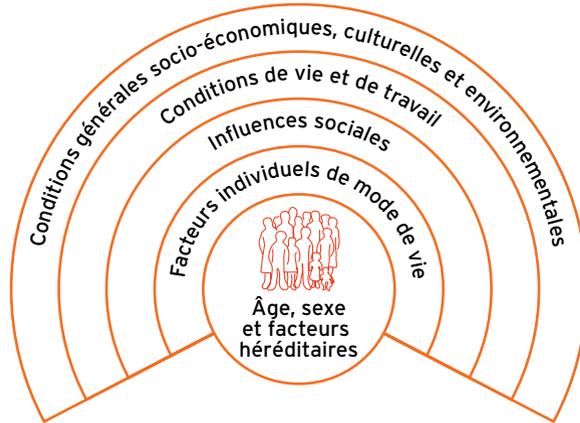
Statut d'emploi : le taux de mortalité est multiplié par 2,7 (après ajustement) pour les hommes, sur la période de cinq ans qui suit l'entrée au chômage¹⁷.

Il existe différents schémas explicatifs pour représenter l'interaction entre les différents déterminants de la santé agissant sur ces inégalités. La **figure 1** illustre comment les inégalités sociales de santé sont le résultat d'interactions entre les différents niveaux :

- caractéristiques biologiques des individus,
- comportements et styles de vie personnels,
- influences des groupes sociaux,
- facteurs liés aux conditions et milieux de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels (offre alimentaire, éducation, logement, services de santé...),
- conditions économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans l'ensemble de la société.

FIGURE 1

Modèle des déterminants de la santé



D'après Dahlgren et Whitehead (1991).

DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ENTRE LES TERRITOIRES

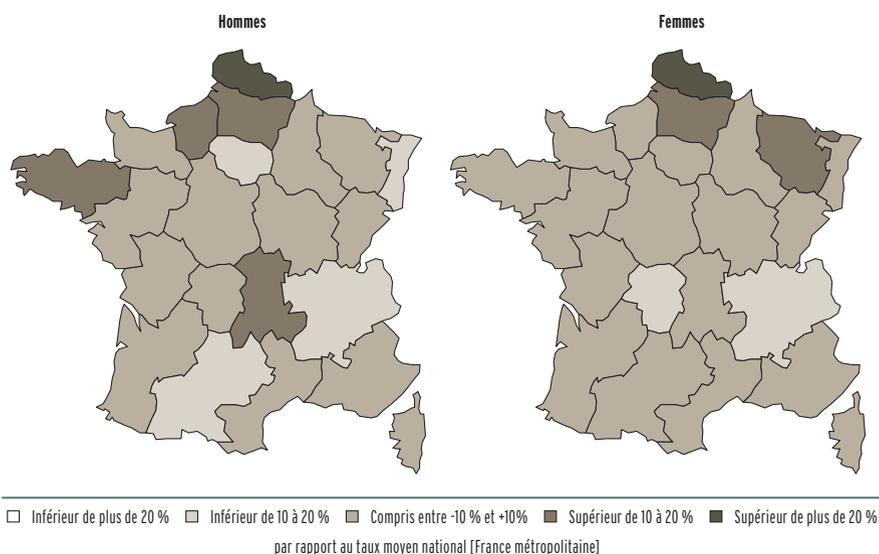
Le niveau de la mortalité prématurée varie aussi selon les régions françaises **[figure 2]**. Les taux de décès les plus élevés s'observent dans le Nord-Pas-de-Calais, puis en Picardie, Haute-Normandie, Bretagne et en Champagne-Ardenne ; les taux les plus faibles, en Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, Île-de-France et Alsace¹⁸.

17. Sermet C., Khat M. La santé des chômeurs en France : revue de la littérature. *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 2004, 52 : p. 465-74.

18. Drees. *L'État de santé de la population en France*. Rapport 2007, p. 44.

FIGURE 2

Taux standardisés de mortalité prématurée (en % de variation par rapport au taux en France métropolitaine) pour les hommes et les femmes en 2004



Champ : France métropolitaine.

Source : Inserm, CépiDc, Drees, *L'État de santé de la population en France. Rapport 2007*, p. 44.

Les disparités se manifestent aussi à l'échelle infrarégionale et peuvent être supérieures aux disparités interrégionales. Par exemple, au niveau des cantons, l'écart de mortalité prématurée entre les cantons favorisés et les défavorisés est de 45 %¹⁹. Toutes les données ne sont pas encore disponibles pour les DOM.

Exemple lié à la santé environnementale : inégalités géographiques d'exposition à la pollution atmosphérique d'origine industrielle **[figure 3]**. La pollution atmosphérique serait responsable de plusieurs dizaines de milliers de décès par an en France, notamment pour motifs respiratoires ou cardio-vasculaires²⁰.

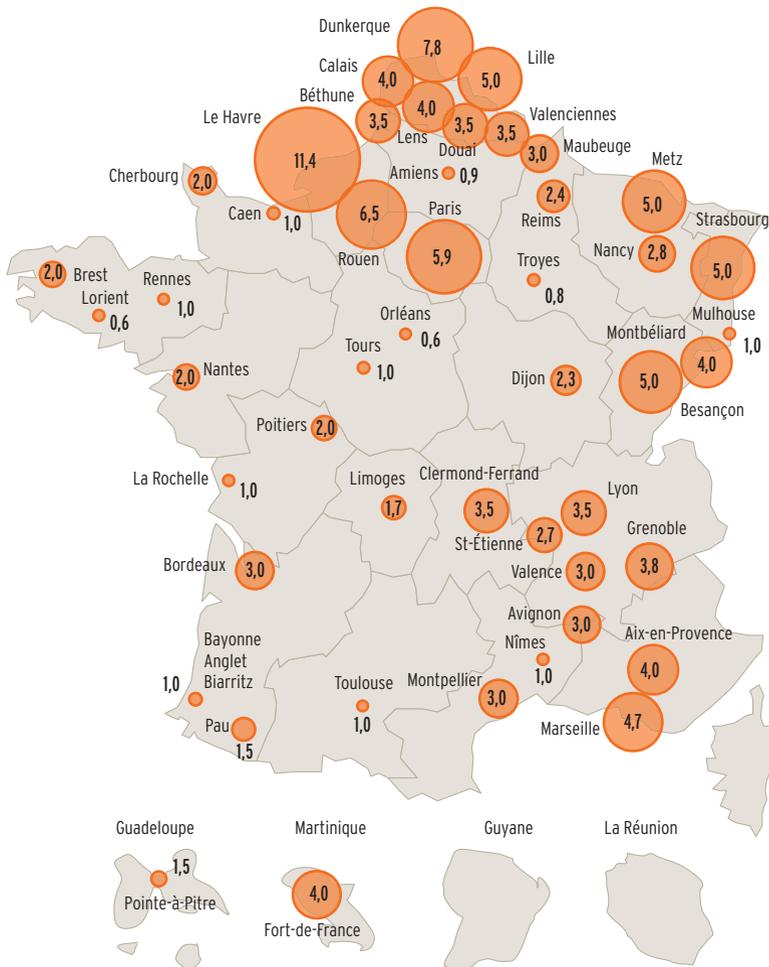
Si l'exposition à la pollution atmosphérique concerne l'ensemble de la population, il existe de fortes inégalités.

- Des inégalités de sensibilité : les personnes les plus sensibles sont les enfants ainsi que les personnes présentant des pathologies respiratoires (asthmatiques) et cardiaques.
- Des inégalités d'exposition à la pollution, en fonction notamment de l'importance des sources et des émissions de polluants. En particulier, l'urbanisation, l'industrialisation et la croissance du trafic automobile provoquent

19. Fnors. Inégalités socio-sanitaires en France, 2006.

20. OMS, Pollution de l'air, *Aide-mémoire* n° 187, 2000 (en cours de mise à jour).

FIGURE 3

Moyennes annuelles en SO_2 dans les sites urbains en 2006 (en μm^3)

Sources : Ademe-BDQA/Atmo.

des expositions locales parfois très élevées. Il existe un lien important avec les inégalités sociales, car la littérature scientifique disponible au niveau international suggère l'existence d'une corrélation entre les revenus des ménages et le fait d'habiter à proximité d'installations industrielles polluantes. Le dioxyde de soufre (SO_2) est un polluant provoquant divers symptômes respiratoires (altération de la fonction pulmonaire, toux, gêne respiratoire...). C'est également un polluant traceur de la pollution atmosphérique industrielle. Cela explique que les régions à fort contexte industriel soient les plus concernées par ce type de pollution et que les dépassements des valeurs limites règlement-

taires en SO₂ aient lieu dans les sites de proximité industrielle (Lacq dans les Pyrénées-Atlantiques, Le Havre, Port-Jérôme en Seine-Maritime et Martigues dans les Bouches-du-Rhône).

La perception de leur santé par les différentes catégories socio-professionnelles est cohérente avec les données objectives.

TABLEAU I

Indicateurs de santé perçue, santé fonctionnelle et maladies chroniques selon la catégorie socioprofessionnelle (%)

Catégorie socioprofessionnelle	Part de la population déclarant...			Part dans la population totale
	être au moins en assez bonne santé	être limité depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement	avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou durable	
Agriculteurs exploitants	95,4	12,9	21,2	1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	96,9	11,4	22,5	4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	98	8,6	21,7	8
Professions intermédiaires	97,3	9,9	23	13
Employés	95	13	25,9	17
Ouvriers	93,7	14,4	26,1	14
Retraités	78,7	45,3	59,9	28
Autres inactifs	89,9	19	25,9	15
Ensemble	90,1	22,3	34,5	100

Champ : personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.

Source : Drees, *L'État de santé de la population en France*. Rapport 2007, tableau 27, p. 65. Données issues de l'Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2005, Insee.

REPÈRES 1 : QUELQUES DÉFINITIONS

Précarité/pauvreté

En 2000, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes) a proposé la définition suivante : « *La précarité, c'est la fragilité, l'instabilité des situations. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment.* » La pauvreté est directement liée à l'insuffisance de ressources ; elle est définie par un niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian.

Actif pauvre

Un « actif pauvre » (« *working poor* ») est une personne active (occupée ou au chômage) six mois ou plus dans l'année (dont au moins un mois en emploi) et qui appartient à un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté (Insee).

Inégalités environnementales

La notion d'inégalités environnementales recouvre plusieurs aspects.

■ Les inégalités d'exposition aux facteurs de l'environnement, elles-mêmes fonction

des conditions et du milieu de vie, des comportements individuels, du contexte socio-économique ou professionnel, de l'état de dégradation de l'environnement. Les inégalités d'exposition peuvent donc être de nature géographique ou populationnelle.

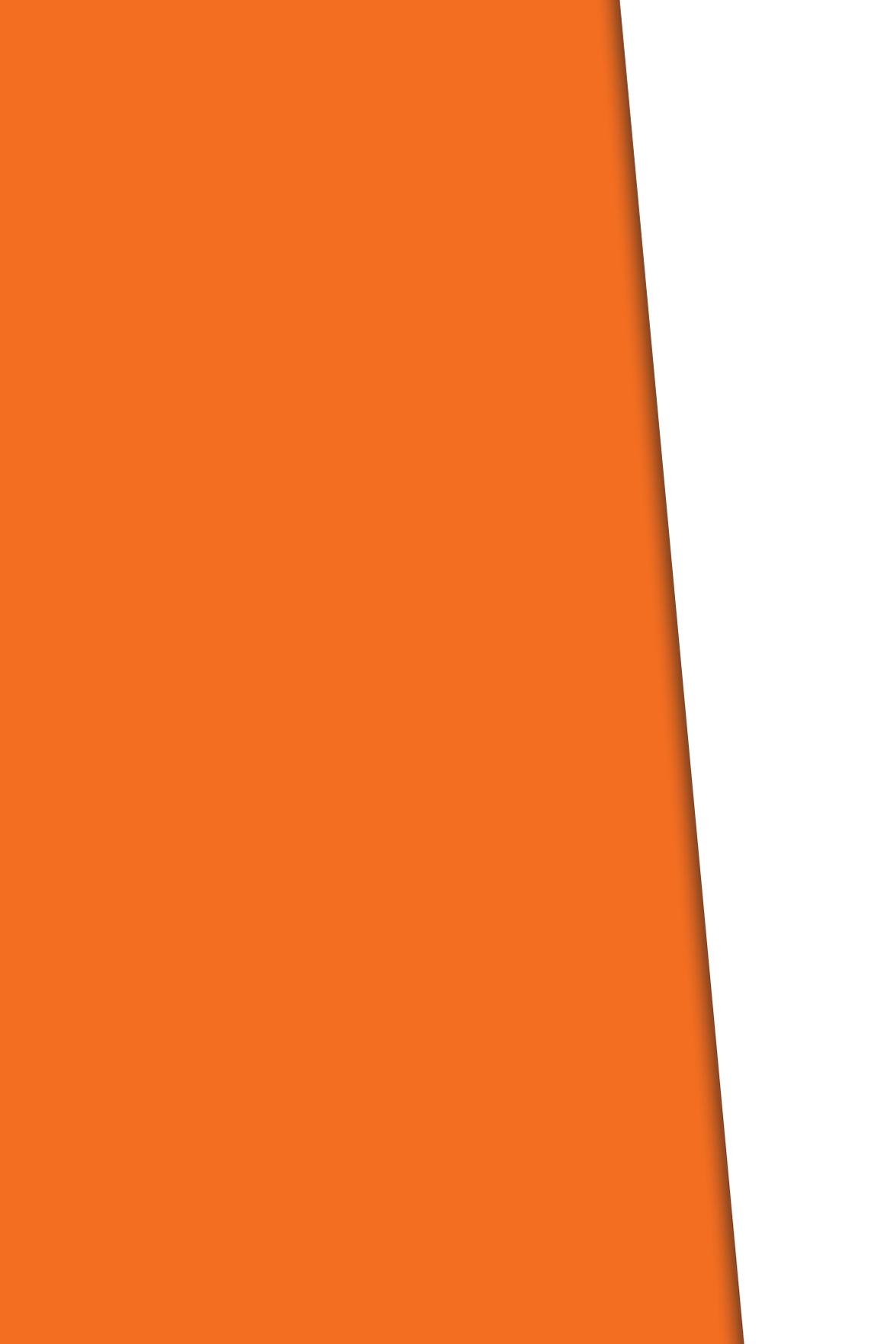
■ Les inégalités de sensibilité face aux agressions de l'environnement, elles-mêmes fonction de l'âge, de l'état de santé des personnes ou de leur susceptibilité génétique individuelle. Entrent en particulier dans cette catégorie les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques, de cancers, immuno-déprimées...

Exclusion sociale

Depuis l'ouvrage de René Lenoir *Les exclus. Un Français sur dix*, paru en 1974, l'exclusion

sociale est souvent définie comme un « processus de cumul de ruptures avec les formes essentielles du lien social : habitat, famille, couple, travail et des modes de vie dominants dans une société donnée ». Pour l'Onpes, les quatre indicateurs utiles pour appréhender l'exclusion sociale sont :

- le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières ;
- le taux de sortants du système scolaire à faible niveau d'études ;
- le taux de demandeurs d'emploi non indemnisés ;
- la part des demandes de logement social non satisfaites après un an.



**RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES
DE SANTÉ : L'ENJEU CENTRAL
DE LA SANTÉ EN RÉGION**

Réduire les inégalités sociales de santé : l'enjeu central de la santé en région

La mise en place des ARS offre une véritable opportunité d'optimiser la lutte contre les inégalités sociales de santé qui sont d'origine multisectorielle. La création d'une autorité régionale pour la santé permet d'intervenir sur toutes les dimensions. Elle peut à la fois impulser une politique globale et susciter les partenariats nécessaires.

Le directeur général de l'ARS va disposer de la plupart des outils utiles à la définition et à la conduite d'une politique globale de santé ; l'outil majeur est le projet régional de santé, qui repose sur trois niveaux.

- Un niveau de définition stratégique : c'est le plan stratégique régional de santé, qui définit les orientations et priorités de santé dans la région.
- Un niveau d'organisation : ce sont les schémas sectoriels, qui précisent les mesures de mise en œuvre des grandes orientations du plan stratégique.
- Un niveau opérationnel : ce sont les programmes, qui fixent les actions concrètes, les calendriers, le suivi et l'évaluation des mesures.

Pour la réduction des inégalités sociales de santé, les ARS disposeront d'interlocuteurs essentiels :

- au niveau régional, les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ;
- au niveau départemental, les directions départementales interministérielles chargées de la cohésion sociale (direction départementale de la cohésion sociale – DDCS – ou direction départementale de la cohésion sociale et de la population – DDCSP).

Le schéma de prévention a trois ambitions : mieux organiser l'offre de prévention et mieux la financer, améliorer la qualité des interventions et

améliorer l'accès de tous aux services ; le schéma de prévention portera une attention particulière aux populations les plus vulnérables.

En outre, la loi prévoit que les actions concrètes permettant d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies soient regroupées au sein de l'un des programmes déclinant les schémas régionaux. Le contrat local de santé permet enfin au directeur de l'ARS de mobiliser, dans une ville ou un quartier, les ressources locales en matière de prévention et de soins.

Cependant, la principale source de complexité réside dans le fait que les ARS ne disposeront pas de la même configuration d'interlocuteurs de l'État selon la taille des départements ou selon les options retenues dans la répartition des services.

Il convient donc de souligner l'importance du rôle de coordination conféré aux préfets : le préfet de région, pour ce qui concerne la coordination de l'intervention de l'État et la cohérence de l'organisation administrative ; le préfet de département, pour ce qui concerne la coordination des nouvelles directions départementales.

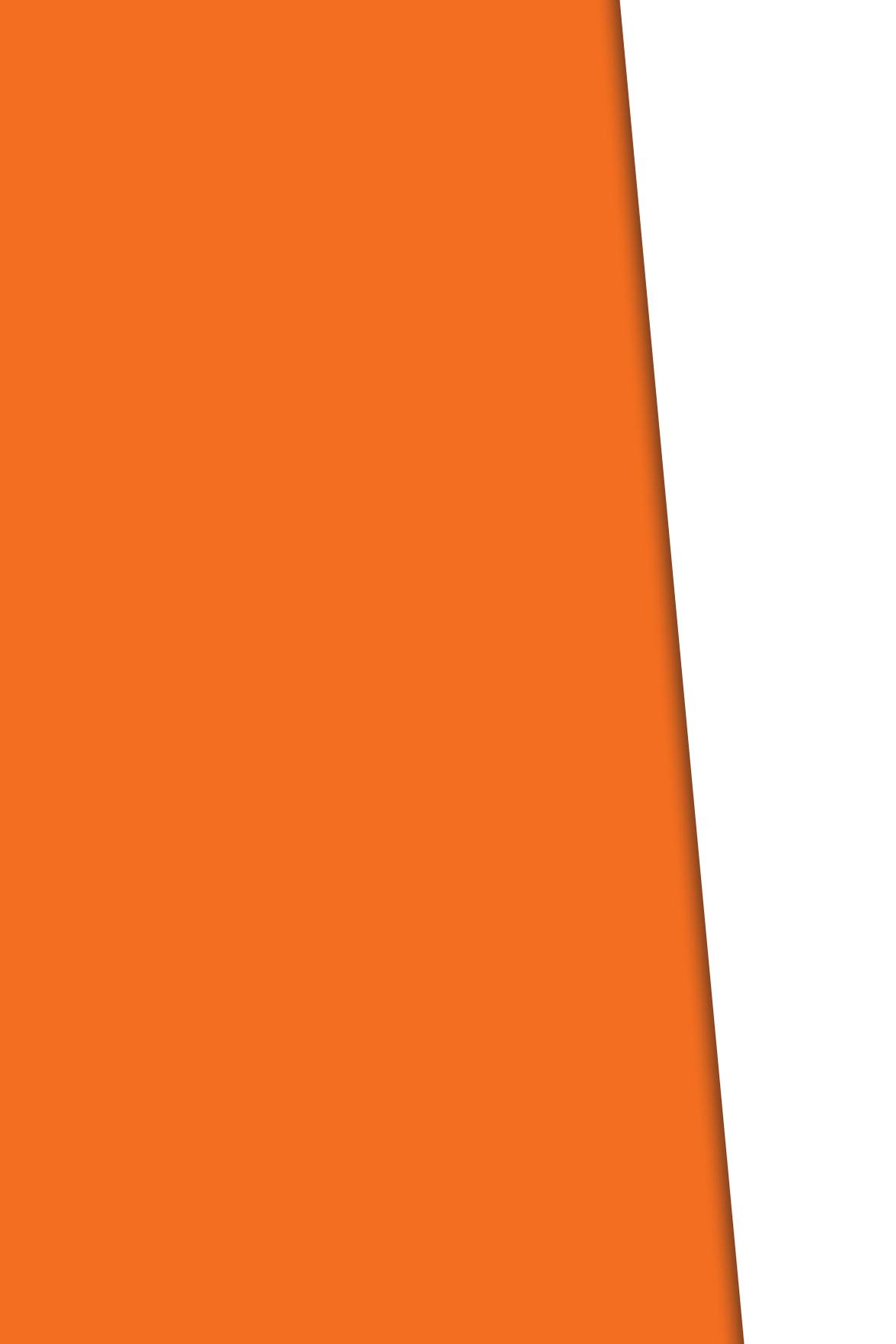
Ainsi, la nouvelle organisation régionale de la santé donne aux directeurs généraux des ARS de nouvelles opportunités pour :

- Contribuer à réduire les inégalités de santé : d'une part, en menant des politiques de santé fondées sur une vision non plus sectorielle mais transversale des besoins de santé d'une région donnée ; et, d'autre part, en adaptant les politiques de prévention aux besoins spécifiques de chaque population ;
- Mettre en œuvre des actions couvrant le gradient social, tout en garantissant une réponse aux besoins immédiats des populations les plus vulnérables ;
- Assurer un meilleur accès aux soins, grâce à une action couvrant pour la première fois l'ensemble de l'offre de soins et visant à mieux la répartir en fonction des besoins de santé ;
- Organiser les parcours de soins en fonction des patients, en facilitant la coordination entre les professionnels et entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- Faciliter les coopérations entre professionnels de santé et renforcer le rôle des paramédicaux dans le système de santé ;
- Développer l'observation territoriale de la santé ;
- Renforcer, en lien avec l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé), la qualité des démarches et actions de santé publique menées dans les « ateliers santé-ville », les rendre visibles et les sécuriser ;
- Développer des actions de prévention sur des publics spécifiques vulnérables, ainsi que des actions spécifiques de sensibilisation (aux dépistages, par exemple) ;
- Faire en sorte que les problématiques de santé publique puissent être inscrites dans les projets d'aménagement et de développement des territoires portés par les élus, sachant que la santé est fortement déterminée par la qualité de ce développement ;
- Coordonner les politiques publiques compétentes dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI.

Les ARS s'appuieront sur des expériences antérieures mises en œuvre dans les régions (Praps, Pass, ASV...). Certaines ont fait l'objet d'évaluations favorables, qui ont notamment montré que l'efficacité de ces programmes repose sur les principes suivants :

- Leur déclinaison à un niveau territorial de proximité, par des actions d'accompagnement, de médiation et de promotion de la santé au niveau du cadre de vie et associant l'ensemble des acteurs (dont la population), dès leur élaboration ;
- Des liens forts et formalisés avec d'autres politiques publiques : sociale, environnementale, migratoire, politique de la ville, politiques des collectivités territoriales.

Devant la multiplication des partenaires, il est important de créer une bonne articulation opérationnelle des dispositifs en identifiant les acteurs et en s'assurant une coordination efficace.



**ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL :
RECUEIL DES DONNÉES RELATIVES
À L'ÉTAT DE LA POPULATION**

État des lieux régional : recueil des données relatives à l'état de la population

LES ACQUIS

Les conférences régionales de santé (CRS), créées par le décret n° 2005-1539 du 8 décembre 2005, ont participé à l'élaboration du diagnostic régional partagé ayant servi de base à l'élaboration des plans régionaux de santé publique (PRSP). Ces PRSP identifient des enjeux pour leur région tels que la réduction de la morbidité et de la mortalité évitables, la promotion des comportements et des environnements favorables à la santé.

La nécessité de l'évaluation des programmes ainsi élaborés, prévue par la circulaire du 24 septembre 2004, a conduit à la mise en place dès 2006, tant au niveau national que régional, d'outils (basés sur des données harmonisées entre partenaires et notamment entre l'État et l'Assurance maladie) en vue de faciliter le pilotage régional et le bilan national des PRSP, tant au niveau du suivi des actions que de l'animation de la politique régionale.

L'évaluation des politiques publiques a conduit à la mise en place d'outils et d'indicateurs aussi bien dans le champ démographique que socio-économique. Ces données complètent les indicateurs de santé et permettent d'avoir une photographie de l'état de santé de la population sur un territoire donné.

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) ont joué un grand rôle grâce à leur expertise en matière de recueil et d'analyse des données et à la transversalité de leur activité (prévention, soins, médico-social et social).

Un ensemble d'initiatives locales, à travers les ateliers santé-ville, les comités techniques départementaux en région Île-de-France, a participé à la réalisation de cet état des lieux exhaustif et a constitué une force de proposition.

Les ARS doivent tenir compte des priorités nationales, mais elles doivent adapter leurs mises en œuvre au regard d'un diagnostic territorial fin. L'état

des lieux doit reposer sur une analyse territorialisée de données sociodémographiques et sanitaires.

LES PRINCIPALES SOURCES

- La base de données SCORE-Santé. Cette base de données est la plus synthétique au niveau régional. Elle est élaborée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) à partir des données émanant de :
 - La Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) du ministère chargé de la Santé pour les diagnostics principaux d'hospitalisation dans les établissements de soins de courte durée extraits du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).
 - L'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques). Les données du champ démographique et social sont produites en routine. Cependant, certaines de ces données sont anciennes car issues du recensement de 1999, dans l'attente des résultats de la nouvelle procédure de recensement.
 - L'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) CépiDc regroupe les données relatives aux décès.
 - Les trois principaux régimes d'assurance maladie (Cnamts, MSA et RSI) pour les admissions en affection de longue durée (ALD).
- Les données des maladies à déclaration obligatoire, disponibles sur le site de l'Institut de veille sanitaire : <http://www.invs.sante.fr/>.
- Les données incidence cancer (Francim).
- Les réseaux sentinelles (médecins, pharmaciens...).
- Le système de toxicovigilance : <http://www.centres-antipoison.net/CCTV/index.html>.
- Les données en santé-environnement. Il existe de nombreux outils, bases de données ou systèmes d'information, gérés ou non par l'ARS (cf. **tableau I**, non exhaustif).

TABLEAU I

Outils, bases de données ou systèmes d'information

Outils gérés par l'ARS	Outils non gérés par l'ARS
Bases de données relatives à des expositions environnementales	
Bases de données nationales : Sise (eaux, baignades, thermalisme, piscines, eaux conditionnées, ERSEI), Saturnins, Appliradon, Orhep Bases de données locales éventuelles	Sites et sols pollués (Basol, Basias), système de surveillance de la qualité de l'air, bruit (cartes d'exposition), contrôles de qualité des eaux non destinées à la consommation humaine, réseaux de surveillance Ifremer, réseaux de surveillance radiologique, cartographie des tours aérofrigorifères...
Bases de données santé	
Maladies à déclaration obligatoire (saturinisme, CO, légionellose), réseaux sentinelles (médecins, pharmaciens...), études d'impact sanitaire lié à la pollution atmosphérique, bases de données locales éventuelles	Toxicovigilance, réseaux sentinelles (médecins, pharmaciens...), registres des cancers, PMSI, biosurveillance...

À noter que ces outils sont utilisés pour tout le champ santé-environnement. Leur intérêt pour la problématique des inégalités environnementales réside dans l'apport de connaissances sur les inégalités (identification des secteurs et des populations surexposés), qui permet d'en déduire des actions ciblées de prévention.

Le portail Santé-environnement-travail, mis en place dans le cadre du premier Plan national santé-environnement, constitue une porte d'entrée unique grand public vers les différentes sources de données disponibles, y compris en région (<http://www.sante-environnement-travail.fr/>). On accède ainsi à des données de santé et des données environnementales (eau, air, radioactivité, sites et sols pollués...).

D'autres sources de données sont internes aux services du ministère de la Santé et non accessibles directement au grand public. Dans le domaine de l'eau, les données proviennent en majeure partie du contrôle sanitaire des eaux, intégré dans différentes bases de données nationales : SISE-Eaux (eau potable), SISE-Baignade, SISE-Thermalisme. L'application SISE-ERSEI gère les informations relatives aux procédures d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact. Enfin, dans le domaine de l'habitat, les applications nationales Saturnins et Orhep permettent de suivre les procédures liées au plomb et à l'insalubrité dans les logements. Appliradon contient, quant à elle, les données des mesures de radon dans les établissements recevant du public. Certaines régions ont pu également développer des bases de données locales.

Enfin, la DGS a passé contrat avec la Fnors (convention 2009) afin de réaliser une synthèse thématique nationale sur le thème des inégalités de santé et de leurs déterminants aux différents niveaux territoriaux (des indicateurs spécifiques seront ensuite intégrés dans SCORE-Santé).

AUTRES SOURCES

Certaines de ces sources contribuent à SCORE-Santé et peuvent être utiles pour approfondir le diagnostic local sur des thématiques.

- Base de données sociales localisées : <http://bdsl.social.gouv.fr>.
- Base de données du CépiDc par régions, départements, grandes villes : <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>.
- InVS : différentes bases de données accessibles en ligne avec des données locorégionales (botulisme, cancers, infections invasives à méningocoque, VIH, sida, tuberculose) : <http://www.invs.sante.fr/bdd/index.htm>.
- Base écosanté de l'Irdes, avec de nombreuses données accessibles en ligne par départements, régions concernant l'état de santé, l'offre de services, la consommation en santé, la protection sociale, etc. : <http://www.ecosante.fr>.
- Bases de données régionales de l'Insee avec une thématique santé : <http://www.insee.fr/fr/regions>.
- Statistiques PMSI : <http://www.atih.sante.fr> (données régionales disponibles).
- Statistiques de l'Assurance maladie : <http://www.ameli.fr/l-assurance->

maladie/statistiques-et-publications/index.php et sur les sites des Urcam, Cram, etc.

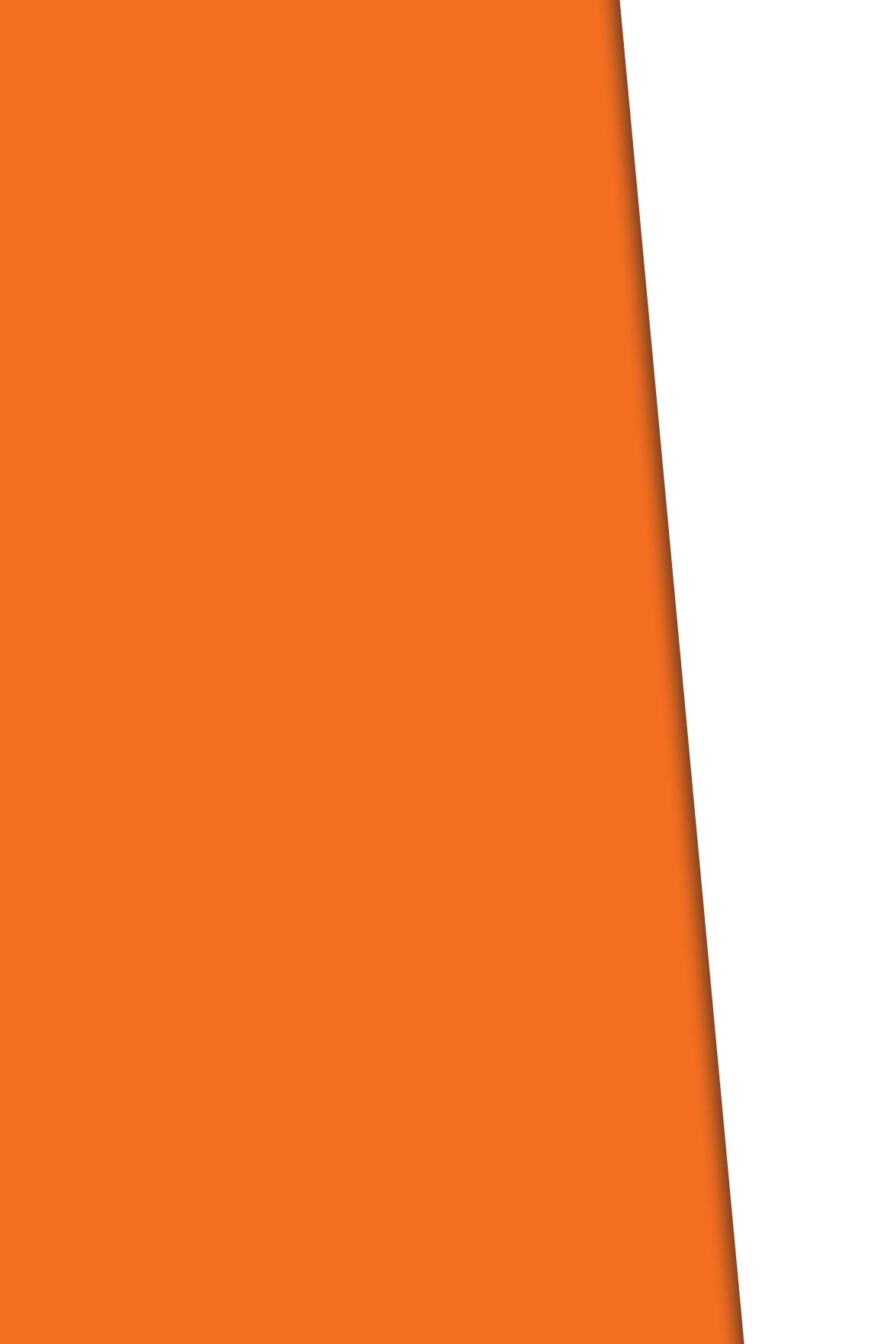
- Données régionales de l'enquête Escapad pour les consommations de substances psychoactives, ainsi que sur le surpoids/l'obésité sont disponibles au niveau départemental, régional : <http://www.ofdt.fr>. Les phénomènes émergents au niveau local (certaines villes sont couvertes) en matière de consommation de substances sont aussi disponibles sur les sites de Trend et de l'OFDT.
- Données régionales du Baromètre santé INPES.
- Les Creai et l'Ancreai : <http://www.ancreai.fr>.
- Sites des URML pour l'offre de soins.
- Enfin, les laboratoires universitaires de recherche ainsi que l'interrogation de dispositifs existant localement (type Atelier santé-ville...).

LES INDICATEURS

TABLEAU II

Indicateurs issus de SCORE-Santé selon la thématique

Indicateurs	Sources
Démographie	
Population densité, évolution	Insee, site DT SIRSé
Population par catégorie socioprofessionnelle	Insee Fnors
Répartition par âge, sexe	Insee Fnors
Part des personnes âgées de moins de 25 ans	Insee Fnors
Part des personnes âgées de 75 ans ou plus	Insee Fnors
Indice de vieillissement 2004	Insee Fnors
Taux de natalité en 2003	Insee Fnors
Taux de fécondité par âge	Insee Fnors
Indice conjoncturel de fécondité	Insee Fnors
Contexte socio-économique	
Population par niveau d'études	Insee Fnors
Population par catégorie professionnelle	Insee Fnors
Inégalités de revenus	Insee DGI Fnors
Pourcentage de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire	Urcam Auvergne, Insee
Pourcentage d'allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI)	CAF, MSA, Insee
Pourcentage de chômeurs longue durée (CLD)	DRTEFP
Allocation supplémentaire du minimum vieillesse	Insee
Santé	
Mortalité prématurée	Inserm CépiDc, Insee, Fnors
Taux comparatifs d'années potentielles de vie perdues	Inserm CépiDc, Insee, Fnors
Affections de longue durée (ALD) et répartition selon les classes d'âge	Cnamts, MSA, RSI, Insee, Fnors
Hospitalisations en service de court séjour	Drees, Insee, Fnors
Répartition des hospitalisations selon différentes classes d'âge	Drees, Fnors



STRATÉGIES POSSIBLES

Principes généraux

Les principes évoqués ci-dessous doivent être interprétés comme une grille d'analyse permettant de s'assurer de la capacité des projets ou des actions de s'inscrire dans une démarche de réduction des inégalités sociales de santé. L'ensemble des critères ne sont pas requis de façon systématique ; par exemple, un projet ayant un rapport coût/efficacité relativement faible pourra être retenu s'il répond à un enjeu très spécifique et important de réduction des inégalités.

ORIENTATION VERS LES DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN

Cet axe doit être considéré comme prioritaire. Chaque fois que possible, l'action visant à réduire les inégalités sociales de santé doit s'inscrire dans le droit commun (accès aux soins chez les spécialistes, par exemple). Quand un accès direct au droit commun est rendu impossible par les conditions sociales des personnes concernées ou par les dispositifs réglementaires, le projet doit, dans toute la mesure du possible, être regardé comme une étape vers cet accès.

OPPORTUNITÉ DE LA MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES

L'analyse des situations sociales ou des obstacles juridiques peut conduire à mettre en place des projets spécifiques dont l'apport est indispensable pour permettre l'accès à la prévention et aux soins des publics qui en sont le plus éloignés.

VALIDITÉ SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE DE L'ACTION MISE EN ŒUVRE

L'opportunité de la mise en œuvre d'une démarche spécifique, qui ne passe pas directement par l'accès aux dispositifs de droit commun, doit faire l'objet d'une analyse scientifique multidisciplinaire et juridique justifiant la mise en œuvre de ces actions.

PARTICIPATION DES USAGERS

La complexité, notamment juridique et sociale, des obstacles pour l'accès à la prévention et aux soins rend indispensable la participation des usagers eux-mêmes à l'évaluation, voire à l'élaboration, des dispositifs mis en place. Les dispositifs mis en place doivent veiller à la participation des usagers précaires eux-mêmes, et ne peuvent être confondus avec des représentations associatives plus générales.

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS, « EMPOWERMENT »

Mettre en place des renforcements de capacités, ou « empowerment », qui correspondent à un *« processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies, et donc acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique »*.

EXISTENCE ET SÉLECTION D'OPÉRATEURS

La complexité évoquée *supra* rend également nécessaire une analyse précise de la capacité et de l'intention des opérateurs de travailler sur des bases techniquement acceptables à la réduction des inégalités sociales de santé. La logique d'appels d'offres doit être utilisée pour permettre le repérage des opérateurs disponibles et/ou leur adaptation aux enjeux des actions envisagées.

CAPACITÉ À S'INSCRIRE DANS UNE DÉMARCHE PLURISECTORIELLE

Les études les plus récentes ont montré le caractère indispensable de la capacité des opérateurs à s'inscrire dans une démarche plurisectorielle permettant notamment de fédérer les interventions de partenaires du champ social et du champ sanitaire.

1. Commission européenne, Rusch E. (coord.). *Glossaire européen en santé publique*. En ligne : <http://www.dbsp.ehesp.fr/Glossaire>.

RAPPORT COÛT/EFFICACITÉ

Toute action doit faire l'objet d'une analyse coût/efficacité, qu'elle se situe dans le droit commun ou non.

CAPACITÉ DE BÉNÉFICIER À UNE PARTIE SIGNIFICATIVE DE LA POPULATION CONCERNÉE

Les projets doivent permettre l'accès à la prévention d'une partie significative de la population concernée. Cet enjeu s'entend de manière quantitative (plus grand nombre possible), mais aussi de manière qualitative (personnes les plus éloignées de l'accès aux dispositifs).

POSSIBILITÉ DE MESURER LES RÉSULTATS OBTENUS

Comme pour tout projet de santé publique, la capacité de mesurer les résultats obtenus est un critère incontournable. Compte tenu de la complexité et de résultats en termes de santé des individus qui ne peuvent être appréhendés qu'à long terme (sauf pour périnatalité), il est nécessaire de disposer d'indicateurs intermédiaires ou indirects.

Stratégies spécifiques

La réduction des inégalités sociales de santé au niveau régional passe par des stratégies spécifiques qui font l'objet ci-après de fiches détaillées, qu'elles concernent des logiques d'action par thématique de santé, milieux de vie ou population. Cependant, trois entrées revêtent une importance particulière :

- Les territoires, car la lutte contre les inégalités de santé nécessite une action de proximité en cohérence avec les autres politiques publiques.
- L'environnement, car l'exposition à des risques environnementaux a une dimension sociale encore insuffisamment prise en compte.
- La petite enfance et la périnatalité, car c'est la période de la vie où se joue une grande partie du destin de chacun.

En lien avec l'ensemble de ces principes d'actions et ces stratégies, nous proposons un outil d'évaluation de la qualité des interventions sur les inégalités sociales de santé (*cf.* « Qualité des interventions (éléments d'évaluation) », page 150).

STRATÉGIES

Territoire

ENJEUX

Les inégalités territoriales renforcent les inégalités sociales de santé. Outre les inégalités territoriales liées à la nature, qui peuvent être dues aux différences de ressources (eau, air, sol...), au climat, à la géographie..., les territoires sont inégalement marqués par l'homme, le développement de l'activité humaine ne s'étant historiquement pas fait de façon homogène sur le territoire. Les disparités sont mesurables en termes d'espaces publics, d'espaces verts, d'offres de services publics, d'accès aux soins, à la culture, à l'information, à l'emploi, de mobilité, d'exposition aux polluants environnementaux...

Le lien avec les inégalités sociales est très important, car la planification des infrastructures et des activités tend, de manière générale, à concentrer les sources de nuisance chez les populations les plus pauvres, et cette concentration des nuisances accentue elle-même la dévalorisation foncière/immobilière et la ségrégation sociale.

Avec la loi d'orientation pour l'aménagement durable du territoire du 25 juin 1999, les politiques publiques de santé accèdent au statut de composantes reconnues de la politique d'aménagement du territoire et du développement durable. Selon l'article 2, les politiques d'aménagement du territoire assurent l'égalité des chances entre les citoyens, en garantissant un accès égal au savoir et aux services publics sur l'ensemble du territoire, dans le domaine de la santé, de l'éducation, de la culture, du sport, de l'information, des télécommunications, de l'énergie, des transports, de l'environnement, de l'eau... Elles assurent également la correction des inégalités spatiales et la solidarité natio-

nale envers les populations par une intervention différenciée, selon l'ampleur des problèmes de chômage, d'exclusion et de désertification rurale rencontrés et selon les besoins locaux d'infrastructures de transport, de communication, de soins et de formation.

DIAGNOSTIC - CONSTATS

L'Observatoire national des territoires de la Diact¹ et l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (Onzus)² participent au travail de caractérisation des inégalités territoriales. Le premier analyse les dynamiques et les inégalités sur l'ensemble des territoires, le second s'intéresse à l'état de l'environnement et à la qualité du cadre de vie des ZUS (voir encadré). Cependant, les inégalités sociales sont loin de se concentrer sur ces seules zones. La problématique des zones rurales, avec son impact sur la démographie médicale et sur l'offre de soins, renforce les inégalités sociales de santé. Ce constat est encore plus aigu pour l'outre-mer, qui doit rattraper son retard en ce qui concerne l'accès équitable pour tous aux services collectifs de l'eau (en Guyane, par exemple, on estime actuellement que près de 15 % de la population n'a pas accès à l'eau potable), de l'électricité, de l'élimination des déchets, aux transports publics, aux équipements médico-sociaux, aux établissements scolaires et à la culture, à la rénovation de l'habitat insalubre...

Concernant les données de santé, celles du PMSI³ et de l'Assurance maladie apportent un éclairage sur certaines questions en matière d'aménagement du territoire. En effet, le croisement des données relatives à la consommation des soins et au lieu de résidence permet une approche territoriale de la santé, notamment *via* la délimitation de bassins de santé. Les données du PMSI permettent d'alimenter l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros)⁴.

1. Diact : Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (ex-Datar).

2. ZUS : quartiers regroupant des personnes cumulant des difficultés économiques, sociales ou d'habitat. Les ZUS ont été créées par la loi en 1995.

3. PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information.

4. Sros : ils ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.

DONNÉES DE L'OBSERVATOIRE DES ZUS (2003)

- Le taux de chômage et la proportion de ménages pauvres y sont respectivement deux à trois fois plus élevés que la moyenne nationale,
- La densité de médecins y est deux fois moindre qu'en France métropolitaine,
- 45 % des zones urbaines sensibles sont classées en points noirs bruit et le risque industriel y est deux fois plus élevé que dans les communes sans ZUS (41,6 % *versus* 21,2 %),
- 36 % des habitants de ZUS ont une bonne opinion sur la présence et la qualité des espaces verts, contre 59 % pour les autres habitants.

Enfin, concernant les données d'exposition à divers facteurs de l'environnement, la cartographie des expositions s'est progressivement développée ces dernières années (cf. fiche « Environnement », page 50). Il faut également souligner que la perception de la qualité de l'environnement n'est pas toujours exactement corrélée à l'importance de l'exposition : à exposition équivalente, la gêne déclarée peut être supérieure chez les populations à bas revenus. Cela tend à montrer l'importance des aspects sociaux-environnementaux qui induisent, pour ces populations, une plus grande vulnérabilité aux facteurs d'environnement et de santé. Pour réduire ces ressentis négatifs, il faut agir à la fois au niveau socio-économique (n'ayant pas les moyens de déménager) et politique (moins d'implication dans la vie de quartier et dans les processus décisionnels, moins d'efficacité dans la défense de leurs intérêts environnementaux).

Les résultats de différentes études (et notamment une étude récente de l'Irdes⁵) suggèrent en effet que vivre dans un quartier où la mobilité résidentielle est faible augmente la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. Il en est de même pour les personnes vivant dans un quartier où se cumulent les difficultés économiques et sociales. Enfin, les habitants des quartiers récemment construits et avec une forte présence de jeunes se déclarent en meilleure santé que ceux qui vivent dans des quartiers anciens habités par des ménages plus âgés, toutes choses égales par ailleurs.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

Parmi les différents territoires, la qualité de vie serait meilleure loin des zones urbaines.

OBJECTIFS

Les objectifs s'inscrivent dans les différents plans de la politique de santé, qui comportent tous un volet relatif à la réduction des inégalités de santé (plans régionaux de santé publique, plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins, schémas régionaux d'organisation sanitaire, plans national et régionaux santé-environnement...). Les politiques d'aménagement du territoire et de développement durable convergent vers ce même objectif : la stratégie nationale de développement durable adoptée par la France en 2003 fait également de la caractérisation des inégalités au niveau des territoires et de leur diminution l'un de ses objectifs, avec un principe – celui de privilégier l'action de proximité.

Ces objectifs sont :

- Améliorer la collecte sur les données de santé, notamment en mettant en place des systèmes d'information capables d'apporter aux décideurs des

5. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage, *Questions d'économie de la santé*, n° 139, février 2009.

connaissances fiables, croisant les différentes données (santé, environnement, social) à des échelles très fines (communes, quartiers, îlots, voies, rues). L'ARS pourra notamment s'appuyer sur les ORS.

- Mieux articuler les politiques de santé avec les autres politiques publiques (développement durable, ville, transports, éducation, culture, emploi, logement...) et favoriser le travail en réseau : les collectivités devraient intégrer les préoccupations de santé et d'environnement dès la conception des plans et opérations d'urbanisme.
- Garantir l'accès équitable aux équipements, services et espaces publics, aux soins et à la prévention, la pluralité des activités économiques et favoriser la mobilité.
- Réduire l'interaction entre inégalités territoriales et sociales de santé.

ACTIONS

- Soutenir le développement des observatoires locaux de l'environnement urbain, à l'échelle du quartier, et leur mise en réseau avec les autres observatoires existants.

Différentes collectivités ont commencé à développer de tels observatoires, par exemple Lyon (observatoire sur la qualité de vie), Brest (réflexion croisée santé, environnement, urbanisme), etc.

- Développer des études (notamment des enquêtes de satisfaction) visant à prendre en compte la dimension « socio-environnementale » (perception de l'environnement, implication dans la vie de quartier et les processus décisionnels...). En effet, puisque la perception de la qualité de l'environnement diffère parfois des observations objectives obtenues par la métrologie, l'individu, au travers de son vécu et de son bien-être environnemental, donc de son cadre de vie (conditions sanitaires du logement, choix résidentiels, populations inactives ou « précarisées »...), constitue une entrée de plus en plus pertinente pour affiner les constats et nourrir une prise de décision territoriale (cf. exemples d'actions).

- Soutenir le développement des démarches territoriales de santé et renforcer la coordination à travers l'animation territoriale de santé.

Les approches territoriales de la santé relèvent de deux logiques : une logique descendante, issue des mécanismes de programmation et de planification régionales, en relais du national ; et une logique ascendante, fondée sur les dynamiques de santé inscrites dans les territoires et leurs projets, portés par les élus et propres à mobiliser les acteurs professionnels et associatifs, directement en contact avec la population.

Quelle que soit l'approche territoriale retenue, elle permet de mieux prendre en compte les besoins des populations, de développer la participation citoyenne, de mobiliser les élus, de favoriser l'inscription de ces actions dans un projet de développement global, de mobiliser des dispositifs en dehors du champ de la santé. Ainsi, en particulier au titre de la politique de la ville, les contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) permettent d'agir sur des détermi-

nants de la santé dépendant d'autres secteurs que le socio-sanitaire, de mieux coordonner les acteurs locaux, les institutions ou les associations, et de décloisonner les champs et dispositifs sociosanitaires.

- Utiliser les outils de coopération des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels de santé libéraux pour optimiser l'offre de soins dans les territoires déficitaires (contrats, groupements de coopération, établissements de territoire, maisons pluridisciplinaires de santé...).
- Intégrer les objectifs de réduction des inégalités dans les appels à projets dans le champ médico-social et de la prévention.
- Mieux intégrer les préoccupations de santé et d'environnement dans les politiques d'aménagement du territoire.

L'ARS aura notamment à affirmer le rôle partenarial de l'agence, en lien avec le préfet, auprès des collectivités et à les accompagner dans la définition et la mise en œuvre des politiques locales d'aménagement du territoire (chartes urbaines pour l'environnement, agendas 21, plans locaux santé-environnement, élaboration des documents d'urbanisme [cartes communales, plans locaux d'urbanisme – PLU], schémas de cohérence et d'organisation territoriale [Scot], contrats de projets État-région, directives territoriales d'aménagement et de développement durable prévues par la loi Grenelle 2) ou des nombreux plans thématiques impactant l'aménagement (plans de déplacements urbains – PDU), plans locaux de l'habitat (PLH), plans pour la qualité de l'air (PPA, PRQA), schémas d'aménagement et de gestion des eaux (Sage), Plan de prévention du bruit dans l'environnement, plans déchets... Les travaux méthodologiques menés par l'OMS sur la mise en place de plans locaux en santé environnementale ou l'Iclei⁶ sur les agendas 21 pourront appuyer ces réflexions (cf. « Repères bibliographiques », page 48).

L'ARS disposera d'un atout : celui d'un ancrage territorial fort, *via* ses délégations départementales. Le portage par l'ARS de messages de santé publique sera également un levier d'action important, au travers notamment des avis sanitaires que l'agence est amenée à rendre aux autorités compétentes dans le cadre de ses missions. L'ARS aura à sa disposition certains outils, par exemple l'avis sanitaire rendu sur les études d'impact des projets soumis à réglementations (études amenées à être développées et globalisées, avec par exemple les études dites « de zone »⁷), ou encore les évaluations environnementales, qui visent notamment à mieux intégrer les impacts environnementaux des politiques de planification, et où l'ARS a un rôle à jouer pour y inclure les enjeux sanitaires et la problématique de l'équité environnementale. Elle pourra également inciter au développement des aides compensatoires par les opérateurs.

6. Iclei : International Council for Local Environmental Initiatives.

7. Les études de zone consistent à faire une évaluation des risques sanitaires de façon globale sur une zone industrielle ou urbaine sur un territoire donné (zone industrielle ou urbaine), en prenant en compte les différentes sources de pollution.

PARTENAIRES

De nombreux partenaires interviennent sur les différentes problématiques concernées par le champ : État, collectivités, associations (environnement, consommateurs, patients...), Réseau français des villes-santé de l'OMS, villes PNNS, chambres consulaires (agriculture, industrie, métiers...), agences et établissements publics (INPES, Afsset, InVS, Agence de l'eau, Ademe, Ineris, laboratoires universitaires de recherche, Acsé...), professionnels de santé, de l'éducation, bureaux d'études, caisses d'assurance maladie, CAF, ordres, associations et opérateurs locaux... (cf. « Cartographie des missions des DRJSCS et des DD chargées de la cohésion sociale », page 175).

L'engagement des maires et des présidents d'intercommunalité sur les questions de santé publique est essentiel, car ils disposent de leviers importants *via* les politiques publiques d'aménagement du territoire.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

- Difficulté à obtenir des données à une échelle fine, pertinente pour la mise en place de démarches territoriales d'action.
- Difficulté à conduire des réflexions transversales intégrant les aspects sociaux, environnementaux, développement durable et aménagement du territoire.
- Difficulté à mesurer la qualité du cadre de vie.
- Les moyens d'action et le coût des interventions : par exemple, dans les DOM, au regard de l'ampleur du travail à mener en matière d'habitat insalubre, ou encore en Île-de-France, où une étude menée par l'Institut d'urbanisme de Paris (cf. exemples d'actions) estime que 2,7 millions de personnes aux ressources modestes vivent dans un environnement globalement déprécié. Cela pose également la question des responsabilités des acteurs en charge de l'implantation des équipements et du suivi du respect des normes environnementales.

INDICATEURS

Indicateurs relatifs aux ZUS (cf. partie diagnostic).

Voir aussi le *Guide méthodologique des tableaux de bord sociodémographiques des quartiers*⁸ (Délégation interministérielle à la ville).

Indicateurs relatifs au bien-être, à la qualité de vie et à la satisfaction des ménages par rapport au cadre de vie (littérature scientifique et opérationnelle/territoriale de plus en plus abondante sur le sujet), mais qui nécessitent la réalisation, à intervalles réguliers, d'enquêtes d'opinion.

8. Oger P., Bigot F.; Insee Centre; Délégation interministérielle à la ville. Orléans : Insee, 1995, 91 p.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

Creuser les écarts entre les régions.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D' ACTIONS

- Étude sur les inégalités sociales et environnementales en Île-de-France (Institut d'urbanisme de Paris-université Paris XII). L'étude comporte un volet cartographique, avec croisement, à l'échelle communale, de données environnementales et d'aménagement du territoire [ressources (espaces verts, plans d'eau...) et facteurs de handicap (bruit, pollution atmosphérique...)] et de données sociales (caractéristiques socio-économiques des ménages et parc de logements). Elle comporte également un volet enquête de satisfaction auprès des ménages, notamment pour identifier les facteurs déterminant la perception de l'environnement. À noter que cette étude est facilement duplicable dans d'autres régions (coût estimatif : de 60 000 à 70 000 euros, pour une durée d'étude de sept à dix mois environ). À noter aussi que des indicateurs d'impact sont susceptibles de décrire de manière complémentaire et tangible de telles inégalités environnementales, par exemple en se basant sur la valeur des logements (choix résidentiels des ménages), ou encore sur d'autres comportements (ex. : choix de consommation).
- Ateliers santé-ville. En France, certains ateliers santé-ville ont intégré un volet « habitat ». Par exemple, à Aubervilliers (Seine-Saint-Denis), une information sur le saturnisme est diffusée auprès des familles. Ces dispositifs sont à encourager, notamment pour que l'habitat soit intégré dans les diagnostics.
- Projets territoriaux de santé. Depuis 2003, des expérimentations d'animation territoriale de santé ont été mises en place dans certaines régions. Les expériences sont cofinancées par les promoteurs, l'État (Diact, puis Drass), l'Urcam, dans certains cas les conseils régionaux, les pays...
- Élaboration d'un plan local santé-environnement croisant les problématiques de santé, d'urbanisme et d'aménagement du territoire : communauté d'agglomération de Caen la mer.

REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- Lorach, J.M. Inégalités de santé et action territoriale : situation et perspectives offertes par les principes du développement durable. *Développement durable et territoires*, mars 2004.
- International Council for Local Environmental Initiatives. *The Local Agenda 21 Planning Guide. An Introduction to Sustainable Development Planning*. Plan national santé-environnement 2009-2013.
- Afsset. Fiche. *Enjeux et clés de lecture : inégalités et vulnérabilité* (2005) : <http://www.afsset.fr/>.

- Afsset. Actes du colloque « Inégalités environnementales et risques sanitaires » (2008) : http://www.afsset.fr/colloque-inegalites-environnementales/AFSSET_accueil_02.swf.
- Ifen. *Les inégalités environnementales* (2006) : http://www.ifen.fr/uploads/media/inegalites_ree2006.pdf.
- Inspection générale de l'environnement. Rapport « Les inégalités écologiques en milieu urbain » (2005) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000572/index.shtml>.
- OMS. *Développement viable et santé : concepts, principes et cadre d'action pour les villes européennes* (2000). Collection Développement viable et santé en Europe, n° 1.
- OMS. *Plan d'action des villes pour la santé et le développement durable* (2000). Collection Développement viable et santé en Europe, n° 2.
- ORS Nord-Pas-de-Calais. Rapport d'étude « Inégalités sociales d'exposition aux facteurs de risques environnementaux : l'exemple de l'implantation des sites industriels à risque ou polluants dans la région Nord-Pas-de-Calais » (2007) : <http://www.orsnpdc.org/etudes/148802.html>.
- ORS Nord-Pas-de-Calais. Rapport d'étude « Inégalités sociales d'exposition au NO₂ ambiant sur le territoire de Lille métropole communauté urbaine » (2007) : <http://www.orsnpdc.org/etudes/148793.html>.
- *Développement durable et territoires*, dossier 9 : Inégalités écologiques, inégalités sociales : <http://developpementdurable.revues.org/sommaire1849.html>.

STRATÉGIES

Environnement

ENJEUX

L'environnement joue un rôle majeur dans la génération d'inégalités de santé : nous ne sommes pas tous exposés de la même façon aux polluants de l'environnement, et nous ne sommes pas tous égaux face aux agressions de l'environnement, selon l'âge, l'état de santé...

Cette notion d'inégalités environnementales est indissociable des inégalités sociales, car celles-ci déterminent en particulier les parcours résidentiels ou professionnels des populations et leur capacité à agir pour améliorer leur cadre de vie. Parce qu'elles peuvent plus difficilement se soustraire à des conditions défavorables d'exposition, les populations défavorisées sont plus souvent exposées aux risques environnementaux, et elles cumulent fréquemment différentes sources d'expositions et de nuisances : habitation en zone bruyante, à proximité d'installations dangereuses, d'axes routiers importants, logement insalubre, pollution atmosphérique... En outre, les populations défavorisées bénéficient d'un accès moins bon à l'information et aux soins, et sont généralement en capacité moindre d'agir auprès des pouvoirs publics pour améliorer leur environnement.

La prise de conscience de ces enjeux par les pouvoirs publics est bien réelle, au niveau national et international. Et si l'accès à un environnement de qualité a longtemps été considéré comme un luxe, c'est désormais un droit constitutionnel : « *Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé* » (Charte de l'environnement, 2005). En outre, la réduction des inégalités environnementales représente l'axe fort du second Plan

national santé-environnement 2009-2013, qui doit être décliné au travers des plans régionaux santé-environnement (PRSE).

DIAGNOSTIC – CONSTATS

Les travaux du premier Plan national santé-environnement (PNSE) et sa déclinaison régionale ont conduit à clarifier le diagnostic initial en santé environnementale dans les régions et, de fait, à identifier certaines inégalités environnementales. Les connaissances restent malgré tout très insuffisantes. La méthodologie de description des inégalités environnementales s'appuie sur la démarche d'évaluation des risques, sur les outils de la géographie de la santé, mais nécessite également le rapprochement avec les sciences économiques et sociales.

■ Les données de santé : de nombreux travaux ont été ou sont encore développés sur les inégalités de santé (travaux des ORS en particulier). Ils montrent l'existence d'inégalités sociales et spatiales de santé, entre métropole et DOM, entre régions, et même à une échelle infrarégionale.

■ Le croisement avec les données d'expositions environnementales. Ces dernières années s'est développée progressivement la cartographie des expositions à divers facteurs de l'environnement (eau de consommation, baignades, bruit, pollution atmosphérique – cartographie en cours dans le cadre d'un projet national de recherche de l'Afsset et de l'Ifen et son projet « Air-proCHE »)... En 2008, la publication par la Fnors du rapport *Santé et environnement dans les régions de France* a constitué une première étape.

■ Le croisement avec les données sociales : la littérature scientifique disponible au niveau international suggère une forte dépendance entre les inégalités géographiques d'exposition et les inégalités sociales. Il existe cependant peu d'études locales sur ce sujet (*cf.* exemples d'actions). La composante sociale des inégalités environnementales a bien été prise en compte dans certains champs comme l'habitat insalubre ou la lutte contre le saturnisme; d'autres champs environnementaux ont moins intégré cette dimension.

L'étude Square, de la Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGUHC), a cherché par exemple à évaluer le parc de logements privés potentiellement indignes, en croisant le niveau de ressources des occupants avec l'état du logement, en s'appuyant sur l'hypothèse que, plus un logement est vétuste, plus il y a de risques que l'occupant soit modeste.

■ L'intégration de la dimension « socio-environnementale » : les études tendent à montrer l'importance des aspects socio-environnementaux. Par exemple, à exposition égale, les populations ayant les revenus les plus faibles peuvent se déclarer davantage gênées. Elles présentent une plus grande vulnérabilité à la fois socio-économique (n'ayant pas les moyens de déménager) et politique aux facteurs d'environnement et de santé (moins d'implication dans la vie de quartier, et dans les processus décisionnels, moins d'efficacité dans la défense de leurs intérêts environnementaux). Les ressentis négatifs s'affirment comme des variables structurantes de la vulnérabilité globale des territoires.

- Concernant l'environnement et le travail, près de 38 % des salariés déclarent être exposés à au moins un produit chimique (enquête Sumer, 2003), avec un lien très fort entre catégorie socioprofessionnelle et importance des niveaux d'exposition (cf. fiche « Santé et travail », page 111).

OBJECTIFS

Les objectifs doivent s'inscrire dans les quatre orientations du PNSE 2009-2013 : 1. Réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé (cancers, maladies cardio-vasculaires et respiratoires) ; 2. Protéger la santé et l'environnement des personnes vulnérables ; 3. Réduire les inégalités d'exposition géographiques ; 4. Préparer l'avenir.

Ces objectifs sont :

1. Mieux connaître et décrire ces inégalités géographiques et populationnelles.
L'ARS pourra pour cela s'appuyer sur les ORS et sur les systèmes d'information géographique. Il s'agit en particulier de croiser les différentes données (sanitaires, sociales, environnementales). L'approche institutionnelle traditionnelle de l'environnement (essentiellement physico-chimique) doit en effet évoluer pour intégrer les dimensions sociale et « socio-environnementale », notamment les différences de perception d'un même environnement par la population (par exemple par des enquêtes de satisfaction).
2. Réduire les situations de surexposition ou de multi-exposition, en particulier :
 - Dans le secteur professionnel ;
 - Dans les « points noirs » environnementaux, les zones aéroportuaires, les zones industrielles, les zones urbaines sensibles (ZUS)... induisant une surexposition (ou un cumul d'exposition et d'inégalités) de la population ;
 - Dans les DOM, en situation de cumul important d'inégalités notamment au niveau de la pollution des eaux et des sols, des risques naturels (séismes, volcanisme, cyclones, inondations...), du chômage...
3. Protéger les populations vulnérables, en particulier :
 - Les enfants, pour lesquels une exposition précoce (*in utero* ou dans les premiers âges de la vie) peut avoir des conséquences majeures en termes de handicap (troubles du développement), ou d'autres pathologies lourdes, chroniques ou à long terme (cancers). Sont particulièrement visées les substances chimiques (cancérogènes, reprotoxiques, neurotoxiques...).
 - Les populations défavorisées. Sont concernés, en particulier, la problématique du logement, l'accès à l'information et à l'éducation pour la santé, ainsi que la participation à la conduite de projets, à la construction de l'action. Compte tenu de son poids dans les dépenses des ménages, le logement crée des inégalités environnementales et sociales importantes. Elles concernent la pollution intérieure (matériaux de construction ou de décoration, appareils de chauffage et de production d'eau chaude, précarité énergétique induite par le

manque de moyens de chauffage...), mais aussi l'environnement autour du logement (proximité d'installations polluantes, bruit, qualité de vie/bien-être, accès à une eau et à un air de bonne qualité...).

THÈMES D'ACTIONS

Au niveau national, le PNSE prévoit un certain nombre d'actions concernant les inégalités environnementales. Au niveau régional, les actions et les priorités sont à définir au travers des actions dans les plans régionaux santé-environnement (PRSE), en lien avec les partenaires. Un certain nombre de stratégies d'action à mettre en place par les ARS peuvent néanmoins être proposées pour garantir une bonne prise en compte des inégalités environnementales.

- Affirmer le pilotage de l'ARS sur la thématique des inégalités environnementales : le rôle de l'ARS sera notamment de mieux faire connaître et mieux faire prendre en compte les inégalités environnementales dans les politiques publiques locales de santé ou d'environnement.
- Orienter les choix d'actions de réduction des inégalités environnementales : il s'agira de donner la priorité aux actions sur les inégalités les plus importantes, en termes d'exposition, de pathologies induites ou de vulnérabilités (groupes de populations, territoires...), dans le cadre des PRSE.
- Territorialiser les actions, en partenariat avec les collectivités et en lien avec les politiques d'aménagement du territoire (cf. fiche « Territoire », page 42). L'identification de zones prioritaires sur une région conduit à territorialiser un certain nombre d'actions. *Via* ses délégations, l'ARS disposera d'un ancrage territorial fort. Elle aura notamment à affirmer son rôle partenarial auprès des collectivités et à les accompagner dans la définition et la mise en œuvre des politiques d'aménagement du territoire, qui ont un impact très fort sur la production d'inégalités : concentration des sources de nuisances dans les territoires les plus défavorisés socialement, dégradation de l'habitat, difficultés d'accès aux équipements et services (cadre de vie). Dans ce contexte, le rapprochement avec la thématique du développement durable est nécessaire : chartes urbaines, agendas 21, plans locaux santé-environnement... Le portage par l'ARS de messages de santé publique sera un levier d'action important. Les travaux méthodologiques menés par l'OMS sur la mise en place de plans locaux en santé-environnement pourront appuyer ces réflexions (cf. repères bibliographiques).

OUTILS/CADRE

Le Plan national santé-environnement et sa déclinaison régionale en plans régionaux santé-environnement (PRSE), qui doivent, selon la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », être intégrés aux schémas régionaux de prévention.

PARTENAIRES

De nombreux partenaires interviennent sur les différentes problématiques concernées par le champ (eau, air, habitat, alimentation, risque industriel...) : État, collectivités, associations (environnement, consommateurs, patients), Réseau français des villes-santé de l'OMS, employeurs, salariés, chambres (agriculture, industrie, métiers...), agences et établissements publics (Afssa, Afsset, InVS, Agence de l'eau, Ademe, autorité de sûreté nucléaire, Ineris), laboratoires universitaires de recherche, professionnels de santé, de l'éducation, bureaux d'études...

Néanmoins, les atouts majeurs de l'ARS et sa légitimité vis-à-vis de la problématique des inégalités environnementales sont, d'une part, le cœur de cible de ses actions – la santé publique et la protection des populations – et, d'autre part, sa vision transversale de la santé environnementale, qu'elle est la seule à posséder.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

Le lien entre les inégalités d'exposition et leur impact sanitaire est difficile à démontrer. Les risques en santé-environnement ont un aspect chronique et multifactoriel : les effets se manifestent à long terme et résultent d'expositions à de « faibles doses » à de multiples polluants présents dans l'environnement. Par ailleurs, la cartographie des expositions ne suffit pas à évaluer les risques : il faut tenir compte des durées d'exposition, des modes de vie et d'habitat, des déplacements... Cela rend difficiles l'évaluation des expositions, la mesure des effets, l'évaluation des risques, et donc la communication vis-à-vis du public.

La transversalité du champ santé-environnement est encore peu intégrée par les partenaires : la plupart ont une vision parcellaire et monothématique de la problématique, soit côté santé, soit côté environnement. Par exemple, au sein des collectivités, santé et environnement sont souvent traités par deux services différents qui n'ont que peu de lien entre eux.

Les partages de compétences entre plusieurs structures (déchets, eau potable, assainissement, urbanisme...) rendent difficiles la réalisation de diagnostics territoriaux et le pilotage d'actions transversales.

Enfin, d'autres enjeux (économiques, voire de développement durable...) peuvent entrer en conflit avec les questions de santé-environnement (ex. : comment concilier la qualité de l'air intérieur et les économies d'énergie rendues nécessaires par la lutte contre le réchauffement climatique ?).

INDICATEURS

- Taux de mortalité par intoxication au CO (source : InVS-Inserm-CépiDc-Insee).
- Taux moyen annuel de nouveaux cas de saturnisme (source : SNESSI).

- Nombre moyen annuel de décès attribuables à la pollution atmosphérique pour 100 000 habitants (source : InVS).
 - Pourcentage de population desservie par une eau non conforme pour les paramètres microbiologiques, pour les pesticides, pour les nitrates (sources : DGS-Ddass/ARS, système d'information « SISE-Eaux »).
 - Moyennes annuelles en NO₂, PM₁₀, SO₂ dans les sites urbains (source : Ademe-BDQA/Atmo).
 - Nombre de sites et sols pollués (source : Basol).
- On peut aussi citer d'autres indicateurs de santé non spécifiques à santé-environnement, comme l'incidence des cancers, le nombre d'hospitalisations pour asthme (*cf.* partie état des lieux)...

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

Risque de stigmatiser des populations, des territoires (friches industrielles), des zones urbaines (proximité d'industries, grands axes routiers...).

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D'ACTIONS

EXEMPLES D'ÉTUDES LOCALES D'OBSERVATION

- Dans le Nord-Pas-de-Calais : plusieurs études (Ifen¹, ORS²) ont cherché à croiser des données environnementales (ex. : localisation des sites Seveso, des sites industriels à risque et des sols pollués, émissions de polluants atmosphériques) avec des données sociales (revenu fiscal des riverains ou indice de défaveur sociale³) (*cf.* repères bibliographiques).
- En Île-de-France, une étude de l'Institut d'urbanisme de Paris (université Paris XII) croise, à l'échelle communale, des données environnementales (espaces verts, plans d'eau, bruit, pollution atmosphérique...) et des données sociales (caractéristiques socio-économiques des ménages et parc de logements). Elle comporte également un volet enquête de satisfaction auprès des ménages, notamment pour identifier les facteurs déterminant la perception de l'environnement. À noter que cette étude est facilement duplicable dans d'autres régions.

Exemple d'action en matière de logement : en France, une dizaine d'ateliers santé-ville ont intégré un volet « habitat ». Par exemple, à Aubervilliers (Seine-Saint-Denis), une information sur le saturnisme est diffusée auprès

1. Ifen (Institut français de l'environnement), document de synthèse sur les inégalités environnementales (2006) : http://www.ifen.fr/uploads/media/inegalites_reez006.pdf.

2. Rapports d'étude : Inégalités sociales d'exposition aux facteurs de risques environnementaux : l'exemple de l'implantation des sites industriels à risque ou polluants dans la région Nord-Pas-de-Calais (2007) : <http://www.orsnpsc.org/etudes/148802.html> ; Inégalités sociales d'exposition au NO₂ ambiant sur le territoire de Lille métropole communauté urbaine (2007) : <http://www.orsnpsc.org/etudes/148793.html>.

3. Indice construit à partir du pourcentage de chômeurs dans la population active, du pourcentage de résidences principales occupées par plus d'une personne par pièce, du pourcentage de résidences principales dont le ménage occupant n'est pas propriétaire et du pourcentage de ménages sans voiture.

des familles. Ces dispositifs sont à encourager, notamment pour que l'habitat soit intégré dans les diagnostics.

Exemple d'action en matière de politique d'urbanisme et d'aménagement du territoire : plusieurs collectivités se sont lancées dans une déclinaison locale des plans régionaux santé-environnement (Caen la mer, Grenoble, Cherbourg). Un des principaux intérêts est d'essayer d'équilibrer développement économique et social et problématiques de santé-environnement, d'analyser les politiques locales actuelles et leur impact sur la santé.

Exemple d'action en matière d'accès à l'information pour les populations vulnérables : la Maison de la consommation et de l'environnement de Rennes a développé des actions d'information dans les maisons de quartier sur les risques liés aux produits chimiques d'entretien, de bricolage. L'action touchait majoritairement des familles à faible revenus, insistait surtout sur les alternatives concrètes et était illustrée par des travaux pratiques d'économie familiale.

AUTRES SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Plan national santé-environnement 2009-2013.
- Afsset. Fiche. *Enjeux et clés de lecture : Inégalités et vulnérabilité*, 2005 : <http://www.afsset.fr/>.
- Afsset. *Actes du colloque « Inégalités environnementales et risques sanitaires »*, 2008 : http://www.afsset.fr/colloque-inegalites-environnementales/AFSSET_accueil_02.swf.
- Inspection générale de l'environnement. Rapport. *Les inégalités écologiques en milieu urbain*, 2005 : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000572/index.shtml>.
- OMS. *Développement viable et santé : concepts, principes et cadre d'action pour les villes européennes*, 2000, collection Développement viable et santé en Europe, n° 1.
- OMS. *Plan d'action des villes pour la santé et le développement durable*, 2000, collection Développement viable et santé en Europe, n° 2.
- *Développement durable et territoires*, dossier 9 : Inégalités écologiques, inégalités sociales : <http://developpementdurable.revues.org/sommaire1849.html>.

STRATÉGIES

Petite enfance

On considérera que la petite enfance concerne les enfants de 0 à 6 ans. Une fiche thématique s'attache à la périnatalité (cf. « Périnatalité », page 101).

ENJEUX

La prise en compte des inégalités sociales de santé dès la petite enfance est un enjeu majeur pour lutter contre la production ou la reproduction des inégalités sociales de santé. En effet, les premières phases du développement et de l'éducation influencent la santé de l'individu tout au long de sa vie.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

Les données scientifiques confirment l'importance de la période de la petite enfance dans la construction des inégalités sociales de santé.

De nombreuses recherches britanniques sur de longues cohortes épidémiologiques ont mis en évidence que les conditions de vie dans l'enfance, notamment l'origine sociale, influencent l'état de santé à l'âge adulte¹. Une croissance insuffisante ou une carence affective pendant cette période augmentent

1. Marmot M., Wilkinson R. (dir.). *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, New York, 1999; Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*, 2002, 20 (4) : p. 72-128; Blane D. The life course, the social gradient and health. In : Marmot M. G., Wilkinson R. (dir.). *Social Determinants of Health*, Edition 2 [1999], Oxford University Press, 2006, p. 54-77.

le risque d'une santé physique déficiente et réduisent les capacités physiques, intellectuelles et affectives au cours de la vie adulte. C'est au cours des premières années que s'acquiert le capital biologique et humain qui détermine la santé de l'individu pendant toute sa vie².

Les données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (Éldeq) ont permis d'observer l'influence de la position sociale de la famille sur la santé des petits âgés de 5, 17 et 29 mois. Une position sociale défavorable est notamment associée à une probabilité plus élevée de séjourner à l'hôpital, d'avoir des infections des voies respiratoires, d'être perçu par sa mère comme n'étant pas en très bonne santé et de consulter un médecin généraliste. Néanmoins, l'influence de la position sociale sur la santé des jeunes enfants disparaît en présence de certains facteurs comme l'allaitement, le soutien des grands-parents, une mère en très bonne santé, la fréquentation d'une garderie³.

DES INÉGALITÉS QUI SE REPRODUISENT ENTRE GÉNÉRATIONS

Les résultats d'une étude réalisée par l'Irdes ont montré que la santé à l'âge adulte est influencée par le milieu social d'origine et l'état de santé des parents. Alors que la profession de la mère semble avoir un effet direct, bien que limité, sur l'état de santé du descendant, la profession du père a un impact indirect. La profession du père influence la profession du descendant, qui elle-même influence son état de santé. En outre, l'analyse a montré que l'éducation semble être à même d'amoindrir la transmission intergénérationnelle des inégalités de santé. En effet, le niveau d'études de l'individu peut limiter l'influence du milieu social et de l'état de santé des parents⁴.

DES INÉGALITÉS EXISTANTES, MAIS INSUFFISAMMENT DOCUMENTÉES ET POUR CERTAINES PATHOLOGIES SEULEMENT (PROBLÈMES DENTAIRES, ASTHME, SURPOIDS, OBÉSITÉ, EXPOSITION ENVIRONNEMENTALE)

Des différences apparaissent selon le lieu de scolarisation, qui est une manière indirecte d'appréhender le milieu social. Dans les zones ZUS ou ZEP (zones d'éducation prioritaire pour l'Éducation nationale), qui concentrent une forte présence de catégories socioprofessionnelles défavorisées, on note une plus forte prévalence :

- Des problèmes dentaires par rapport aux autres maladies, et des problèmes de vue. Les enfants des ménages les plus modestes sont moins nombreux à bénéficier d'un suivi en orthodontie (6 % *versus* 10 % des autres enfants),

2. Wilkinson R., Marmot M. (dir.). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, OMS, deuxième édition, 2004 ; Haut Comité de la santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, 1998.

3. Paquet G. *Partir du bas de l'échelle : Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*, Les Presses de l'université de Montréal, 2005, 152 p.

4. Irdes. Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents, *Questions d'économie de la santé*, n° 117, janvier 2007.

mais ils ont également plus de caries (6 % *versus* 2 %). La proportion d'enfants ayant au moins deux dents cariées non soignées est en moyenne bien plus forte dans les grandes sections d'écoles maternelles se situant en ZEP (19 %) que hors ZEP (8 %). Les enfants scolarisés en ZUS ont des problèmes de santé plus fréquents : troubles de la vue (21 % des élèves), et on observe qu'un enfant sur cinq a au moins deux dents cariées non soignées ;

- De l'asthme, qui est également plus fréquent pour les enfants des ménages à faibles revenus que dans le reste de la population (6 % *versus* 4 %) ;
- Du surpoids, de l'obésité : en zone ZEP, 17,3 % des enfants de 6 ans, *versus* 13,3 % dans les autres zones, présentent une surcharge pondérale. On retrouve des différences également dans les données sur les ZUS. Les enfants scolarisés en ZUS ont des problèmes plus fréquents : de surpoids (17 % des enfants), d'obésité (4,2 % des enfants). Dans l'enquête nationale menée auprès des enfants de CM2 (donc au-delà de 6 ans), on note que la profession du père est le facteur le plus discriminant : la fréquence du surpoids est près de deux fois plus élevée chez les enfants d'ouvriers (19,9 %) que chez les enfants de cadres (11,5 %). L'écart est encore plus important pour l'obésité : 7,3 % des enfants d'ouvriers non qualifiés sont obèses, *versus* 1,3 % des enfants de cadres.

Les enfants sont une population particulièrement vulnérable à certaines expositions environnementales (par exemple, le saturnisme) du fait de la maturation incomplète de certains organes, ou du fait de leur « cadre de vie » (tabac, accidents domestiques...).

UN RECOURS MOINS FRÉQUENT AUX SOINS ET MOINS DE SOINS SPÉCIALISÉS

Les enfants semblent également touchés par ce constat, qui est fait pour les populations défavorisées. Mais, là encore, les données Insee ne permettent pas un constat spécifique aux 0-6 ans, car les données concernent les 0-24 ans. L'écart entre la part d'individus les plus pauvres n'ayant pas consulté de médecin au cours des douze derniers mois et celle des membres des autres ménages est plus important chez les enfants. Les enfants des ménages à bas revenus sont ainsi plus nombreux à n'avoir pas consulté de médecin généraliste au cours de l'année précédente (20 % *versus* 16 %). La différence est encore plus grande pour les médecins spécialistes, auxquels 58 % des enfants de ménages modestes n'ont pas eu recours durant des douze derniers mois, *versus* 41 % des autres enfants⁵.

DES INÉGALITÉS EXISTANT DANS LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR, COGNITIF ET LANGAGIER

Les troubles et les difficultés de maîtrise du langage sont plus fréquents pour les enfants scolarisés dans les grandes sections de maternelle en ZUS. Près

5. Saint Pol T. (de). La santé des plus pauvres, *Insee Première*, n° 1161, 2007.

du cinquième des enfants scolarisés en ZUS (19 %) ont des difficultés d'élocution, soit 6 points de plus que dans les autres établissements. Plus de 14 % des élèves en ZUS ont des difficultés à produire des phrases spontanées grammaticalement correctes, soit une fréquence bien supérieure (plus de deux fois) à celle constatée dans les autres classes de grandes maternelles. Ils sont également plus nombreux à ne pas utiliser spontanément des phrases longues ou de construction complexe. Ces difficultés sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

Dans le domaine de la petite enfance, la principale idée reçue serait que les enfants sont égaux devant la santé.

OBJECTIFS

- Établir un diagnostic de l'état de santé et des inégalités sociales de santé pour les 0-6 ans de la région.
- Assurer l'accès des enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité aux dispositifs de droit commun pour la prévention et le dépistage.
- Assurer la prise en compte de la situation des enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité dans les actions soutenues et/ou mises en place par l'ARS.
- Structurer la mise en place de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour assurer un accompagnement individualisé et de proximité des enfants et de leurs familles.
- Favoriser le développement du potentiel santé des enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité, par le renforcement des facteurs de protection⁶ et des compétences psychosociales⁷.
- Assurer la formation des professionnels (santé, social et éducatif).
- Mettre en place la commission de coordination des politiques publiques compétentes dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI.

6. Définis comme « facteurs de protection pouvant dissiper l'influence de la position sociale sur la santé des jeunes enfants ». Paquet G. *Partir du bas de l'échelle*. Montréal, Les Presses de l'université de Montréal, 2005, p. 79.

7. Qui « sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé », OMS, 1993.

Ces compétences sont au nombre de dix et présentées par deux : savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions ; avoir une pensée créative, avoir une pensée critique ; savoir communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles ; avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres ; savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions.

ACTIONS

- Rassembler les données et/ou mettre en place un recueil de données sur l'état de santé des enfants de 0 à 6 ans dans la région.

- Faciliter la participation aux examens de suivi et de dépistage.

Favoriser la coordination avec les CAF, les PMI et la santé scolaire, afin d'éviter que des enfants en situation de vulnérabilité sociale ne bénéficient pas du suivi médical et social de droit commun mis en place pour les 0-6 ans (consultations, dont celles obligatoires, et dépistage scolaire). Simplifier les démarches administratives et la transmission des informations, trop souvent sur supports écrits confiés aux familles.

- Inscrire un axe « petite enfance » dans la politique régionale de santé.

Dans les thématiques prioritaires pour la région et en fonction du diagnostic initial, avoir un axe petite enfance dans le plan régional de santé et les projets locaux de santé, en s'appuyant sur les commissions de coordination avec les collectivités territoriales, comme par exemple dans le schéma départemental de l'enfance et de la famille et dans le volet santé des Cucs dont l'ARS est signataire, ainsi que dans les ASV de l'Acse.

- Faire travailler ensemble les professionnels du social, de la santé et de l'éducation.

Disposer d'une cartographie des structures, associations, dispositifs existant dans la région (par département).

Cette structuration (nécessaire à une approche globale des besoins de l'enfant qui intègre les aspects éducatifs, sanitaires – avec continuité dans le temps du suivi médical préventif et curatif de l'enfant – et sociaux), impose des partenariats ou des conventions avec les collectivités territoriales notamment le département et la commune qui ont compétence sur de nombreux secteurs de la petite enfance et les autres partenaires.

- Soutenir et/ou impulser la mise en place d'actions qui favorisent l'acquisition de facteurs de protection et de compétences psychosociales.

- Faciliter l'allaitement maternel : activités de conseil en matière d'allaitement maternel. Le développement de l'allaitement maternel nécessite une politique régionale volontariste forte d'information, de sensibilisation auprès des futurs parents, mais aussi de mobilisation et de formation des professionnels de santé tant hospitaliers que libéraux.

- Développer et renforcer le « lien d'attachement » parents-enfants ; ainsi que le soutien à la parentalité par la structuration de programmes d'éducation parents-enfants. L'implantation de ce type de programme se fait en milieu collectif d'accueil et/ou lors de visites à domicile pour des parties plus individualisées.

- Développer les programmes d'intervention précoce pour les enfants et leur famille vivant dans un contexte de vulnérabilité (agir sur le développement moteur, langagier, cognitif et social), dont l'implantation se fait en milieu collectif d'accueil et/ou avec des interventions à domicile pour des parties plus individualisées.

- Assurer la mise en place d'activités pérennes en éducation pour la santé

adaptées dès la naissance (PMI, crèches, Aide sociale à l'enfance –ASE), ainsi qu'en maternelle et dans les programmes de réussite éducative, en coordination avec les collectivités territoriales et l'Éducation nationale.

- Soutenir le développement de l'offre de formation des professionnels (santé, social et éducatif) et les échanges de pratiques sur la prise en charge de la petite enfance.

Développer les échanges entre les professionnels et les institutions intervenantes : PMI, ASE, Éducation nationale, libéraux, CMP, CAMPS...

- Agir sur les expositions environnementales dans le cadre des PRSE.

PARTENAIRES

- Collectivités territoriales (département et communes) pour la PMI et l'Aide sociale à l'enfance.

- Professionnels de santé libéraux et centres hospitaliers (exemple : médecins généralistes, pédiatres hospitaliers et libéraux, infirmières, sages femmes, puéricultrices, pédopsychiatres...)

- Professionnels du social et du médico-social (psychologues, assistants de service social, éducateurs jeunes enfants, conseillères en éducation sociale et familiale, techniciennes de l'intervention sociale et familiale).

- Éducation nationale et santé scolaire.

- Mutualité sociale agricole (prestations maladie et famille).

- Caisse d'allocations familiales.

- Associations de prévention et d'éducation pour la santé.

- Réseau d'écoute et d'appui à la parentalité (REAAP), point info famille...

- Centres de diagnostic des troubles des apprentissages scolaires.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

Le manque de places en garde collective pour la petite enfance.

INDICATEURS

Pour chaque indicateur de l'état de santé, il est attendu d'avoir les données en fonction des catégories socioprofessionnelles des parents :

- Taux de couverture vaccinale des enfants.

- Taux de participation aux examens des dispositifs de droit commun.

- Indicateurs de surpoids et d'obésité.

- Indicateurs de santé bucco-dentaire (nombre de caries...).

- Taux de satisfaction des demandes de places en garde collective.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D'ACTIONS

SOURCES D'INFORMATION POSSIBLES

- <http://www.observatoiredeleenfance.org> (Observatoire national de la petite enfance).
- <http://www.point-infofamille.fr/>.
- <http://www.interventions-precoces.sante.gouv.fr/>.
- Les données de la Drees, de l'Inserm, de l'Insee, de l'Irdes, de l'ORS, de la PMI et de la santé scolaire.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- HCSP. *Santé des jeunes, santé des enfants*, Paris : 1997.
- Rapport Sommelet. *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*, 2006.
- Paquet G. *Partir du bas de l'échelle*, Montréal, Les Presses de l'université de Montréal. 2005, 152 p.

EXEMPLES D'ACTIONS

Actions sur le site : <http://www.interventions-precoces.sante.gouv.fr/>.

CAPEDP : ce programme CAPEDP, financé dans le cadre des appels à projets de recherche INPES/Iresp, est actuellement en cours de réalisation. Le programme vise des jeunes mères à risque et propose des visites à domicile de la grossesse aux 2 ans de l'enfant. Il est évalué à l'aide d'un protocole expérimental (ECR).

Programmes canadiens : Naître égaux – Grandir en santé (NEGS); le programme Fluppy, axé plus particulièrement sur le développement des habiletés sociales des enfants de maternelle et de première année; Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP), qui s'adresse aux mères de moins de 20 ans et à leurs enfants.

Stratégies thématiques

La réduction des inégalités sociales de santé au niveau régional passe aussi par des stratégies plus thématiques, qui font l'objet ci-après de fiches détaillées, qu'elles concernent des logiques d'action par problème de santé ou par public.

THÉMATIQUE

Accès à la prévention et aux soins

ENJEUX

L'accès à la prévention et aux soins fait partie des déterminants sociaux de la santé. Si le niveau de leur contribution dans l'amélioration de la santé de la population est discuté, il n'en reste pas moins que l'accès à la prévention et aux soins pour tous est une mesure d'équité sociale¹. La France a la particularité d'avoir l'un des meilleurs systèmes de santé au monde et un taux élevé de mortalité prématurée évitable, notamment pour les hommes. Les écarts de mortalité enregistrés sont en Europe parmi les plus importants entre catégories socioprofessionnelles : les ouvriers ont une espérance de vie plus courte et un nombre d'années en incapacité plus important². Aujourd'hui, l'accroissement de la participation financière des ménages, les franchises médicales, les difficultés d'accès au secteur conventionné ¹, c'est-à-dire sans dépassement des tarifs de l'Assurance maladie, aggravent dans certaines régions les inégalités d'accès aux soins³. L'accès aux trois types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) joue également un rôle déterminant dans la réduction des inégalités sociales de santé.

1. *La Santé de l'homme*, n° 397, sept.-oct. 2008, « Comment réduire les inégalités sociales de santé ».

2. Ined. *Population et Sociétés*, n° 441, janvier 2008.

3. Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kamininski M., Lang T. (dir.). *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm, 2000 : p. 204.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

Dans le système de protection sociale français, l'Assurance maladie, complétée par des dispositifs particuliers pour les plus pauvres, doit permettre un accès généralisé aux soins. Les études disponibles font apparaître un lien étroit entre, d'une part, revenu et couverture sociale et, d'autre part, couverture complémentaire et consommation de soins.

■ Les plus pauvres ont moins accès aux soins spécialisés, aux soins dentaires et d'optique⁴, mais plus fréquemment recours aux soins hospitaliers et infirmiers⁵. Par ailleurs, ce sont les personnes vivant dans des ménages d'ouvriers non qualifiés et d'agriculteurs qui recourent le moins aux spécialistes et aux dentistes.

■ Les travaux de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et de la Drees montrent que, si les bénéficiaires de la CMU et de la CMU-C ont des dépenses de santé plus élevées que les autres bénéficiaires de l'Assurance maladie, c'est leur moins bon état de santé qui en est responsable. En effet, les études menées dans le cadre de l'enquête Santé et protection sociale en 2006 par l'Irdes confirment que l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C est moins bon que celui du reste de la population du même âge⁶.

Les migrants en situation irrégulière ont des difficultés d'accès effectif au système de soins ou aux différentes formes de protection sociale, malgré le dispositif de l'Aide médicale d'État (AME) et la prise en charge des soins urgents.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

Les inégalités de santé seraient, pour l'essentiel, dues au système de soins et à son accès différencié.

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL

Garantir l'accès effectif à la prévention et aux soins sur l'ensemble du territoire en facilitant le recours au droit commun des personnes vulnérables, comme pour tout usager du système de santé.

4. En 2006, ces renoncements ont concerné près d'un tiers des allocataires ou ex-allocataires de l'API et du RMI et 45 % des allocataires ou ex-allocataires de l'allocation de solidarité spécifique. Ils portent principalement sur les prothèses dentaires (16 à 26 %), les soins dentaires (15 à 21 %), ainsi que l'optique (15 à 27 %) et, dans une moindre mesure, les soins de spécialistes (10 à 16 %) ou de généralistes (4 à 6 %) (Boisguérin B. *Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins*, Drees, *Études et résultats*, n° 603, octobre 2007).

5. Bocognano A., Dumesnil S., Frérot L., Le Fur P., Sermet C. Santé, soins et protection sociale en 1998, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 24, 1999 (12).

6. Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMU-C en 2006 ? Drees, n° 675, janvier 2008.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Améliorer le repérage et la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité ou d'exclusion ;
- Proposer des actions adaptées aux besoins de la population : par exemple, la mise à disposition de moyens de transport collectifs pour inciter les femmes du milieu rural à participer au dépistage organisé du cancer du sein, ou encore la traduction des messages dans différentes langues ;
- Réduire les déséquilibres territoriaux en matière d'offre de soins en améliorant l'accessibilité des services de soins ;
- Intégrer le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) dans la nouvelle planification régionale.

ACTIONS

- Développer l'information et l'accessibilité aux permanences d'accès aux soins de santé (Pass).
- Diffuser une information accessible et adaptée à chaque groupe de population.
- Inciter le public à entrer dans les dispositifs de dépistage organisé des cancers (par exemple, dépistage du cancer du sein et du côlon).
- Rendre systématique la prise en compte des inégalités sociales dans toute action de prévention et d'éducation à la santé.
- Lutter contre les discriminations d'accès aux soins : traitement des plaintes, soutien aux associations...
- Soutenir les actions d'interprétariat et de médiation.

OUTILS/CADRE

La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a prévu un outil essentiel pour faire reculer les inégalités en matière de santé : le Praps (programme régional d'accès à la prévention et aux soins).

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique place la lutte contre les inégalités de santé au cœur des politiques de santé. L'article L. 1411-1-1 du Code de la santé publique précise que « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ». En outre, l'article L. 1411-18 précise que « les programmes mis en œuvre par l'État, les groupements régionaux de santé publique, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie doivent prendre en compte les difficultés particulières des personnes les plus démunies et des personnes les plus vulnérables ». Enfin, l'article L. 1411-11 prévoit que chaque plan régional de santé publique doit comporter un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région, et notamment un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

PARTENAIRES

- Établissements et professionnels de santé, conseils de l'ordre.
- Éducation nationale, Assurance maladie, collectivités locales.
- Associations.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

- Inégalités de répartition des professionnels de santé dans certains territoires et baisse de la démographie médicale.
- Annualité des subventions mise en place dans les multiples appels à projets (PRSP/Praps, PNNS, PDI, CPAM et autres).
- Difficulté de mobiliser les acteurs de soins locaux, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux.
- Difficulté d'évaluer l'impact des actions qui tentent d'agir soit sur les comportements, soit sur les déterminants de la santé dans un contexte multifactoriel.

INDICATEURS

DENSITÉ DE L'OFFRE DE PRÉVENTION ET DE SOINS

- Nombre de professionnels de santé (médecins généralistes, cardiologues, pédiatres, radiologues, gynécologues, ophtalmologues, psychiatres) pour 100 000 habitants ;
- Distance d'accès à certains professionnels ;
- Offre hospitalière : taux d'équipement hospitalier ;
- Offre libérale : nombre de praticiens libéraux, densité des pharmacies, densité des laboratoires de biologie et d'analyse médicale.

POUR LES ACTIONS DE PRÉVENTION, PART DE LA POPULATION CIBLE PARTICIPANT AUX DIFFÉRENTES CAMPAGNES :

- De vaccinations (taux de vaccination contre la grippe des personnes de 65 ans et plus, couverture vaccinale ROR) ;
- De dépistage organisé des cancers (nombre et part de la population des femmes de 50 à 74 ans ayant eu au moins une mammographie de dépistage au cours des dernières années, taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal) ;
- De prévention dentaire dans le cadre du dispositif conventionnel bucco-dentaire (M^oT dents)...

CONSOMMATION DES SOINS

- Indice comparatif de recours à un médecin généraliste libéral, à un spécialiste (source Cnamts) ;
- Consommations pharmaceutiques.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

Une trop grande focalisation sur l'accès aux soins peut se faire au détriment d'autres interventions plus contributives au maintien de l'état de santé.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D'ACTIONS

- La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.
- La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- La circulaire n° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps).
- La circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/SDIA/2006/383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé-ville.
- Les plans régionaux de santé publique.
- Les programmes nationaux de prévention des régimes d'assurance maladie.

THÉMATIQUE

Accidentologie

ENJEUX

Les accidents constituent des événements particulièrement fréquents, de gravité variable, et susceptibles de se produire dans diverses circonstances de la vie : vie courante, loisirs, travail, circulation... La part des décès accidentels dans la mortalité globale (toutes causes confondues) représente 10,4 % (11 397) des décès « prématurés » survenus avant 65 ans, et 5,4 % (28 571) des décès tous âges confondus (France métropolitaine, année 2000).

Les accidents peuvent être classés en trois catégories :

- Les accidents de la vie courante (AcVC) : ils sont définis comme des traumatismes non intentionnels, qui ne sont ni des accidents de la circulation ni des accidents du travail. Les AcVC comprennent les accidents domestiques, de sport, scolaires et de loisirs.
- Les accidents du travail : ils sont définis par le Code de la Sécurité sociale, art. L. 411-1.
- Les accidents de la circulation : sous ce terme, on regroupe tous les accidents survenus sur une voie publique, y compris durant les trajets domicile/travail ou les trajets scolaires. Les conducteurs, les passagers de véhicules, comme les piétons, cyclistes et autres utilisateurs de la voie publique, peuvent être concernés par ce type d'accidents.

RETENTISSEMENT DES ACCIDENTS

Les AcVC ont été responsables de près de 19 000 décès par an, en 2004, soit 3,6 % des causes de décès, et d'une morbidité estimée, en l'absence de recueil

spécifique, entre 3,2 millions (enquête Cnamts 1987/95) et 8,4 millions (enquête Santé, Insee, 1991) d'accidents par an. Les chutes et les suffocations sont les principales causes de décès (71 %). Les enfants et les personnes âgées sont les plus touchés.

Les accidents du travail recensés en 2006 s'élèvent à 700 772, et 46 596 d'entre eux ont donné lieu à une incapacité permanente (source INRS).

Les accidents de la circulation sont la première cause de mortalité chez les 15-24 ans.

Les accidents, toutes causes confondues, sont sources de déficiences et de handicaps. Ainsi, les déficiences d'origine accidentelle sont déclarées par près de 7 % de la population vivant à domicile et par 13 % des personnes résidant en institution (soit globalement près de 3,8 millions de personnes).

UN ENJEU ÉCONOMIQUE IMPORTANT

Selon le Baromètre santé 2004, 13 % des personnes âgées de 12 à 75 ans ont déclaré avoir été victimes d'au moins un accident ayant entraîné un recours aux soins (consultation médicale ou hospitalisation) au cours des douze mois précédant l'enquête.

Une approche économique des accidents de la vie courante effectuée par la Cnamts en 1997 a recensé, sur une période de quatre mois, 1760 AcVC, soit 9,2 accidents pour 100 personnes par an. Le coût immédiat et moyen d'un accident ayant nécessité un recours aux soins était de 331 euros. Les accidents de loisirs étaient les plus coûteux (494 euros), alors que les accidents scolaires, généralement bénins, présentaient un coût relativement faible (97 euros). Le coût des accidents augmentait sensiblement avec l'âge : de 127 euros en moyenne chez les 0-10 ans à 633 euros chez les 60 ans et plus. Cette particularité s'expliquait par la place de l'hospitalisation : pour 15 euros dépensés dans ce secteur par tranche d'âge, 9 euros l'avaient été en hospitalisation chez les 0-9 ans, *versus* 12 euros chez les plus de 60 ans. De plus, les lésions graves, qui avaient généré 92 % de l'ensemble des dépenses, étaient plus fréquentes au-delà de 60 ans. Les fractures avaient un coût moyen élevé (992 euros) et représentaient 57 % du coût total.

DIAGNOSTIC - CONSTATS

LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

Les inégalités sociales dans ce domaine sont particulièrement complexes. En effet, les situations sont très diversifiées (accidents domestiques, scolaires, au domicile, sportifs...) et concernent tous les âges de la vie. Par ailleurs, assez peu de données ou d'études portent sur les déterminants sociologiques. Malgré cela, il est possible de dégager les points suivants.

Plusieurs articles ont mis en évidence un lien entre des caractéristiques socio-économiques défavorables et l'incidence de la mortalité causée par

un AcVC, tous types confondus. En revanche, ce lien est beaucoup moins marqué lorsqu'il s'agit d'AcVC non mortels. En effet, l'intensité et le sens des associations entre caractéristiques socio-économiques et risque de survenue d'un AcVC semblent différer selon le type et la gravité de l'AcVC. Ainsi, la survenue d'un accident de sport et loisirs est très fortement liée aux caractéristiques socio-économiques des individus, ou du chef de famille pour les jeunes de moins de 25 ans. Elle est moins fréquente dans les milieux modestes. Le risque d'AcVC avec hospitalisation est plus élevé chez les adultes d'un niveau social modeste¹.

Il existe des affections pour lesquelles l'environnement socio-économique est reconnu comme directement « responsable ». C'est notamment le cas des accidents liés à l'habitat vétuste caractéristique des zones urbaines pauvres tels que les intoxications par le CO (défaut d'entretien des appareils, chauffages d'appoint).

Chez l'enfant, la pathologie accidentelle a une relation forte avec l'environnement social. Ainsi, les logements pauvres sont sources de brûlure par baignoire d'eau chaude (habitation sans eau chaude courante), défenestration, intoxication par le CO, incendie... Plusieurs publications européennes récentes font état d'une surmortalité des enfants de classes défavorisées, laquelle s'exprime principalement par les accidents. Ces logements dégradés sont sources d'accidents pour les jeunes enfants². Nous pouvons citer la situation des enfants appartenant à des milieux socioprofessionnels défavorisés, notamment les familles d'origine migrante, qui sont plus fréquemment victimes de défenestrations accidentelles.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

(cf. fiche santé et travail).

LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

En 2007, les accidents de la circulation routière ont été à l'origine de 4 938 tués et de 106 709 blessés en métropole et dans les DOM³.

Chez les jeunes, en France, les 15-17 ans⁴ représentent 4 % de la population française, et 5 % des tués sur la route. Sur l'ensemble des adolescents tués, un sur deux l'est en tant qu'usager de cyclomoteur et un sur deux comme usager de voiture de tourisme. Les 18 à 24 ans⁵ représentent pour leur part 9 % de la population française, mais 23 % des tués sur la route. En 2005, 65 % des tués l'ont été en tant qu'usagers de véhicules de tourisme et 28 % en tant qu'usagers de deux-roues à moteur. 60 % des 18-24 ans tués en France l'ont été dans un accident de nuit.

1. InVS. *Les accidents de la vie courante en France métropolitaine*. Enquête santé et protection sociale 2004.

2. Promotion 2002-2004 « Léopold Sedar Senghor », séminaire « Les politiques de santé », juillet 2003.

3. Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière.

4. Adolescents – Grands thèmes de la sécurité routière, Onisr, février 2007.

5. Jeunes adultes – Grands thèmes de la sécurité routière, Onisr, février 2007.

Il existe peu de chiffres qui permettent de connaître l'origine ou la situation sociale des victimes d'accidents. Les quelques travaux sur ce sujet montrent que la proportion de blessés graves varie de 1 à 3 entre cadres et ouvriers, sans préciser les conditions de survenue des accidents. Les données de 1998 à 2005 dans trois départements français montrent une sur-représentation des ouvriers et une sous-représentation des cadres parmi les victimes d'accidents mortels. Il subsiste également un excès d'enfants de pères ouvriers ou sans activité parmi les enfants accidentés⁶.

Ces chiffres suggèrent une inégalité entre différents groupes sociaux, et divers mécanismes sont évoqués pour expliquer ces constats, risques liés aux infrastructures, existence ou non de transports en commun, densité du trafic, distance à parcourir...

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

Les accidents se distribuent de façon aléatoire entre les différents groupes sociaux.

OBJECTIFS

Plusieurs objectifs chiffrés figurent dans la loi de santé publique :

- Objectif 23 : réduire de 30 % la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone (CO).
- Objectif 99 : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008.
- Objectif 93, traumatismes non intentionnels dans l'enfance : réduire de 50 % la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008.
- Objectif 94 : concerne directement le domaine de la sécurité routière. Il entend « *réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008* ».

Prévenir les accidents peut s'envisager selon deux axes complémentaires :

- prévenir l'événement en tant que tel, c'est-à-dire éviter qu'il survienne ;
- prévenir les conséquences de cet événement, à savoir éviter les blessures et amoindrir leur gravité.

6. Chiron M. *Conséquences des accidents de la circulation chez les enfants : suivi d'enfant scolarisés en école primaire*, rapport Umrette n° 2002, Inrets, Lyon.

ACTIONS

Les mesures prioritaires sont à développer vers les enfants, adolescents et jeunes adultes :

- Veiller à permettre l'accès de ces populations aux informations et mesures de prévention des accidents domestiques, notamment en développant des actions locales telles que des visites effectuées au domicile des jeunes parents, lorsqu'ils le souhaitent, en organisant des réunions de prévention au sein des établissements scolaires, des maisons de la petite enfance, dans les centres de loisirs associatifs ou municipaux.
- Mobiliser des médiateurs en santé et les associations de quartier pour informer et évaluer les risques d'AcVC.
- Mobiliser les moyens d'investigation qui permettent d'identifier et d'agir sur les conditions de vie insalubres ou les logements inadaptés, notamment pour les personnes âgées vulnérables.
- Soutenir les opérations de rénovation urbaine en tenant compte de la prévention des risques d'accident.

PARTENAIRES

Agence nationale pour la rénovation urbaine (Anru), associations de victimes, Assurance maladie, Macif, Sécurité routière, etc.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

- La population a une perception des risques liés aux accidents de la vie courante souvent en décalage avec la réalité épidémiologique (le risque est sous-estimé par la population).
- Multiplicité d'acteurs à mobiliser pour agir sur les différents facteurs locaux impliqués dans les accidents de la vie courante et de la circulation.
- La sécurité routière est quasiment considérée comme une affaire de comportement individuel, occultant la dimension sociale qui peut y être associée.

INDICATEURS

- Mortalité par CO.
- Mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans.
- Nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation.
- Nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

Le fait de s’immiscer dans l’espace domestique, l’habitat des personnes peut être vécu comme une intrusion dans la vie privée et, en retour, provoquer le rejet.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D’ACTIONS

- Assurance maladie, Éducation nationale, structures déconcentrées du ministère, collectivités territoriales, Acse, professionnels de santé, réseaux des Cres et Codes, associations, PMI.
- Bibliographie
- Plan national santé-environnement (PNSE) 2004-2008 : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pnse/rapport.pdf>.
- Plan national « Bien vieillir » 2007-2009.
- *Livre blanc des accidents de la vie courante* : <http://www.stopauxaccidentsquotidiens.fr/>.
- Thélot B. (dir.). Les accidents de la vie courante, *BEH*, 2004 : n° 19-20.
- Épidémiologie et prévention des chutes chez les personnes âgées, numéro thématique, Institut de veille sanitaire, *BEH*, 2007, n° 37-38.
- Institut de prévention des accidents domestiques : <http://www.ipad.asso.fr/>.
- *La surveillance épidémiologique des accidents de la circulation. Axes stratégiques de développement*. Institut de veille sanitaire, 2005 : 48 p.
- Dalichampt M., Thélot B. *Les accidents de la vie courante en France métropolitaine. Enquête santé et protection sociale 2004*, Institut de veille sanitaire, 2008 : 49 p.
- Amoros E., Martin J.-L., Laumon B. Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004, *BEH*, 2008, n° 19.
- Ermanel C., Thélot B., Jouglu E., Pavillon G. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2002, *BEH*, 2006, n° 42.
- Thélot B., Meyer P. (dir.). *Les chutes accidentelles de grande hauteur d’enfants en Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d’Azur. 15 mars-15 octobre 2006*, AP-HP, InVS, 2007, 11 : 32 p.
- Bellamy V., Peretti de C. Les déficiences motrices d’origine accidentelle... et le milieu social, *Études et Résultats*, Drees, 2005, 417 : 12 p.
- Réseau Epac, *Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Résultats 2004*, Institut de veille sanitaire, 2006 : 9 p.

THÉMATIQUE

Activités physiques

ENJEUX

L'activité physique ou sportive est un déterminant majeur de l'état de santé des individus et des populations à tous les âges de la vie. La pratique régulière diminue la mortalité, augmente la qualité de vie et prévient et participe à la prise en charge thérapeutique des principales pathologies chroniques (cancer, maladies cardio-vasculaires, diabète, ostéoporose et maladies ostéoarticulaires). De nombreuses données indiquent que la sédentarité a le même impact sur le risque cardio-vasculaire du futur adulte que la consommation de tabac ou l'hypercholestérolémie.

La généralisation d'un comportement de type sédentaire est préoccupante et explique en partie l'augmentation de l'obésité observée chez l'enfant et l'adolescent. En France, 40 % des adolescents ne pratiquent pas d'activité physique en dehors des cours d'éducation physique et sportive obligatoires à l'école, et on estime que 15 à 20 % d'entre eux présentent un excès de poids.

L'activité physique dans un cadre collectif est un facteur d'intégration et de maintien des liens sociaux.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

Il existe une corrélation entre la situation socio-économique et le niveau d'activité. Des enquêtes ont démontré que les adultes et les enfants de condition socio-économique modeste sont généralement moins actifs et plus séden-

taires que ceux des milieux aisés. La mécanisation de nombreuses tâches ayant entraîné une homogénéisation générale de l'activité physique liée au travail dans tous les groupes sociaux, il est probable que les différences de types d'activité physique liées à la situation socio-économique proviennent de différences liées aux loisirs. On observe également que les familles modestes pratiquent moins de sports récréatifs : elles ont moins accès à des équipements, programmes et activités favorisant un mode de vie actif ; elles ont, en général, un niveau d'éducation moins élevé, sont moins conscientes des bienfaits de l'activité physique et ont vis-à-vis de cette dernière une attitude moins positive.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

« L'activité physique, c'est d'abord le sport » : en fait, de nombreuses études montrent tout le bénéfice à effectuer de façon régulière une activité de mobilité douce, autrement dit mobilité à force humaine (marche à pied, vélo). Trente minutes de marche rapide par jour est un objectif atteignable et efficace.

OBJECTIFS

Rendre les actions de promotion de l'activité physique plus efficaces en agissant sur trois niveaux.

- Au niveau individuel : modifier, actualiser ou ajuster les connaissances, les conceptions, les attitudes et la motivation vis-à-vis de l'activité physique (sa mise en œuvre, mais aussi ses représentations, sa valeur), et faciliter l'acquisition des compétences et le maintien des changements comportementaux à long terme.
- Au niveau de l'environnement social : développer une culture commune de promotion de l'activité physique et agir avec les personnes intervenant dans l'environnement proche des concernés (familles, enseignants, éducateurs, élus) pour favoriser et soutenir les modifications des comportements.
- Au niveau de l'environnement organisationnel et structurel : permettre aux jeunes d'accéder à des activités physiques variées, attrayantes et sécurisées (en termes organisationnel ou d'équipements) en fournissant les conditions matérielles et institutionnelles de pratique.

Afin de réduire les inégalités sociales de santé, les actions mises en œuvre doivent favoriser l'accessibilité physique et financière aux infrastructures de loisirs et doivent contribuer à améliorer les politiques de transport et d'urbanisme dans les quartiers périphériques. De manière prioritaire, il faudrait davantage agir sur les jeunes en ZUS, en insertion.

ACTIONS

- Réaliser un inventaire, au niveau des villes, des lieux/équipements sécurisés permettant de faire de l'activité physique (parcs, parcours santé, lieux de marche, pistes cyclables, stades...); à l'issue de ce diagnostic, réhabiliter ou créer des contextes d'activité physique adaptés à l'environnement.
- Réaliser et diffuser des cartes/plans indiquant les parcours piétonniers et cyclables, ainsi que des cartes de temps de parcours de déplacements à pied entre différents quartiers et équipements (villes).
- Développer des plans de déplacements actifs pour les écoles, les universités et les entreprises.
- Mettre en œuvre un programme d'actions pour les jeunes (école élémentaire, collège, accueil périscolaire) de type Icaps (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité).
- Mettre en place un système de pédibus pour les élèves se rendant à l'école (école élémentaire); pour favoriser l'adoption d'un tel mode de déplacement actif, les intégrer dans les cahiers des charges publics (plan local d'urbanisme, voiries, projets d'urbanisation et d'aménagement du territoire...) en privilégiant les modes de déplacement doux (marche ou vélo) sur des parcours sécurisés (villes).
- Aménager les cours de récréation.
- Favoriser la mobilité active (mobilité à force humaine ou mobilité « douce ») en aménageant les espaces publics.
- Mettre sur pied des actions d'insertion par la pratique d'une activité physique.
- Aménager les espaces de sorte à dégager l'accès menant aux escaliers pour inciter à utiliser prioritairement les escaliers.
- Réaliser l'ensemble de ces actions également en faveur des personnes handicapées.

PARTENAIRES

- Les collectivités locales (municipalités, conseil général, conseil régional).
- L'Éducation nationale (équipes d'établissements scolaires : pédagogique, administrative, médicale).
- Les directions régionales Jeunesse et Sports, les fédérations ou associations sportives, les animateurs de centres de loisirs.
- Les parents d'élèves.
- Le secteur de l'éducation populaire.
- Les centres communaux de l'action sociale.
- La caisse d'allocations familiales.
- Les PMI.
- Les professionnels de santé (prescription de l'activité physique).
- Le réseau français villes-santé de l'OMS.
- Les villes actives du PNNS.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

Les actions développées dans le cadre de la promotion de l'activité physique sont encore majoritairement orientées vers les comportements et la responsabilité individuelle (actions de communication, d'information ou de mise à disposition d'outils éducatifs portant sur les attitudes, les connaissances et les capacités des individus). Or cette approche ne peut, à elle seule, agir de façon significative sur les comportements du plus grand nombre en raison de l'influence particulière des environnements social et organisationnel. Il est donc nécessaire d'inscrire aujourd'hui ce type d'actions en complémentarité d'une approche plus collective et environnementale, qui présente l'avantage d'agir sur un plus grand nombre de personnes.

Pour intégrer les actions de promotion de l'activité physique régulière dans le cadre environnemental, la prise en compte de la santé dans les politiques publiques d'aménagement du territoire et d'urbanisme est incontournable.

Le partenariat intersectoriel est long à mettre en place, mais c'est un prérequis.

INDICATEURS

TABLEAU I

Indicateurs

Type d'indicateur	Intitulé de l'indicateur	Source de l'indicateur
Santé	Évaluation du niveau d'activité physique	Baromètre santé INPES
	Taux de pratique physique ou sportive (fréquence, type, intensité, durée)	Enquête ministère Jeunesse et Sports, Enquête Insep*
	Nombre d'utilisateurs de vélos en libre service	
	Nombre de programmes d'action mis en place (et % d'élèves touchés)	Éducation nationale
	Recensement des infrastructures ou environnements favorisant la pratique régulière d'activités physiques	Recensement <i>ad hoc</i>
	Densité en parkings sécurisés pour les vélos (nbre pour 1000 hab.)	Recensement <i>ad hoc</i>

* Institut national du sport et de l'éducation physique.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

Risque associé à l'utilisation de vélos sans casque ou d'activités physiques « à risque » pratiquées sans encadrement (roller, skate, glisse sur eau, VTT...).

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D'ACTIONS

- L'action locale présentée par le centre hospitalier universitaire de Bordeaux et intitulée « Parcours pédagogique de marche PNNS » vise à sensibiliser les patients, leurs familles, le personnel hospitalier et le public à l'intérêt d'une activité physique d'au moins trente minutes par jour dans la prévention de certains troubles liés à la sédentarité et à une mauvaise hygiène alimentaire, en incitant les différents publics concernés à emprunter un parcours de santé d'une durée de trente minutes environ, créé autour de l'hôpital Sud et jalonné de panneaux portant des messages éducatifs (autorisation logo PNNS accordée le 5 janvier 2006).
- Programme national nutrition-santé (PNNS) mis en place par le ministère de la Santé depuis 2001 et repris dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.
- Programme de promotion de l'activité physique type Icaps, intégrant l'environnement dans lequel l'adolescent évolue. L'objectif est de favoriser la pratique de l'activité physique dans l'enceinte de l'école et en dehors de l'établissement, pendant les loisirs et la vie quotidienne (accès libre et gratuit proposé en plus des cours d'éducation physique et sportive). L'intervention comprend, entre autres, une composante éducative visant à modifier l'attitude et la motivation des adolescents vis-à-vis de la pratique régulière d'activités physiques¹.
- Ticket sport (ville de Boulazac, Aquitaine, ville active PNNS). Objectif : faciliter l'accès au sport des enfants de la ville. Description : prise en charge de 50 % de la licence et de l'adhésion à un club sportif des 6-18 ans de la ville, plafonné à 125 euros/enfant, sur présentation des justificatifs. Cibles/publics : enfants de 6 à 18 ans.
- Passer'elles sports (ville de Boulazac, Aquitaine). Objectif : faciliter l'accès au sport des femmes en situation précaire. Description : cours de Do-in, d'escalade, de fitness, escrime, de gym, de taïso et de tennis pour 20 euros/trimestre. Cibles/publics : femmes de plus de 18 ans libres en journée, prioritairement issues des ZUS.
Même type d'action menée par le pôle de Solidarité active de la ville de Lingolsheim.
- Création d'ateliers sportifs et parcours de motricité (ville de Saint-Gratien). Objectif : favoriser l'exercice physique des enfants (écoles maternelles et élémentaires) sous forme d'ateliers de motricité animés par les enseignants.

1. Simon C., Schweitzer B., Oujaa M., Wagner A., Arveiler D., Tribay E., *et al.* Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity : a 4-year randomized controlled intervention, *Int J Obesity*, London, 2008 Oct, 32 (10) : p. 1489-98.

THÉMATIQUE

Addictions

ENJEUX

Compte tenu des conséquences sanitaires et sociales qui leur sont associées, les addictions constituent un problème central de santé publique. Les conduites addictives, et notamment la consommation de tabac, d'alcool ou de substances psychoactives, dont les médicaments, sont responsables de 30 % de la mortalité prématurée (avant 65 ans) et évitable. Elles sont responsables de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 40 000 par cancers. Enfin, les cancers des poumons et des voies aéro-digestives supérieures, liés à une consommation d'alcool et de tabac, constituent la première cause de mortalité chez les hommes et la deuxième chez les femmes.

L'addiction se caractérise par la dépendance ou l'impossibilité répétée de contrôler un comportement, et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives.

La notion de conduites addictives comprend aussi bien les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, substances illicites, médicaments) que les addictions comportementales (jeux). Compte tenu de leur retentissement sur les personnes qui y sont sujettes (handicaps, isolement et précarité) ainsi que sur leur entourage, toutes les addictions doivent être prises en compte – en portant une attention particulière aux polyaddictions.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

DONNÉES GÉNÉRALES

TABLEAU I

Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans^{1, 2}

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	12,4 M	1,1 M	900 000	360 000	42,5 M	34,8 M
Dont usagers dans l'année	3,9 M	250 000	200 000	–	39,4 M	14,9 M
Dont usagers réguliers	1,2 M	–	–	–	9,7 M	11,8 M
Dont usagers quotidiens	550 000	–	–	–	6,4 M	11,8 M

1. *Drogues, chiffres clés*, OFDT, déc. 2007.

2. Définitions : Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie ; Usage au cours de l'année : une consommation au moins au cours de l'année ; pour le tabac, il s'agit des personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps ; Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine ; tabagisme quotidien ; usage de somnifères ou tranquillisants dans la semaine ; dix consommations de cannabis dans le mois ; Usage quotidien : au moins une fois par jour.

On constate :

- Le maintien à un niveau élevé de la consommation du cannabis (10,8 % des jeunes de 17 ans sont des fumeurs réguliers) ;
- Le développement rapide de la consommation de cocaïne (1 % des 15-39 ans ont consommé de la cocaïne dans l'année précédant l'enquête) et de l'ecstasy ;
- Les conséquences sanitaires et d'ordre public de la montée en puissance chez les jeunes de comportements d'alcoolisation (en 2003, 26 % des jeunes de 17 ans déclaraient au moins trois épisodes d'ivresse dans l'année) ;
- La persistance d'une économie souterraine liée au trafic de substances illicites et de tabac.

On estime que 35 % des jeunes de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool et du cannabis simultanément, et que, à 17 ans, un adolescent sur cinq consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année.

La sixième Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad), menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), a porté sur un échantillon de 39 542 jeunes âgés de 17 ans en métropole. Selon cette enquête réalisée en 2008 :

- La consommation d'alcool, de tabac et de cannabis est en baisse chez les jeunes de 17 ans, tandis que la consommation de produits plus rares augmente.
- Les usages de trois produits les plus diffusés (alcool, tabac et cannabis) apparaissent en recul, mais la tendance est moins nette pour les ivresses.

En 2008, 70,7 % des jeunes déclarent avoir déjà fumé une cigarette, *versus* 72,2 % en 2005 (-2 %), et 42,2 % avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (*versus* 49,4 % trois ans plus tôt, -15 %). L'expérimentation de l'alcool, en baisse entre 2003 et 2005, s'est stabilisée en 2008 avec 92,6 % des jeunes ayant déjà bu de l'alcool (92,3 % en 2005). En revanche, 59,8 % des jeunes disent avoir déjà été ivres, soit une hausse de 15 % depuis 2005 (56,6 % en 2005).

La part des adolescents n'ayant expérimenté aucune de ces trois drogues est faible (5 %), mais en légère augmentation depuis 2005. L'âge moyen de la première expérimentation est en hausse pour l'alcool (première ivresse à 14,5 ans pour les garçons et juste après 15 ans pour les filles), mais en baisse pour le tabac (première cigarette autour de 13,5 ans pour les garçons et les filles) et le cannabis (juste après 15 ans).

Les usages réguliers et quotidiens d'alcool, de tabac et de cannabis sont en recul entre 2005 et 2008. 8,6 % des jeunes déclarent des ivresses régulières (*versus* 9,7 % en 2005), et 7,3 % fumer du cannabis régulièrement (contre 10,8 % en 2005). La baisse est la plus nette pour le tabac, avec 28,9 % de fumeurs quotidiens *versus* 33 % en 2005 et 41,1 % en 2000, soit une baisse de 30 % en huit ans.

DONNÉES EN LIEN AVEC LE CONTEXTE SOCIAL

Tabac

Le taux de mortalité par cancer du poumon varie du simple au quadruple entre la catégorie la plus favorisée et la moins favorisée. Or la consommation de tabac suit un important gradient social. La consommation de tabac est ainsi près de deux fois plus fréquente chez les ouvriers que chez les cadres. En outre, il existe également un gradient social dans le taux d'échec des tentatives d'arrêt du tabac. Il est de 54 % pour les chômeurs, *versus* 44 % pour les actifs occupés. Les taux d'échec les plus importants, 60 %, sont enregistrés dans les familles monoparentales et chez les allocataires du RMI. Le gradient social de la mortalité par cancer du poumon serait, dans cette perspective, attribuable à un gradient social en matière de consommation de tabac.

La prévalence tabagique est liée à la situation sociale, et ce surtout pour les hommes. Ainsi, en 2001, 54 % des hommes de plus de 15 ans au chômage fument au moins une cigarette par jour, *versus* 39 % de ceux qui exercent une profession (40 % des femmes au chômage *versus* 27 % de celles qui exercent une profession).

Pour la population particulière des bénéficiaires de la CMU-C, près de la moitié de ceux qui ont plus de 16 ans fument (46 % *versus* 25 % dans les autres enquêtes). Cette différence persiste et parfois s'amplifie à âge et sexe comparables. Par contre, le nombre moyen de cigarettes consommées par les fumeurs est sensiblement le même chez les bénéficiaires de la CMU-C qu'en population générale¹.

Alcool : des contrastes

À âge et sexe comparables, les associations entre les indicateurs de consommation (fréquence, quantités consommées, etc.) et les caractéristiques socio-économiques (situation professionnelle, PCS – professions et catégories sociales, anciennement CSP –, niveau d'études) ne sont pas univoques.

1. Irdes. État de santé des bénéficiaires de la CMU-C, *Questions d'économie de la santé*, n° 76, décembre 2003.

D'après le Baromètre santé 2005, parmi les 15-64 ans, la consommation quotidienne est moins fréquente chez les personnes ayant un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat, tandis que la fréquence des ivresses augmente avec le niveau d'études (Legleye, 2007). Cependant, les niveaux de scolarisation n'ont pas la même signification chez les générations jeunes et âgées, et les résultats varient, voire s'inversent, selon la tranche d'âge considérée. Par exemple, parmi les 55-64 ans, la consommation quotidienne ou à risque est plus fréquente chez les titulaires d'un diplôme universitaire.

En termes de PCS, le Baromètre santé 2005 distingue trois groupes :

- les agriculteurs exploitants : plus souvent consommateurs quotidiens, mais aussi à risque (chronique ou dépendant), ils sont en revanche moins nombreux à déclarer avoir été ivres au cours de l'année ;
- les professions intermédiaires et les employés, faibles consommateurs quel que soit l'indicateur considéré (usage quotidien, à risque chronique ou dépendant, et ivresse dans l'année) ;
- les cadres, ouvriers, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, dont le niveau de consommation est intermédiaire.

Cependant, l'effet du milieu social varie selon le sexe : l'élévation dans l'échelle sociale (niveau de diplôme, profession) se traduit globalement par une diminution de la consommation régulière d'alcool pour les hommes, mais par une augmentation pour les femmes. Quant aux ivresses, elles sont plus fréquentes chez les femmes titulaires d'un diplôme supérieur, sans que l'on observe de relation similaire parmi les hommes. Ainsi, plus le milieu social est favorisé, plus les comportements des hommes et des femmes vis-à-vis de l'alcool convergent.

Le chômage est associé à des consommations d'alcool plus importantes que chez les actifs occupés : l'usage quotidien est 1,2 fois plus fréquent chez les chômeurs, et les usages à risque chronique ou dépendant (selon l'Audit-C), de même que les ivresses régulières, sont 1,3 fois plus fréquents. L'éventuelle relation de cause à effet entre chômage et consommation excessive d'alcool pourrait jouer dans les deux sens : les buveurs excessifs courraient un plus grand risque de perdre leur emploi et la situation de chômeur entraînerait souvent une augmentation de la consommation d'alcool.

Quoiqu'il en soit, la relation entre le niveau d'alcoolisation et le statut socio-économique des individus n'est pas linéaire : la consommation excessive n'est pas l'apanage des classes sociales défavorisées et les personnes les plus privilégiées socialement ne sont pas les moins concernées.

■ Des évolutions contrastées

La tendance à la baisse de la consommation d'alcool entre 2000 et 2005 ne se répartit pas de façon homogène au sein de la population. Les cadres et professions intellectuelles ont vu leur fréquence de consommation et d'usage à risque baisser, tandis que la proportion d'individus déclarant avoir été ivres dans l'année semble stable. Chez les ouvriers en revanche, si la fréquence de consommation a également diminué, l'usage à risque est resté stable, tandis que les ivresses ont crû. Enfin, parmi les chômeurs, usage à risque et ivresses

ont fortement augmenté, et la baisse de la consommation quotidienne n'est pas statistiquement significative. Ainsi, la diminution globale de la consommation d'alcool profite davantage aux catégories de population les plus favorisées d'un point de vue socio-économique.

■ Consommation d'alcool et inégalités sociales de santé

Globalement, on constate donc que la répartition de la consommation d'alcool le long de l'échelle sociale n'est pas linéaire. Pourtant, il existe dans tous les pays industrialisés, et particulièrement en France, d'importantes inégalités de santé dont l'expression suit la hiérarchie sociale, en défaveur des catégories les moins privilégiées. Ces inégalités se manifestent notamment par des différences en termes d'espérance de vie et de causes de décès, selon les catégories sociales. Ainsi, chez les hommes, à l'âge de 35 ans, les ouvriers ont une espérance de vie inférieure de 6,5 ans à celle des cadres et professions libérales.

Or, les plus fortes différences de mortalité entre groupes sociaux, en particulier chez les hommes, sont observées en France pour les causes de décès liées à la consommation excessive d'alcool : tumeurs, notamment celles qui touchent les voies aéro-digestives supérieures (VADS), morts violentes (qui comprennent entre autres les accidents de la route) et alcoolisme.

L'alcool semble ainsi avoir un rôle clé dans les inégalités sociales de santé, mais celles-ci ne reflètent pas les disparités sociales de la consommation d'alcool. Les raisons de ces inégalités sont donc multiples et doivent être recherchées parmi d'autres facteurs qui peuvent être individuels (consommation de tabac, alimentation, activité physique), environnementaux (conditions de vie, de travail, de logement) ou se rapporter à l'accès aux soins.

Drogues illicites

La population des usagers de drogues par voie intraveineuse (Udiv) est essentiellement masculine (74 % d'hommes) ; l'âge moyen est de 35,6 ans pour les hommes et de 34,5 ans pour les femmes. Au moment de l'enquête, 65 % d'entre eux ne travaillent pas. La majorité des Udiv (79 %) déclarent un niveau d'études secondaires, 1 % dit n'avoir jamais été scolarisé, 7 % s'être arrêtés en primaire et seuls 12 % sont allés au-delà du baccalauréat. Seulement 45 % des Udiv ont un logement stable. Ainsi, 55 % d'entre eux sont dans une situation d'instabilité vis-à-vis du logement, c'est-à-dire qu'ils ne vivent ni chez eux, ni chez un conjoint, ni chez leurs parents. Et, parmi ceux-ci, 19 % sont confrontés à une grande précarité et vivent dans un squat ou dans la rue.

La majorité des Udiv (61 %) ont connu un antécédent d'incarcération au cours de leur vie.

Point particulier sur les détenus

La population incarcérée est particulièrement touchée par les addictions. C'est ainsi que, en 2003, 30 % des entrants en maison d'arrêt déclaraient un

cumul de consommations à risque (alcool, tabac, drogues illicites, psychotropes) et 20 % étaient dépendants à l'alcool (citation du plan gouvernemental 2008-2011, p. 67).

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

Seuls les pauvres auraient une consommation excessive d'alcool.

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL

Trois objectifs chiffrés figurent dans la loi de santé publique :

- Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %,
- Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance,
- Abaisser la prévalence du tabagisme de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes à l'horizon 2008.

Pour sa part, le Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 comporte quatorze objectifs regroupés autour de six priorités, dont le développement de la prévention.

Enfin, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 fixe cinq axes de travail autour de :

- la prévention, la communication et l'information,
- l'application de la loi,
- les soins, l'insertion sociale et la réduction des risques,
- la formation, l'observation et la recherche,
- le renforcement de la coopération internationale.

ACTIONS

- Les résultats du Baromètre santé 2005 montrent que les moyens traditionnels d'intervention en prévention se révèlent plus efficaces en direction des populations ayant un niveau de diplôme élevé qu'envers celles qui ont un niveau faible.

Ce constat a conduit au développement de campagnes de communication de plus en plus adaptées aux populations les plus vulnérables.

Cette approche mérite d'être intensifiée avec la mise en place de dispositifs spécifiques en direction des populations vulnérables. Elle conduit également à rechercher une plus grande proximité avec les publics les plus exposés.

- Favoriser la mise en place de microstructures médicales (intervention au cabinet du médecin généraliste de travailleurs sociaux et psychologues spécia-

lisés dans la prise en charge des addictions) permettant un accompagnement pluridisciplinaire de proximité (évaluation médico-économique favorable, réalisée en 2008 par l'OFDT).

- Organiser, notamment au moment de l'élaboration des schémas régionaux médico-sociaux, une meilleure complémentarité des établissements prenant en charge des personnes souffrant d'addictions (Csapa, Caarud) et des publics en difficulté sociale (dispositif AHI). Formalisation de réseaux de prise en charge. Formations croisées entre personnels de ces deux dispositifs...
- Actions à mettre en œuvre pour les détenus (cf. « Détenus », page 124)

OUTILS/CADRE

- Plans addictions 2007-2011.
- Plan gouvernemental 2008-2011.
- Élaboration, au niveau régional, de schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie, création et animation d'une commission régionale addictions (instance d'expertise et de propositions) et de réseaux de santé à thématique addictologie avec la participation des médecins de ville et des établissements médico-sociaux. Circulaire DGS 2008/79 du 28 février 2008.
- Circulaire interministérielle n° DGS/MC2/MILDT/2009/63 du 23 février 2009 relative à l'appel à projets pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie. Diverses actions expérimentales concernent l'objectif suivant du plan gouvernemental : préserver la santé de l'enfant à naître et de la mère et prendre en compte les spécificités des femmes usagères de drogues et d'alcool : promouvoir l'hébergement social des femmes dépendantes avec enfants dans des structures existantes par adjonction de moyens en personnel spécialisé petite enfance et de formation ; expérimenter dans les Csapa ambulatoires et les Caarud un accueil spécifique pour les femmes ; doter un Csapa d'une équipe mobile afin de favoriser la prise en charge mère-enfant dans les structures sanitaires et sociales.

PARTENAIRES

- Les professionnels de la santé : médecins, sages-femmes, infirmiers, psychologues et pharmaciens notamment ;
- L'Éducation nationale ;
- L'Assurance maladie, les collectivités locales ;
- La commission régionale addictions ;
- Les services hospitaliers d'addictologie ;
- Les consultations de tabacologie ;
- Les Csapa ;
- Les Caarud ;

- Les consultations jeunes consommateurs ;
- Le réseau associatif : Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (Anitea), Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), Association française de réduction des risques (AFR), les associations d'usagers (Asud)...

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

- Les groupes de pression des producteurs et distributeurs de boissons alcoolisées, de tabac.
- La structuration de certains quartiers autour d'une économie souterraine.

INDICATEURS

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a été chargé de l'élaboration et du suivi des indicateurs de mise en œuvre et d'efficacité des politiques.

Les données sont disponibles aussi bien au niveau national que régional, voire local.

- Base de données Iliad, indicateurs locaux pour l'information sur les addictions. Elle regroupe les principaux indicateurs disponibles au niveau départemental et régional.
- Les informations relatives aux addictions au cannabis sont regroupées dans la base de données Simcca (système d'information mensuel sur les consul-

TABLEAU II

Indicateurs

Type d'indicateur	Intitulé de l'indicateur	Source de l'indicateur, Base de données
Santé	Consultations dans les centres spécialisés en alcoologie	Iliad
	Nombre de consultants vus par consultation cannabis	Simcca
	Part des consommateurs vus dans la population des 15-30 ans de la région	Simcca
	Décès avant 65 ans par alcoolisme ou cirrhose	Iliad
	Décès avant 65 ans par tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons	Iliad
	Décès par surdoses	Iliad
Pratiques	Consommation d'alcool, de cannabis et psychotropes chez les jeunes	Iliad, Simcca
	Consommation d'alcool régulier à 17 ans	Iliad
	Consommation de tabac quotidien à 17 ans	Iliad
	Consommation de cannabis régulier à 17 ans	Iliad
	Vente de Méthadone® 2004- 2006	InVS/Siamois
	Ventes de Subutex®	Iliad
Ventes de Stéribox®	Iliad	

tations cannabis), qui permet de produire une dizaine d'indicateurs, tant au niveau régional que départemental.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

Lutter contre les addictions ne règle en rien les souffrances psychosociales qui peuvent être à l'origine de certains comportements.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D' ACTIONS

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat.html>.

THÉMATIQUE

Santé bucco-dentaire

ENJEUX

RETENTISSEMENT DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES SUR LA SANTÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

Les affections bucco-dentaires, dans la mesure où elles impliquent généralement infection et douleur, retiennent – parfois gravement – sur l'état général. Elles peuvent être à l'origine de complications infectieuses locales ou à distance, en particulier chez certains patients fragilisés : personnes immunodéprimées (VIH, chimiothérapies anticancéreuses...), patients diabétiques plus vulnérables à l'infection, patients cardiaques présentant un risque d'endocardite infectieuse, personnes âgées dépendantes ou personnes handicapées (infections respiratoires provoquées, entretenues ou aggravées par l'inhalation de particules septiques d'origine buccale).

Par ailleurs, il existe – notamment en raison de facteurs de risque communs – des corrélations significatives entre un mauvais état bucco-dentaire (notamment parodontopathies sévères) et diabète, maladies cardio-vasculaires, accouchements prématurés, pneumopathies chroniques, cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS).

Qualité de vie

Les affections bucco-dentaires peuvent aussi altérer les fonctions de mastication, de phonation et, plus généralement, entraîner une dégradation de la

qualité de vie et de la relation avec autrui : perte du plaisir de manger, crainte de parler, de sourire, d'embrasser. Enfin, des dents très abîmées sont un marqueur visible de marginalité susceptible de dégrader l'image de soi et de faire obstacle à une bonne insertion sociale.

DES AFFECTIONS EXTRÊMEMENT FRÉQUENTES

Caries

Plus d'un tiers des enfants de 6 ans et environ 45 % des enfants de 12 ans en sont atteints (source UFSBD 2006). Dans la population adulte, les données épidémiologiques sont rares, mais on estime à plus de trois quarts la proportion de personnes atteintes.

Maladies parodontales

Les stades initiaux de parodontopathies, correspondant à des atteintes légères et généralement réversibles (gingivites), sont très fréquents et peuvent toucher la majorité de la population adulte, tandis que les formes sévères, allant jusqu'à la mobilité et la perte de plusieurs dents, atteignent 10 à 20 % de la population, majoritairement des grands fumeurs.

Cancers buccaux

Très liés à la consommation excessive d'alcool et de tabac, ils constituent également une préoccupation de santé publique importante. Leur incidence en France est la plus élevée d'Europe (7705 cas en 2000 et plus de 1850 décès, d'après les registres des cancers du réseau Francim).

Un enjeu économique important

Les dépenses de soins dentaires ont représenté 9,3 milliards d'euros en 2007, soit 20,8 % du total des dépenses de soins ambulatoires, et 5,7 % de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM). 37 % de ces dépenses sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire (source : Drees).

DIAGNOSTIC – CONSTATS

UN DOMAINE MARQUÉ PAR DE FORTES INÉGALITÉS

Une pathologie très inégalement répartie

À 12 ans, 6 % des enfants non indemnes de carie cumulent 50 % des dents atteintes, et 20 % cumulent 72 % des dents atteintes (enquête UFSBD 2006 chez les enfants de 6 et 12 ans).

Des inégalités liées à la situation sociale des parents

Les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale, sont plus significativement atteints par la carie.

L'indice carieux (CAO) à 12 ans est de :

- 1,55 chez les enfants d'ouvriers ; 0,90 chez les enfants de cadres supérieurs ;
- 1,59 en zone rurale ; 1,16 dans les petites agglomérations (enquête UFSBD 2006 chez les enfants de 6 et 12 ans).

De manière générale, dans l'ensemble de la population, les inégalités de santé bucco-dentaire sont fortement corrélées avec les inégalités sociales.

- Les renoncements aux soins pour les jeunes sont deux fois plus importants dans les classes sociales défavorisées (source : Urcamif, Enquête 2000 sur la santé bucco-dentaire des jeunes Franciliens de moins de 20 ans).
- Le pourcentage d'adultes ayant des dents manquantes non remplacées varie du simple au double selon la catégorie socioprofessionnelle (21 % à 43 %), le recours au chirurgien-dentiste à titre préventif varie de 25,7 % à 46,7 %, les renoncements aux soins ou prothèses dentaires varient de 4 % à 12 % (source : CreDES, enquête 2000).
- Selon les enquêtes de l'Irdes (ESPS 2000, notamment), 45 % des ouvriers non qualifiés déclarent au moins une dent manquante non remplacée, *versus* 29 % des cadres. De même, l'enquête Précalog du CreDES (2000) et l'étude d'ATD-quart monde de juillet 2005 viennent confirmer la relation étroite qui unit mauvais état de santé bucco-dentaire et précarité.
- Le recours aux soins, mesuré par la « consommation » de soins dentaires, fait aussi apparaître des inégalités significatives : ce recours est fortement lié au niveau de revenus et au niveau de couverture par l'Assurance maladie complémentaire, le taux de renoncement à des soins bucco-dentaires étant significativement plus élevé parmi les ménages disposant de faibles revenus ou d'une couverture complémentaire faible (ou, *a fortiori*, absente).

Les inégalités constatées traduisent une inégale exposition et un inégal recours aux soins

D'une part, une exposition inégale au risque : les habitudes favorables à la santé bucco-dentaire (brossage biquotidien, exposition aux fluorures, alimentation variée) sont plus répandues dans la population qui bénéficie d'un meilleur niveau d'éducation et de revenus.

D'autre part, un recours aux soins inégal, lui aussi : les cadres consultent plus fréquemment un chirurgien-dentiste que les catégories sociales peu qualifiées. Plusieurs facteurs contribuent à expliquer ce moindre recours aux soins dans les populations les moins favorisées : un facteur financier évident (certains actes et traitements dentaires sont coûteux et laissent à la charge du patient une large part des honoraires) ; mais aussi un facteur socioculturel : la peur de soins réputés douloureux, l'attention apportée à son corps et le niveau d'information en matière de santé ne sont pas également répartis dans la population.

Des groupes à risques particuliers : enfants, handicapés, personnes âgées, détenus

Outre les inégalités sociales de santé, des enquêtes récentes, conduites notamment par les services médicaux de l'Assurance maladie, ont mis en évidence des groupes particuliers qui, en raison de difficultés spécifiques d'accès à la prévention et aux soins, présentent un état bucco-dentaire particulièrement dégradé et ne disposent pas toujours d'une offre de soins adaptée. C'est le cas de nombreux enfants ou adultes handicapés (difficulté d'acquisition des habitudes d'hygiène, difficulté de réalisation des soins aboutissant à des édentations précoces), c'est aussi le cas des personnes âgées dépendantes hébergées en établissement, des personnes hospitalisées pendant de longues durées (en psychiatrie, par exemple), c'est également le cas des personnes détenues.

OBJECTIFS/CADRE

RAPPELS

La loi de santé publique du 9 août 2004 a déterminé un objectif de santé bucco-dentaire (n° 91), qui est de réduire de 30 % en cinq ans l'indice carieux des enfants de 6 et 12 ans.

Le Plan national de prévention bucco-dentaire, annoncé en 2005 et mis en œuvre en 2007, comporte une mesure principale, mise en œuvre par l'Assurance maladie et qui consiste en un examen bucco-dentaire de prévention à 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Il est :

- réalisé dans un cabinet dentaire librement choisi par la famille ;
- pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Les soins consécutifs sont également pris en charge à 100 %, sous réserve d'être réalisés dans les six mois suivant l'examen.

Cette mesure est accompagnée de séances d'éducation pour la santé organisées à l'école, au CP et en sixième.

La prévention, dans le domaine des affections bucco-dentaires, a fait la preuve de son efficacité. Ainsi, la spectaculaire amélioration de l'état bucco-dentaire des enfants observée en France entre 1987 et 2006 est principalement liée à la fluoration (à partir du milieu des années 80) de la plupart des pâtes dentifrices et aux progrès des habitudes d'hygiène bucco-dentaire dans la population.

D'où une action reposant sur trois messages principaux :

1. acquisition des habitudes d'hygiène bucco-dentaire dès le plus jeune âge (écoles maternelles et élémentaires) ;
2. utilisation des fluorures en prévention de la carie : dentifrices fluorés ; utilisation du sel fluoré dans les cantines scolaires, bains de bouche fluorés (mise en œuvre « collective » en milieu scolaire) ;
3. consultation régulière d'un chirurgien-dentiste : améliorer le taux de recours au dispositif principal du Plan national de prévention bucco-dentaire.

THÈMES D' ACTIONS

- Améliorer le recours aux dispositifs existants : en particulier, s'assurer de la bonne utilisation, dans les populations défavorisées, du dispositif (Assurance maladie) de l'examen bucco-dentaire de prévention systématique à 6, 9, 12, 15 et 18 ans, pris en charge à 100 %, ainsi que les soins nécessaires, en partenariat avec les caisses d'assurance maladie (soit séances d'information et d'éducation à la santé bucco-dentaire en CP et en sixième, et relance et information des familles n'utilisant pas le dispositif).
- Actions d'éducation pour la santé en direction des enfants de moyenne section (4 ans) des écoles maternelles en ZEP, visant à leur faire acquérir une bonne hygiène dentaire (brossage biquotidien avec un dentifrice fluoré) et une meilleure hygiène alimentaire (éviter grignotages, excès de confiseries, de boissons sucrées).
- Un recours plus systématique aux fluorures et à leur action préventive vis-à-vis de la carie constitue également un levier d'action qui a montré son efficacité dans certaines actions expérimentales : bains de bouche fluorés effectués sous la surveillance d'un adulte en milieu scolaire ; utilisation de sel fluoré dans les cantines scolaires.

PARTENAIRES

- Éducation nationale.
- Structures déconcentrées du ministère.
- Collectivités territoriales.
- Professionnels de santé.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

Les recommandations d'hygiène dentaire se heurtent à l'impossibilité, à l'école, au collège, comme en entreprise, de disposer d'espaces sanitaires permettant, par exemple, un brossage des dents après un repas.

INDICATEURS

Indicateurs existant déjà et recueillis en routine :

- la Drees recueille (tous les deux ou trois ans), à partir des informations issues de l'examen médical effectué par la médecine scolaire avant l'entrée au CP c'est-à-dire un peu avant l'âge de 6 ans, le nombre d'enfants ayant au moins deux dents cariées non traitées. Ce recueil comprend une comparaison entre les enfants scolarisés en ZEP et ceux hors ZEP. Il y a là un indicateur d'inégalités intéressant ;
- la Cnamts recueille régulièrement – entre autres données intéressantes –

le taux de recours à l'examen bucco-dentaire de prévention, par classe d'âge concernée (6, 9, 12, 15 et 18 ans), mais ces données ne sont pas associées aux caractéristiques sociales. Il doit cependant être assez facilement possible de mesurer indirectement les inégalités sociales par comparaison de régions ou départements ayant des compositions sociales connues et significativement différentes.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D' ACTIONS

Des actions expérimentales ont été entreprises par l'Assurance maladie dans le cadre du Plan national de prévention bucco-dentaire. Elles intéressent les enfants de 4 ans dans trois départements (Gard, Corrèze, Sarthe) et combinent éducation sanitaire, dépistage en milieu scolaire et suivi des enfants nécessitant des soins. L'évaluation de ces expériences est prévue en 2009 et, si elle se révélait positive, les expériences pourraient être développées, le cas échéant avec des modifications selon les éléments de l'évaluation.

THÉMATIQUE

Nutrition

ENJEUX

L'enjeu majeur est de réduire la prévalence de l'obésité en population générale. L'obésité est un facteur de risque majeur de maladie chronique : le risque cardio-vasculaire est multiplié par trois, comme le risque de diabète.

Sous l'angle spécifique des inégalités sociales de santé, il conviendrait de travailler à limiter le creusement des écarts, qui s'est fortement accentué entre 1992 et 2003. En effet, sur cette période, l'obésité des adultes augmente beaucoup plus vite chez les agriculteurs et les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures¹. Chez les enfants, plusieurs études régionales² tendent même à souligner que des chiffres globaux indiquant une stabilisation (voire une réduction) de la prévalence de l'obésité masque en fait un écart qui se creuse entre les enfants des différents groupes sociaux (au bénéfice des plus aisés).

En l'absence d'une politique appropriée, le risque est bien réel d'augmenter les inégalités d'obésité tout en améliorant l'état de la majorité de la population.

1. Saint Pol T. (de). L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent, *Insee Première*, février 2007 : p. 1-4.

2. Romon M., Deheul S., Duhamel A., Sebbane N., Collinet N., Weill J. Évolution de la prévalence de l'obésité chez des enfants de 5 ans entre 1989 et 1999. Influence du statut socioculturel, *Communication affichée aux journées de l'Afero*, 29-30 nov. 2001 : abstract Po4; Chauliac M. colloque national « PNSS : la situation nutritionnelle en 2007 », *Actualités du PNNS*, 2007 : 14; Feur E., Labeyrie C., Boucher J. *et al.* Excès pondéral chez les collégiens et lycéens du Val-de-Marne en 1998 et 2005 selon leurs caractéristiques sociales et économiques. *BEH*, 2007 ; 4 : p. 29-36.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

La prévalence du diabète ou de l'obésité est au moins trois fois plus élevée chez les personnes avec le plus faible statut socio-économique (sous l'angle des revenus³ ou sous l'angle du niveau de diplôme⁴) que chez les personnes les plus dotées (en France en 2006). Cet écart est encore plus marqué pour les femmes que pour les hommes (Insee).

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

La principale idée reçue est de croire que « les pauvres font des erreurs nutritionnelles en mangeant gras et sucré, et que c'est pourquoi ils sont plus souvent gros », alors que ces choix sont tout à fait rationnels économiquement.

En effet, il a été démontré que les contraintes budgétaires orientent nécessairement vers des aliments de forte densité énergétique pour assurer l'apport en énergie le plus économique⁵. Les calories les plus économiques sont dans les produits gras, sucrés⁶.

En moyenne, on estime que pour 1 euro d'un fruit ou légume moyen on obtient environ 60 calories, alors que pour 1 euro d'une barre chocolatée, d'huile ou autres, on obtient au moins 400 calories. Les fruits et légumes sont les sources d'énergie les plus chères de l'alimentation⁶.

Une orientation stratégique en direction des calories les moins chères se fait au détriment des micro-nutriments, présents dans les fruits et les légumes, qui sont maintenant (depuis quelques années) reconnus comme tout à fait déterminants pour la santé.

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL

Travailler sur les facteurs de protection en mettant l'accent sur l'accessibilité des aliments de bonne qualité nutritionnelle.

3. L'étude Obépi, réalisée tous les trois ans depuis 1997 sur un échantillon représentatif, indique qu'en 2006 la prévalence de l'obésité était 3,5 fois plus élevée (18,8 % versus 5,4 %) chez les adultes issus de ménages ayant un revenu net mensuel inférieur à 900 euros que chez ceux ayant des revenus supérieurs à 5300 euros. Inserm, TNS Sofres, Roche Obépi : *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*. [http : www.epxjz de/portal/eipf/France/roche/fr/institutionnel/lessurpoidsenfrance](http://www.epxjz.de/portal/eipf/France/roche/fr/institutionnel/lessurpoidsenfrance), 1997.

4. L'enquête permanente sur les conditions de vie réalisée par l'Insee tous les onze ans depuis 1981 indique qu'en 2003 il y avait trois fois plus (15 % versus 5 %) de personnes obèses parmi les adultes détenant un niveau d'éducation primaire que parmi les diplômés du supérieur (Saint Pol T. (de). L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent, *Insee première*, fév. 2007 : p. 1-4).

5. Darmon N., Ferguson E., Briend A. Do economic constraints encourage the selection of energy dense diets? *Appetite*, 2003, 41 : p. 315-22.

6. Darmon N., Darmon M., Maillot M. Drewnovski A. A nutrient density standard for vegetables and fruits : nutrients per calorie and nutrients per unit cost. *Journal of American Diet Association*, 2005, 105 : p. 1881-7.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS OU SPÉCIFIQUES : AGIR SUR DES ENVIRONNEMENTS PRIORITAIRES

Les facteurs de protection sont plus efficaces lorsqu'ils sont mis en place de façon précoce, d'autant que le surpoids dans l'enfance prédispose à l'obésité à l'âge adulte.

- Les nourrissons et femmes enceintes : allaitement, diversification de l'alimentation.
- Les enfants des ZUS.

THÈMES D'ACTIONS

- Encourager le recours à l'allaitement.
- Améliorer l'accessibilité des fruits et légumes (notamment pour les enfants de milieux défavorisés qui en consomment moins⁷).
- Promouvoir la consommation d'eau du robinet.
- Pour les enfants (cible prioritaire) : mener des actions intensives et interdisciplinaires, faire des sessions interactives, favoriser la participation des populations à tous les stades des actions, favoriser l'accessibilité/réalisation matérielle, renforcer les compétences individuelles à l'école, à la crèche, dans les PMI, les collectivités.

OUTILS/CADRE

Documents à consulter : dossier *La nutrition*, du site du ministère de la Santé et des Sports : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/sommaire.htm>, et plus particulièrement le Programme national nutrition-santé 2006-2010 : http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/lancement_pnns2.htm, ainsi que les Villes actives et communautés de communes du Programme national nutrition-santé : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/actions7.htm> comportant la charte proposée aux municipalités.

PARTENAIRES

- PMI.
- Maternités.
- Éducation nationale.
- Associations d'aide alimentaire.
- Épiceries sociales.

7. Castetbon K., Deschamps V., Malon A., Salanave B., Szego E., Roudier C., *et al.* Caractéristiques sociales et économiques associées à la consommation de fruits et légumes chez les enfants de 3 à 17 ans en France métropolitaine, ENNS 2006-2007, *BEH*, 26 mai 2009, n° 22.

- CCAS.
- Représentants de la grande distribution.
- Représentants de l'agro-industrie.
- Représentants des filières de production (notamment agricoles, fruits et légumes).
- Villes PNNS, villes OMS.

■ DIFFICULTÉS/OBSTACLES

- L'approche individuelle quand elle néglige les facteurs d'environnement (coût, accessibilité des produits sains, etc.).
- La dimension multifactorielle de l'obésité nécessite une intervention à multiples entrées prenant en compte les dimensions psychosociales dans la genèse des situations ainsi que les problèmes de stigmatisation (dans le monde du travail notamment, possibilité de contracter un emprunt, etc.). Chez les parents, il faudrait pouvoir parvenir à une culture médicale commune permettant de limiter la culpabilisation des familles.
- Le travail avec les associations caritatives d'aide alimentaire nécessite de prendre en compte la part souvent importante du *turn-over*, du bénévolat.
- L'organisation de partenariats avec les industriels peut se révéler une difficulté pour assurer le meilleur encadrement. Certains outils (type charte) sont déjà élaborés dans le cadre du PNNS.

■ INDICATEURS

- IMC chez l'adulte et chez l'enfant : Fnors, InVS, Cnamts, Insee, Inserm, Obepi, Éducation nationale (bilan réalisé en maternelle, CE2, cinquième), PMI.
- Densité de restauration rapide.
- Densité de marchés de fruits et légumes (source DGCCRF).

■ POSSIBLES EFFETS ADVERSES

- L'un des effets indirects du PNNS a été de mettre très largement à disposition des repères (recommandations), qui ont été mieux intégrés et mis en œuvre par les populations les plus favorisées, ce qui permet d'enregistrer une diminution de l'obésité chez eux alors qu'elle continue de progresser chez les moins dotés, d'où un creusement accru des écarts.
- Par ailleurs, notamment chez les jeunes, peuvent se développer des troubles du comportement alimentaire par peur de grossir. Or il est connu qu'à l'âge adulte des troubles précoces du comportement alimentaire se retrouvent chez nombre d'obèses sévères.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D' ACTIONS

- Épiceries sociales.
- L'école des Papilles à Lyon.
- Les chèques fruits et légumes.
- Maternités « amies des bébés ».
- Cantines scolaires (politique en direction des boursiers) + distributeurs de fruits et légumes frais, notamment au niveau du collège.

THÉMATIQUE

Périnatalité

ENJEUX

La périnatalité représente la période située entre 28 semaines de grossesse (environ 6 mois) et le 7^e jour de vie après la naissance (OMS). Le Plan périnatalité 2005-2007 a élargi cette période qui englobe toute la grossesse, l'accouchement et la néonatalité (qui recouvre le temps du congé parental, environ 10 semaines après la naissance).

La principale difficulté repose sur la brièveté de cette période, pourtant déterminante pour les états futurs de la mère et surtout de l'enfant. L'enjeu général est donc de travailler, sur cette période, au repérage des situations à risque afin de permettre à toutes les futures mères d'avoir les mêmes chances de vivre une grossesse de qualité, bien suivie, dans un cadre de vie acceptable. En effet, les femmes primipares peu qualifiées et en situation de monoparentalité, de même que les couples sans profession présentent un ensemble de risques : le taux de prématurité (indicateur classique) passe de 4 % lorsque la mère a fait des études supérieures à 9 % lorsqu'elle n'a pas dépassé le niveau d'études primaires (les tendances sont identiques avec la catégorie socioprofessionnelle de la mère, du père ou du couple)¹.

1. Leclerc A., Kaminski M., Lang T. *Inégaux face à la santé; du constat à l'action*. La Découverte/Inserm, 2008.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

Le taux de mortalité périnatale suit un fort gradient social : de 7,1/1 000 naissances pour les enfants de cadres et professions intellectuelles supérieures, à 10,2/1 000 pour les enfants d'ouvriers (voire 11,7 pour les enfants des ouvriers non qualifiés). Pour la mortalité infantile, la tendance est globalement la même (avec des écarts moins importants). Pour les deux indicateurs, les écarts sont encore plus grands si l'on prend en compte les enfants de pères non actifs, qui ont les taux de mortalité les plus élevés². Les inégalités territoriales sont importantes et suggèrent l'impact fort de la dimension de santé environnementale et l'effet de l'exposition à de multiples polluants. Les personnes en situation de précarité et d'exclusion sont plus que d'autres exposées aux risques de saturnisme ou, pendant la grossesse, à l'alcool, au tabac (35 % des femmes faiblement qualifiées sont fumeuses pendant leur grossesse *versus* 13 % des femmes diplômées), dont les conséquences peuvent être lourdes pour les enfants à naître.

La périnatalité est un sujet particulièrement intersectoriel puisque peuvent se cumuler un ensemble de difficultés qui vulnérabilisent les femmes enceintes et les mères d'enfants en bas âge : absence ou précarité de l'emploi, habitat de mauvaise qualité, emprisonnement, difficultés familiales, carences alimentaires ou malnutrition, couverture sociale mal assurée... Les personnels de santé, comme certains travailleurs sociaux, sont parfois insuffisamment outillés pour apporter des réponses adaptées à ces situations.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

Allaiter, c'est facile.

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL

■ L'accouchement à l'hôpital, en maternité, en clinique devrait permettre le travail de repérage et d'orientation des situations à risque, avec la mise en place d'un dispositif de suivi et d'accompagnement. Les services de PMI constituent aussi un maillon essentiel du repérage (améliorer le lien maternité-PMI par la transmission systématique et exhaustive des déclarations de grossesse). Simplifier le suivi des grossesses et éviter les retards de prise en charge sanitaire des femmes enceintes ou des nouveau-nés en améliorant la gestion des dossiers et la qualité de l'information donnée.

2. Leclerc A., Kaminski M., Lang T. *ibidem*.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Offrir un hébergement aux femmes enceintes isolées, mères en difficulté, afin d'éviter notamment les placements d'enfants par défaut d'hébergement.
- Prévenir les risques de conduites addictives chez les personnes exclues et précaires, particulièrement les femmes enceintes.
- Garantir une alimentation suffisante et équilibrée pour la mère comme pour l'enfant.
- Favoriser l'allaitement maternel.
- Informer sur la contraception.
- Apporter les meilleures conditions pour la réalisation d'IVG (en priorité médicamenteuse, car la multiplication d'IVG chirurgicales augmente les risques de prématurité ou d'hypertrophie).
- Prévenir les expositions aux substances cancérigènes et aux perturbateurs endocriniens.

ACTIONS

Le problème de la grossesse est sa relative brièveté au regard de la lenteur d'un certain nombre de démarches administratives :

- Rappeler aux hôpitaux les règles de financement des soins urgents ;
- Faire appliquer le droit d'inscription à l'AME pour tout enfant dont les parents ne sont pas affiliés à un régime de protection sociale ;
- Organiser la prise en charge des femmes ayant un problème d'addiction, qui peut notamment s'appuyer sur la circulaire interministérielle n°DGS/MC2/MILDT/2009/63 du 23 février 2009 relative à l'appel à projets pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie.

En effet, diverses actions expérimentales concernent l'objectif suivant du plan gouvernemental : « *Préserver la santé de l'enfant à naître et de la mère, et prendre en compte les spécificités des femmes usagères de drogues et d'alcool.* » Ces actions portent sur :

- la promotion d'un hébergement social des femmes dépendantes avec enfants dans des structures existantes par l'adjonction de moyens en personnel spécialisé petite enfance et de formations ;
- l'expérimentation, dans les Csapa ambulatoires et les Caarud, d'un accueil spécifique pour les femmes ;
- la dotation, dans un Csapa, d'une équipe mobile afin de favoriser la prise en charge mère-enfant dans les structures sanitaires et sociales.

Plus largement :

- travailler à la facilitation administrative des inscriptions et du suivi des grossesses dans les maternités et par la PMI (consultations sans rendez-vous à jours fixes, recours à des interprètes ou des médiateurs de santé publique) ;

- favoriser la contractualisation entre les établissements de santé et les conseils généraux (ASE, PMI) pour améliorer le suivi depuis l'établissement jusqu'au domicile, ainsi qu'avec les CHRS et les dispositifs d'accès au logement.

PARTENAIRES

- Acteurs majeurs : PMI, ASE.
- CRN pour la sensibilisation des professionnels (gynéco-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, réseaux périnatalité).
- Maternités.
- CHRS, dispositifs d'accès au logement.
- CPAM pour l'accès aux droits des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés, CAF.
- Csapa.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

L'empilement et la complexité des réglementations aboutissent à leur méconnaissance par la plus grande partie de ceux qui devraient les appliquer : le « tuilage » des diverses réglementations devrait théoriquement éviter la majeure partie des dysfonctionnements, mais la réalité est tout autre dans le contexte d'une grossesse où l'avenir de l'enfant se joue chaque jour.

INDICATEURS

- Nombre de consultations sans rendez-vous, à jours fixes, mises en place dans les maternités.
- Nombre de femmes en situation de difficulté ayant eu recours à un interprète ou une médiatrice de santé publique par maternité.
- Existence d'une convention pour l'accès au logement dans les établissements de santé.
- Nombre d'assistantes sociales dans les maternités.
- Taux de prématurité, de syndrome d'alcoolisation fœtale.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D' ACTIONS

- Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'État.
- Mesure 13 du Comité interministériel de lutte contre les exclusions de mai 2006.

- Fédération française des banques alimentaires (mise à disposition de laits maternisés 1^{er} et 2^e âges pour les mères dans l'incapacité d'allaiter).
- Comede (forte expérience des prises en charge de migrants en situations diverses).
- Centres de santé de Grenoble.
- Entr'aide ouvrière de Tours (hébergement de femmes enceintes).
- Inter Service Migrants (interprétariat en plus de 80 langues, y compris par téléphone).
- PMI de Paris (médiation entre les femmes enceintes et les maternités pour le suivi de la grossesse).
- Médecins du monde (mission Roms ; expérience des grossesses de femmes roumaines sans papiers).

THÉMATIQUE

Santé à l'école**ENJEUX**

Il existe un lien réel entre santé et éducation : la capacité d'un élève à apprendre dépend en grande partie de son état de santé. Des élèves en bonne santé apprennent mieux ; *a contrario*, les études montrent de façon concluante que la mauvaise santé est un obstacle à l'apprentissage. Les études portant sur les relations existant entre les comportements de santé et les résultats scolaires indiquent qu'il existe un rapport étroit entre la mauvaise santé et les résultats scolaires (notes plus basses), les comportements pédagogiques (assiduité, discipline) et l'attitude des élèves (estime de soi).

L'école est la seule institution qui accueille quotidiennement tous les individus d'une même classe d'âge sur une longue période (au minimum dix années). L'école est le deuxième milieu de vie des enfants, après la famille. L'école occupe donc une place majeure dans la formation du comportement des enfants et des adolescents, dans l'adoption de leurs valeurs sociales et dans l'acquisition de comportements favorables à leur santé.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

Ainsi, si la mission première de l'école est de transmettre des savoirs, elle est aussi chargée de se préoccuper de la santé des élèves qu'elle accueille. Elle doit donc veiller au bien-être des élèves, contribuer à leur réussite et les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective.

Même si les responsabilités institutionnelles vis-à-vis de la santé des jeunes n'incombent pas à la seule Éducation nationale, celle-ci est concernée par le suivi de la santé des élèves dès lors que des problèmes de santé ou des carences de soins sont susceptibles d'engendrer des difficultés d'apprentissage ou de mettre les élèves en situation d'échec scolaire.

L'école constitue également un système de prévention et de dépistage précoce.

Ces objectifs participent également à la politique générale du pays en matière de santé publique, en particulier dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé.

La prise en compte de la santé des élèves se traduit en particulier par l'existence de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves, qui s'intègre dans le processus éducatif concernant l'ensemble des élèves. Elle consiste à :

- réaliser le bilan de la sixième année de l'enfant afin de détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver sa scolarité ;
- porter une attention particulière aux élèves en difficulté ;
- suivre les élèves des zones rurales et de l'éducation prioritaire, particulièrement les élèves des réseaux « Ambition réussite » ;
- suivre les élèves en enseignement professionnel et technologique ;
- contribuer à la protection de l'enfance ;
- favoriser l'accueil des élèves handicapés ;
- aider à la scolarisation des élèves atteints de maladies chroniques.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

Contrairement à ce qui peut être perçu, la réalisation des objectifs de la politique de santé en faveur des élèves repose sur l'implication et le travail de tous les personnels, et pas uniquement des médecins et des infirmiers(ères).

OBJECTIFS

Les objectifs doivent se caractériser par une complémentarité des niveaux d'intervention – dans les programmes scolaires, dans l'organisation du système scolaire, et en direction des établissements et personnels afin de :

- mettre en place la commission de coordination des politiques publiques compétentes dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI ;
- favoriser l'intégration de la prévention et de la promotion de la santé au sein des établissements scolaires ;
- inscrire, dans la politique régionale de santé, un volet santé des enfants scolarisés ;
- organiser le suivi des enfants ayant fait l'objet d'un dépistage en milieu scolaire.

ACTIONS

Les actions qui peuvent être inscrites dans la politique régionale de santé sont les suivantes et se situent à différents niveaux.

- Dans le système scolaire lui-même : le contenu de certains enseignements du cursus scolaire est en lien avec la santé et l'éducation pour la santé (notamment dans les domaines de la nutrition, de la sexualité, des conduites addictives) ; les piliers 6 et 7 du socle commun de connaissances et de compétences sont des compétences d'éducation pour la santé ; les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) sont l'instance qui permet la mise en place d'actions de prévention au niveau des établissements du second degré, comme le projet d'école le permet à l'école primaire.
- En direction du système scolaire : la diffusion d'informations en direction du milieu scolaire.
- En direction des écoles et des établissements scolaires : les programmes d'action en direction des élèves mis en place au niveau des établissements devraient être cohérents avec les priorités régionales de santé de cette population, les diagnostics territoriaux et les besoins identifiés par la communauté éducative de l'établissement.

En projet actuellement : l'implantation de la démarche européenne des Écoles promotrices de santé auprès des écoles et établissements scolaires français. L'efficacité de cette approche a été démontrée ; elle repose sur le principe que l'école est un milieu de vie favorable à la santé de ceux qui la fréquentent et prend en compte plusieurs dimensions simultanément pour améliorer les comportements de santé. Ces dimensions sont le contenu des enseignements scolaires, les relations interpersonnelles dans l'établissement, la qualité des locaux, les partenariats avec la communauté (collectivités territoriales, associations...), les services de santé scolaire, le développement de compétences en lien avec la santé.

Ce projet est en cours d'élaboration et il est prévu sur une durée de trois ans. La première étape consiste à mettre à disposition de l'ensemble de la communauté éducative une information validée et accessible sur les caractéristiques des Écoles promotrices de santé (2009).

PARTENAIRES

- Le recteur de l'académie.
- Les inspecteurs d'académie.
- Les directeurs d'établissement.
- Les médecins, infirmiers(ères) et assistant(e) s du service social.
- Les collectivités territoriales (notamment par le biais de la restauration collective).
- Les associations.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

Il existe un obstacle majeur à la prise en compte de la santé des élèves en milieu scolaire : le problème vient de la différence de conception de la santé entre les professionnels du domaine de la santé et ceux du domaine de l'éducation. Pour les professionnels de la santé, la santé est un état global, au sens de la définition qu'en a donnée l'OMS. Elle est multifactorielle et ne se limite pas à l'absence de maladie ; elle prend en compte des éléments comme le bien-être. Pour les professionnels de l'éducation, la santé reste encore trop souvent réduite à son acception biomédicale, en lien avec la présence ou l'absence de maladie. En conséquence, ces professionnels de l'éducation ne se perçoivent pas comme légitimes pour intégrer des projets relatifs à la santé des élèves. C'est pourquoi leur formation est un élément majeur pour lever cet obstacle (*cf. Actions, supra*).

Au niveau des écoles et des établissements, les difficultés rencontrées sont souvent celles inhérentes à tout travail en partenariat et au temps que cela implique.

Une autre difficulté vient du fait que, si l'école a une influence certaine sur les comportements de santé des jeunes qu'elle accueille, et si en tant que deuxième milieu de vie de ces jeunes elle peut avoir une action non négligeable sur des déterminants de la santé des enfants et des jeunes, il ne faut pas perdre de vue que son influence est moindre comparée à celle de la famille.

INDICATEURS

Les indicateurs sont différents selon le niveau que l'on considère.

Sur la santé des élèves en général, l'Éducation nationale organise et/ou participe au recueil d'un certain nombre de données.

Les données recueillies par les différentes enquêtes réalisées par les personnels de santé de l'Éducation nationale en collaboration avec la Drees apportent des éléments mettant en évidence les disparités de santé sur lesquelles peuvent se construire des axes de prévention ou d'accès aux soins à privilégier localement.

La participation à d'autres enquêtes de portée européenne (HBSC) donne la possibilité d'une meilleure connaissance de l'état de santé de la population scolaire, qui peut elle aussi permettre des choix de politique locale de prévention.

Le recueil de données réalisé par les personnels sociaux et de santé de l'Éducation nationale permet, lui aussi, d'apporter des éléments de connaissance du contexte local.

Concernant les programmes d'action mis en œuvre dans les écoles et les établissements scolaires, les indicateurs seront spécifiques à chacun des programmes.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

- Dépistage non suivi d'effets en raison de la difficulté d'accès aux soins (lunetterie, orthodontie...).
- Il faut veiller à ce que les écoles et les établissements scolaires qui développent des programmes favorables à la santé des élèves soient prioritairement ceux où la population accueillie en a le plus besoin, afin que les actions entreprises ne viennent pas renforcer les inégalités sociales préexistantes.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D' ACTIONS

Exemples de programmes d'action validés :

- le programme Icaps (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) favorisant l'activité physique au collège et au lycée ;
- le programme « Apprendre à mieux vivre ensemble dès l'école maternelle », programme de renforcement des compétences sociales et de prévention des violences.

- Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences. *BO* n° 29 du 20 juillet 2006 (chapitre 6).

- Décret n° 2005-1145 du 9 septembre 2005, article 20 concernant le CESC, modifiant le décret 85-924 du 30 août 1985, relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. *JO* n° 212 du 11 septembre 2005.

- Fortin J. *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*, Paris, Hachette éducation, 2001 : 144 p.

- Bantuelle M., Demeulemeester R. (dir.). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*, Saint-Denis, INPES, 2007 : 132 p.

- *Global School Health Promotion*. Promotion and education, volume XII n° 3-4, 2005, UHPE.

- *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach ?* WHO Regional Office for Europe'Health Evidence Network (HEN), mars 1986.

- Saint Léger L., Nutbeam D. La promotion de la santé à l'école, in *L'efficacité de la promotion de la santé : agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe*, partie deux, *Données probantes*. Rapport de l'UIPES pour la Commission européenne, 2000 : p. 125-138.

THÉMATIQUE

Santé et travail

ENJEUX

La prise de conscience des altérations liées à l'environnement et aux conditions de travail s'est progressivement développée au cours de la seconde moitié du xx^e siècle. Sous l'influence de l'UE, les États membres ont accompli de réels progrès en ce qui concerne l'élaboration de stratégies de programmes d'action nationaux et régionaux. Les plus forts progrès enregistrés concernent la baisse sensible des accidents du travail (-17 % pour le taux d'incidence des accidents du travail mortels dans l'UE-15). En France, en trente ans, le nombre des accidents du travail avec arrêt a été diminué par 1,5, celui des accidents graves par 2,3 et celui des accidents mortels par 3.

Cependant, malgré les avancées indéniables, des progrès importants restent à accomplir.

- Les accidents routiers mortels représentent toujours la première cause des accidents de travail mortels (25 %).
- En 2005, 750 000 accidents du travail avec arrêt (dont 59 000 ayant entraîné une incapacité permanente partielle et 550 accidents mortels) et 50 000 maladies professionnelles ont été dénombrés.
- Les cancers professionnels sont estimés par l'InVS représenter entre 4,0 % et 8,5 % de l'ensemble des cancers. Selon l'enquête Sumer, près de 14 % des salariés (dont 70 % d'ouvriers) étaient exposés à des produits cancérigènes en France métropolitaine en 2003.
- L'explosion des troubles musculo-squelettiques (TMS ; 21 000 nouveaux cas en 2002 dans le régime général de la Sécurité sociale) et la montée en

charge des risques psychosociaux (stress, harcèlements, violences, suicides) témoignent de la dégradation de la santé en lien avec les changements organisationnels survenus durant les deux dernières décennies (intensification du travail, travail à flux tendu, réduction des délais, augmentation de la charge mentale...).

La réduction des risques professionnels n'est pas homogène et de profondes inégalités demeurent :

- Certaines catégories de population sont plus vulnérables ou surexposées aux risques professionnels (les jeunes travailleurs, les travailleurs occupant un emploi précaire ou saisonnier, les travailleurs « au noir », les travailleurs plus âgés, les travailleurs migrants, les femmes enceintes). La crise économique est un contexte aggravant pour un certain nombre de ces populations.
- Certaines catégories d'entreprises sont plus vulnérables (les TPE, les PME ont moins de ressources pour mettre en place une démarche d'évaluation des risques, de contrôle et de maintenance des installations, de protection des travailleurs).
- Certains secteurs d'activité restent particulièrement exposés (le BTP, les travaux forestiers, la branche transports pour ce qui relève des accidents ; l'industrie automobile, l'agroalimentaire, l'industrie des biens de consommation pour les TMS et/ou l'exposition des travailleurs à des niveaux sonores élevés ; les scieries, les chantiers de construction navale, le secteur de la santé pour ce qui relève des cancers professionnels).

DIAGNOSTIC – CONSTATS

L'EMPLOI : UN DÉTERMINANT MAJEUR DE LA SANTÉ

En 2007, la France métropolitaine comptait 28 millions d'actifs dont 25,9 millions de personnes ayant un emploi et 2,1 millions de chômeurs (taux de chômage de 7,5 %). D'une classe d'âge à l'autre, le taux d'activité est particulièrement variable : 35,4 % parmi les 15-24 ans, 89,1 % parmi les 25-49 ans et 32,3 % chez les plus de 50 ans.

Si, parmi les actifs ayant un emploi, les contrats à durée indéterminée sont la forme la plus courante, le travail précaire représente près de 12 % des emplois (8,2 % de contrats à durée déterminée, 2,2 % d'intérimaires, 1,3 % d'apprentis). De 1997 à 2007, le recours au travail intérimaire a augmenté de 120 %.

Les données du Baromètre santé 2005 mettent en évidence combien les facteurs d'insécurité dans le travail, de chômage, de précarité de l'emploi se reflètent sur les indicateurs de santé de la population (stress, prévalence des idées suicidaires, épisodes dépressifs caractérisés, consommation de substances addictives). Ces situations sont d'autant plus dommageables qu'elles peuvent minorer les facteurs de réinsertion professionnelle.

INÉGALITÉS PROFESSIONNELLES, INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les inégalités géographiques d'emploi de la main-d'œuvre et les tendances propres aux process industriels de chaque région ont des effets sur les inégalités de santé. Le rapport de la Fnors sur la santé au travail permet d'apprécier les disparités régionales relatives à chaque indicateur de santé.

Les inégalités de parcours professionnels, de conditions de travail font que certains secteurs, certaines catégories professionnelles présentent un cumul de facteurs d'expositions professionnelles et de comportements à risque pour leur santé ; des indicateurs qui ont non seulement des effets d'addition mais des effets multiplicatifs d'interaction sur la santé.

LA DYNAMIQUE RÉGIONALE DÉJÀ EN MOUVEMENT

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et le Plan santé au travail 2005-2009 (PST) ont fait de la santé au travail un enjeu global de santé publique, en transformant en priorités la prévention des accidents routiers mortels, des TMS, du bruit et la prévention des risques liés à l'exposition des salariés aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR). Ces mesures ont été renforcées par le Plan cancer (2004), le Plan national santé-environnement (2004 -2008) et, pour ce qui est de la prévention des conduites addictives, par les plans de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2004-2008 et 2008 -2011).

Les régions se sont mobilisées autour des ces objectifs et du diagnostic local par la mise en place des plans régionaux santé au travail (PRST). En avril 2008, 20 des 28 régions métropolitaines et départements d'outre-mer avaient réalisé un PRST en plaçant le partenariat avec les institutions et les organismes de prévention des risques professionnels comme une préoccupation majeure dans le processus des plans.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

En milieu de travail, souffrance psychique et addictions seraient des problématiques individuelles.

OBJECTIFS

Encourager la prévention dans les entreprises. Si la prise de conscience de l'importance des problématiques santé émerge aujourd'hui dans les entreprises, les démarches de prévention restent encore limitées ; il convient de développer une véritable culture de la prévention dans les entreprises.

ACTIONS

- Établir un diagnostic des priorités de santé au travail de la région en lien avec la médecine du travail et l'inspection du travail, en mobilisant les données disponibles, notamment sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.
- Soutenir les démarches d'entreprises. Favoriser l'échange de bonnes pratiques. L'incitation à l'élaboration de chartes d'entreprise pourrait être un levier de mobilisation. La récente « Charte des bonnes relations humaines dans l'entreprise », initiée par plusieurs réseaux d'entrepreneurs et soutenue par du ministère du Travail, est un outil intéressant.
- Mettre en place des actions de prévention des accidents du travail.
- Lutter contre les risques de maladies professionnelles et faire reconnaître les droits.
- Formation, information : en matière de santé au travail, la pluridisciplinarité des intervenants est à encourager. La formation en région devrait permettre à chacun de mieux connaître les autres professionnels intervenant dans ce champ et d'appréhender les autres disciplines. Le Plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies préconise la formation de l'ensemble des professionnels de santé, y compris non médicaux, au repérage précoce des addictions.
- Restauration collective : faire la promotion du Programme national nutrition-santé (PNNS) au sein des entreprises.
- Organiser le suivi post-professionnel.

PARTENAIRES

- Les chefs d'entreprise, les branches professionnelles (OPBTP...).
- Les partenaires sociaux, les CHSCT.
- Les réseaux de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (25 Aract et antennes sur le territoire).
- Les réseaux des organismes de Sécurité sociale, Cram, MSA.
- Les services de santé au travail (environ 7 000 médecins, 3 000 infirmières et collaborateurs répartis dans 649 services d'entreprises, 311 services interentreprises).
- Les intervenants en prévention des risques professionnels (ingénieurs, ergonomes, psychosociologues, psychologues du travail...).
- L'InVS.
- Les ORS.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

Plusieurs obstacles à la réduction des inégalités de santé et à la prévention méritent d'être soulignés.

- Il est vraisemblable qu'il existe une sous-déclaration des maladies professionnelles, soit par crainte du salarié de perdre son emploi, soit par méconnaissance, de la part des praticiens, de l'origine professionnelle ou environnementale d'une maladie.
- L'articulation entre médecins du travail et médecins généralistes reste encore insuffisante.
- Si les entreprises commencent à se mobiliser sur la prévention des risques professionnels, nombre d'entre elles ne sont pas encore pleinement convaincues de l'efficacité de la prévention.

INDICATEURS

INDICATEURS SUIVIS EN RÉGION

- Taux d'accidents du travail avec incapacité permanente.
- Taux d'accidents du trajet avec arrêt de travail.
- Taux de maladies professionnelles indemnisées.
- Taux de maladies professionnelles avec incapacité permanente.
- Taux des affections périarticulaires indemnisées ; taux des atteintes auditives indemnisées ; taux des allergies respiratoires indemnisées.
- Nombre de cancers d'origine professionnelle identifiés à partir des registres du cancer.
- Nombre d'entreprises impliquées dans des démarches de prévention ; chartes, engagements signés.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

Faire respecter le droit du travail en matière de risques professionnels peut aboutir à la cessation d'activité, et donc provoquer des disparitions d'emplois.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D' ACTIONS

- Commission des communautés européennes, Communication de la commission au conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions. *Améliorer la qualité et la productivité au travail : stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail* ; Bruxelles, 21 fév. 2007 : 16 p.
- Fnors. *La santé au travail dans les régions de France*. Rapport réalisé dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2007 passée entre la Fnors et la Direction générale de la santé. Collection « Les études du réseau des ORS » ; septembre 2008 : 108 p.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère de l'Écologie et du Développement

durable, ministère de la Recherche. *Plan national santé-environnement 2004-2008*, La Documentation française ; 2004 : 88 p.

■ Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Direction des relations du travail. *Plan santé au travail 2005-2009*, février 2005 : 90 p.

■ Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Direction générale de la santé. *Livre des plans de santé publique*. Tome I : *Santé publique et prévention* ; octobre 2008 : 59 p.

■ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011*, http://mildt.systaliuim.org/IMG/pdf/Plan_gouvernemental_2-008-2011-DF.pdf.

■ Sites <http://www.travail.gouv.fr> et <http://www.travailler-mieux.gouv.fr>.

■ European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP).

■ *Facts and figures : Move Europe. Healthy work – healthy lifestyle – healthy business*.

■ Breucker G. *Towards Healthy Organisations in Europe – From Utopia to Real Practice*. BKK Federal Association, Essen, Germany <http://www.enwhp.org>.

THÉMATIQUE

Santé mentale

ENJEUX

Les travaux de recherche sont unanimes à reconnaître l'importance des liens entre santé mentale et conditions socio-économiques et environnementales. Plus spécifiquement, les associations entre précarité et dégradation de la santé mentale sont connues.

Les résultats semblent indiquer que, selon le niveau de précarité, les problématiques diffèrent sensiblement pour ce qui concerne spécifiquement les questions de santé mentale. Ainsi, si chez les précaires extrêmes que sont les personnes sans abri se trouvent très significativement plus de personnes atteintes de troubles psychotiques ou de troubles graves de la personnalité qu'en population générale, il n'en va pas de même chez les RMistes ayant un domicile. Ce sont alors plutôt les troubles «névrotiques», dont les déterminants historiques, psychologiques et sociaux sont particulièrement importants, qui se trouvent augmentés. Dans les deux populations, et tout particulièrement chez les personnes sans abri, les troubles liés à l'usage de substances (alcool, tabac, drogues illicites) sont très accrus par rapport à la population générale.

En résumé, l'existence préalable d'un trouble mental favorise une précarisation ultérieure, et une situation précaire favorise l'apparition, la persistance ou l'aggravation de troubles mentaux.

■ Dans le sens troubles mentaux ► précarisation, l'existence d'un trouble mental perturbe les relations sociales, professionnelles, amicales, conjugales, nuit à la formation initiale et continue, diminue les facultés d'apprentissage,

de concentration, de planification et de résistance aux stress, a des retentissements sur le fonctionnement professionnel, dégrade la motivation et la capacité de former des projets et de s'inscrire dans la durée, engendre des comportements d'échec.

■ Dans le sens précarisation ► troubles mentaux, la situation précaire accroît les facteurs de stress (problèmes financiers et logement, tensions au travail, faibles marges de manœuvre, transports, horaires, tensions conjugales...), réduit le soutien social ou les capacités à l'utiliser, accroît la vulnérabilité psychologique (perte d'estime de soi, utilisation de modalités d'ajustement inefficaces...).

Par ailleurs, la prévention du suicide, notamment du suicide des jeunes, est un enjeu crucial.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

S'agissant des troubles résultant de difficultés sociales, on peut en première approximation considérer que les indicateurs sociaux classiques (emploi, revenu, situation familiale...) permettent de poser un diagnostic et de mesurer à la fois l'ampleur des problèmes et leur tendance évolutive.

La prévalence des maladies mentales est assez bien connue pour les plus fréquentes (dépression sévère pour 7 à 8 % de la population, schizophrénie autour de 1 %) et nécessite à la fois des soins et un accompagnement social pour éviter une détérioration de l'insertion sociale.

Le suicide est la cause de 12 000 morts par an.

Notre pays est champion du monde en matière de consommation de psychotropes.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

La principale idée reçue est que les malades mentaux seraient incapables d'une insertion sociale. De nombreux exemples attestent du contraire dans la vie courante et les milieux de travail ordinaire, sans même qu'il soit besoin de mentionner les personnages historiques (Novalis, Artaud, Nietzsche, Van Gogh...) ayant contribué à l'évolution des idées de leur temps dans tous les domaines, malgré ou grâce à leurs difficultés sur le plan mental.

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL

Éviter l'entrée dans la spirale négative où les événements défavorables de la vie sociale renforcent ou font apparaître les difficultés mentales qui elles-mêmes accroissent la désinsertion sociale

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS OU SPÉCIFIQUES

- Mettre en place des dispositifs permettant le maintien d'une vie sociale des malades mentaux, que ce soit dans la cité, dans la famille ou en milieu de travail ;
- Mettre en place des dispositifs de soutien aux personnes faisant face à des événements traumatisants (perte d'emploi, deuil...) ;
- Organiser la prise en charge et le suivi des personnes ayant fait des tentatives de suicide.

ACTIONS

- Aider au maintien à domicile des personnes en situation de vulnérabilité.
- Développer les possibilités d'hébergement des malades mentaux dans la cité, en lien avec le secteur psychiatrique et les municipalités.
- Favoriser le maintien ou l'insertion au travail soit en milieu de travail ordinaire, soit en milieu de travail protégé.
- Soutenir les initiatives associatives : création de clubs, de groupes d'entraide mutuelle (GEM).
- Former les agents de Pôle emploi aux signes de souffrance psychique.
- Former les professionnels de santé des services d'accueil des urgences à la prise en charge des personnes ayant fait des tentatives de suicide.
- Développer les équipes mobiles de psychiatrie.

PARTENAIRES (CARTOGRAPHIE DES ACTEURS)

- Centres hospitaliers, généraux ou non, disposant de services de psychiatrie.
- Direction régionale de la cohésion sociale.
- Associations (Unafam, Fnapsy...).
- Associations de quartier.
- Municipalités.
- Bailleurs sociaux.
- Médecins libéraux.
- Pôle emploi.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

La présence de malades mentaux dans des appartements, parfois communautaires, parfois individuels, peut susciter un mouvement de rejet. C'est pourquoi chaque installation doit être préparée en lien étroit avec les bailleurs et la municipalité : ils seront d'autant plus motivés qu'ils auront été associés en amont. Le maintien des liens organisés entre les résidents et le service psychiatrique est un facteur de réussite.

Les difficultés économiques de la période actuelle aggravent la vulnérabilité d'un grand nombre de personnes et sont peu favorables à l'insertion par le travail de personnes fragiles ou en situation de handicap psychique.

La période récente a vu un recentrage de fait des équipes psychiatriques sur les lieux de soins, qui s'est effectué parfois au détriment des projets d'insertion dans la cité des malades mentaux.

Le problème de l'accès physique aux dispositifs de soins et sociaux en fonction de leur répartition sur le territoire est à prendre en compte selon les régions, les différentes zones rurales et urbaines de la région.

INDICATEURS

- Mortalité par suicide ; tentatives de suicide.
- Proportion de personnes suivies au long cours/personnes hospitalisées.
- Formations dispensées aux agents de Pôle emploi.
- Appartements communautaires, équipements de travail protégé, clubs et GEM.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

Réduire à une approche psy toutes les dimensions de santé mentale, au risque de médicaliser certains problèmes de société (ainsi, le suicide est maintenant corrélé à la pauvreté).

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D' ACTIONS

De nombreux secteurs de psychiatrie ont développé ce type d'actions. La démarche la plus systématique sur ce champ a été impulsée par le Dr J.-L. Roelandt, à Lille.

THÉMATIQUE

Violence

ENJEUX

« La violence est un fléau universel qui détruit le tissu social et menace la vie, la santé et la prospérité de tous¹. » Selon l'OMS, la violence est : « L'usage délibéré, ou la menace d'usage délibéré, de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès ou un dommage moral, un mal-développement ou une carence. »

Si la préoccupation des maltraitances envers les enfants fait aujourd'hui l'objet de l'attention générale, les violences en institution (établissements pour personnes âgées ou handicapées...) sont encore trop souvent ignorées, alors qu'elles concernent des personnes souvent plus vulnérables. La violence en milieu de travail revêt fréquemment la forme du harcèlement, que les contraintes externes (concurrence, crise économique) peuvent créer ou exacerber.

Cependant, les conditions de vie dans certains territoires sont génératrices de violence.

1. Tursz A., ministère de la Santé et des Solidarités. *Violence et santé : rapport préparatoire au plan national*, La Documentation française, Paris, 2006.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

Il existe d'assez nombreuses données sur les faits de violence ayant concerné la population en général ou des populations particulières (enfants, femmes, personnes handicapées...), mais les connaissances sanitaires de ces violences sont moins nombreuses et moins fiables. Il ressortait néanmoins, selon Anne Tursz, de l'ensemble des données disponibles et qui ont peu évolué depuis, que les déterminants principaux sont la détresse affective, l'isolement et la consommation d'alcool, qui ne sont pas l'apanage des populations en difficulté.

Les résidents de territoires défavorisés sont les premières victimes de phénomènes de violence.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

La principale idée reçue est que les pauvres seraient plus violents que les riches. Les statistiques les plus fiables en la matière, celles qui concernent les violences faites aux femmes, montrent que la fréquence des violences subies est homogène selon les catégories socioprofessionnelles². De la même manière, dans une enquête menée par l'Inserm, il apparaît que le pourcentage de mères cadres mises en cause dans le décès de leur enfant ne diffère pas de celui des autres catégories sociales.

La deuxième idée reçue est que les personnes extérieures au cercle familial seraient la principale source de violence ; il n'en est rien : la majorité des actes de violence ont lieu au sein de la sphère familiale.

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL

Prévenir les situations de violence pour éviter les conséquences sanitaires immédiates et à terme.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS OU SPÉCIFIQUES

Agir sur les situations de violence dans la petite enfance.

ACTIONS

■ Maltraitance à la petite enfance : elle relève essentiellement des services des collectivités territoriales (PMI et ASE), et de l'Éducation nationale, pour le repérage et la prise en charge des enfants et de leurs familles.

2. Enquête Enveff, 2000.

- Maltraitance en institutions : instruire les plaintes et diligenter des inspections pour apprécier les situations de maltraitance et imposer les changements nécessaires, éventuellement en lien avec les services des collectivités territoriales lorsque celles-ci sont compétentes (maison de retraite, par exemple).
- Sensibilisation des personnels d'accueil des urgences hospitalières.

OUTILS/CADRES

- Protection de l'enfance : la loi du 10 juillet 1989 est le cadre général d'action des pouvoirs publics de l'État et des collectivités territoriales (PMI, ASE) et des services et établissements concernés. Plusieurs textes législatifs et réglementaires complètent les dispositions de cette loi principes.
- Droits des usagers : loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Dispositifs d'accueil et de prise en charge des victimes de violence : cellule d'urgence médico-psychologique ou Cump (au sein des Samu), unités médico-judiciaires au sein de certains établissements publics de santé.

PARTENAIRES

- Collectivités territoriales (PMI, ASE).
- Éducation nationale.
- Justice.
- Police, gendarmerie.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

- Les situations de violence sont souvent taboues, qu'elles aient lieu au sein de la famille ou dans une institution.
- Dans les institutions, une sorte d'équilibre systémique contribue à l'*omerta* et à la pérennisation des violences. L'action externe des pouvoirs publics peut donc être décisive.

INDICATEURS

- Signalements par la PMI, les services d'accueil des urgences.
- Personnes accueillies par les Cump.

PUBLICS

Détenus

ENJEUX

Au 1^{er} février 2009, le nombre des personnes incarcérées s'élevait à 62 744, dont 2 120 femmes et 694 mineurs.

Le profil social et démographique de cette population est très différent de celui de la population générale. En effet, il existe une surreprésentation masculine (>95 %) et, malgré un vieillissement lié à l'allongement des peines, on observe une population en majorité jeune. La classe d'âge des 18-24 ans est six fois plus élevée que dans la population générale.

De nombreux détenus qui intègrent la prison sont déjà en situation de précarité. L'étude du HCSP de 2003 montre que les hommes des classes populaires sont fortement surreprésentés. Ils ont en général fait des études courtes, et 11 % des détenus se déclarent illettrés. La profession des parents confirme la représentation des classes de faibles revenus : ainsi, 47 % des pères et 31 % des mères sont ouvriers.

En 1994, le HCSP, à propos de l'état de santé des personnes incarcérées, retenait deux facteurs essentiels :

- La personne cumule des facteurs de risque au niveau sanitaire, avant même d'être incarcérée. On y retrouve la consommation de substances psychoactives, des conditions économiques et sociales très dégradées et le fait que cette population n'avait pas l'habitude d'être suivie médicalement avant sa détention. Il en découle des troubles pathologiques et sanitaires assez importants.
- L'incarcération provoque l'aggravation ou la réactivation de certaines affections. En effet, le milieu clos et surpeuplé de la prison expose les personnes

à la contamination et au développement des maladies par la persistance de nombreux facteurs de risque (consommation de produits psychoactifs, rapports sexuels, hygiène...). Enfin, la prégnance des troubles psychosomatiques, psychologiques et psychiatriques serait due à l'épreuve de l'enfermement que constitue l'expérience de la détention.

Les besoins de santé sont importants en termes de prévention et de soins, aussi bien au sein des établissements pénitentiaires que dans les suites de l'incarcération (libération, aménagement de peine...).

DIAGNOSTIC – CONSTATS

Les caractéristiques épidémiologiques connues, même si elles restent insuffisantes et parcellaires, renseignent sur les axes de priorité de santé publique à mettre en œuvre.

LA SANTÉ MENTALE

La prévalence de la schizophrénie parmi les personnes détenues est estimée à 7,3 %, dont 3,8 % nécessitent un traitement, et celle des psychoses chroniques non schizophréniques est également de 7,3 %. Les troubles dépressifs concernent 40,3 % des personnes détenues ; 17,9 % présentent un état dépressif majeur¹. Ces chiffres sont à mettre en rapport avec l'évaluation communément admise pour la population générale, selon laquelle la prévalence de la schizophrénie est d'environ 1 % et que 8 % des Français présenteraient un état dépressif une année donnée. Pour une comparaison internationale, la prévalence des psychoses schizophréniques est de 4 % dans les établissements pénitentiaires des pays ayant publié des données épidémiologiques sur les troubles mentaux en détention².

En ce qui concerne le phénomène suicidaire, la direction de l'administration pénitentiaire indique, dans une note datée du 14 mai 2007, que 93 personnes sont mortes par suicide dans les prisons françaises en 2006, soit un taux de 157 pour 10 000 (*versus* 1,71 pour 10 000 en population générale).

LES ADDICTIONS

La population incarcérée se caractérise par une prévalence élevée des phénomènes d'addiction à l'entrée en prison.

En 2003, un tiers des entrants (33,3 %) déclarent avoir consommé des drogues illicites de façon régulière et prolongée dans l'année précédant leur incarcération : du cannabis le plus souvent (29,8 %, en hausse par rapport

1. Falissard B. (dir.) *Enquête sur la santé mentale des personnes détenues primo-incarcérées*, Cemka-Eval, décembre 2004 (http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/detenus/rapport_detenus25-07-06.pdf).

2. Fazel S., Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners : a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 2002 ; 16 : p. 545-50.

à 1997), des opiacés (6,5 %, en baisse), de la cocaïne ou du crack (7,7 %, en baisse), des médicaments « utilisés de façon toxicomaniaque » (5,4 %, en baisse), et du LSD, de l'ecstasy, des colles ou solvants (4 %, en hausse).

En ce qui concerne le tabac, près de quatre entrants sur cinq (77,8 %) déclarent fumer du tabac quotidiennement, et un sur sept (15 %) consomme plus de 20 cigarettes par jour. La prévalence du tabagisme quotidien est plus élevée parmi les entrants en prison que dans l'ensemble de la population, et ce quel que soit l'âge. Concernant les femmes, un peu moins de deux entrantes sur trois (63 %) déclarent fumer du tabac quotidiennement, *versus* près de quatre hommes sur cinq (78,5 %). Ainsi, la prévalence d'un tabagisme quotidien important est sept fois plus élevée parmi les femmes entrant en prison que parmi les femmes en population générale³.

Selon les déclarations des entrants qui font état d'une polyconsommation, il apparaît que l'association la plus fréquente – alcool et drogues illicites – concerne un peu plus de la moitié d'entre eux, et que 42 % des usagers de drogues illicites ont déclaré une consommation excessive d'alcool.

Enfin, un abus ou une dépendance à l'alcool est diagnostiqué pour 30 % des détenus incarcérés depuis moins de six mois⁴.

LES MALADIES INFECTIEUSES

La prévalence de maladies infectieuses d'origine virale est plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale. En 2003, la prévalence de l'infection par le VIH est de 1,04 % (0,21 % dans la population générale) et des anticorps anti-VHC de 4,2 % (0,84 % dans la population générale)⁵.

Une attention particulière devra être portée à la tuberculose. En effet, les données épidémiologiques disponibles montrent que l'incidence de la tuberculose en 2004 des personnes en établissement pénitentiaire est d'environ 90 cas pour 100 000, soit 10 fois plus élevée qu'en population générale⁶. Plus récemment, une étude dans les établissements d'Île-de-France montre une prévalence de 106,9 pour 100 000 détenus⁷.

LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Bien qu'elles soient souvent fragmentaires, les données disponibles soulignent toutes le mauvais état de santé bucco-dentaire des personnes détenues.

En 2003, la moitié des entrants en détention nécessitaient des soins bucco-dentaires et 2,7 % des soins urgents (Drees). Diverses études locales ou régionales confirment la forte prévalence des pathologies bucco-dentaires

3. Drees. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Études et résultats*, n° 386, mars 2005.

4. Falissard B. (dir.). *Enquête sur la santé mentale des personnes détenues primo-incarcérées*, Cemka-Eval, décembre 2004 (http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/detenus/rapport_detenus25-07-06.pdf).

5. Dhos. *Enquête un jour donné sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire : résultats de l'enquête de juin 2003*, 2004.

6. Che D., Bitar D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2004, *BEH*, n° 18, 2006.

7. Cochet A., Isnard H. Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Île-de-France. Enquête prospective, 1^{er} juillet 2005-30 juin 2006, *BEH*, n° 2, janvier 2008.

dans cette population : caries, parodontopathies, séquelles de traumatismes dentaires, nombre de dents absentes.

Cette situation s'explique par les facteurs suivants :

- Les détenus proviennent très majoritairement de milieux sociaux défavorisés. Leur mauvais état bucco-dentaire est d'abord le reflet de cette réalité sociologique et la conséquence des facteurs de risque qui l'accompagnent : pratiques d'hygiène bucco-dentaire moins largement diffusées que dans la population générale ; moindre recours à la prévention par les fluorures ; moindre recours aux soins (crainte de la douleur, obstacles financiers à l'accès aux soins, prothétiques en particulier).
- Il existe des facteurs d'aggravation de cet état au cours du séjour en détention : alimentation déséquilibrée (prises répétées de produits sucrés et de sodas) ; stress, états dépressifs et prise de psychotropes (d'où sécheresse buccale favorisant la carie) ; tabac ; alcool ; autres toxiques.

Ce mauvais état bucco-dentaire n'est pas sans conséquences sur l'état général (douleur, infection), et peut entraîner des complications (cf. fiche « Santé bucco-dentaire », page 90).

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

Les détenus ne se préoccuperaient pas de leur santé.

OBJECTIFS

L'ARS, de par ses compétences, doit favoriser, dans les établissements pénitentiaires, la convergence d'actions de prévention, de soins, en s'appuyant notamment sur ses moyens d'inspection et de contrôle.

Elle doit créer les conditions favorables pour la continuité des soins au sein et en sortie des établissements (ex. : hôpitaux, CHRS...) à partir des recommandations de la circulaire n° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps) :

- Adapter les politiques de santé publique (plans et programmes nationaux) au milieu pénitentiaire.
- Promouvoir le recours à la prévention, en facilitant l'accès à l'information par des interventions de santé. Les actions de prévention et d'éducation pour la santé ont une grande importance dans un lieu de privation de liberté, où l'état de santé des personnes est déficient.
- Favoriser l'accès et la continuité des soins, dès la mise en détention et lors de la sortie, les unités de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa) étant des antennes des établissements de santé.

ACTIONS

- Mettre en place un programme d'inspection afin de veiller à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des personnes détenues et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires.
- Mettre en place une politique de prévention active du suicide, en passant notamment par la formation des personnels (de surveillance, des services pénitentiaires d'insertion et de probation, et des équipes sanitaires) au repérage de la crise suicidaire.
- Entreprendre le traitement des pathologies préexistantes et informer les détenus sur les comportements (hygiène, alimentation, sevrage alcoolotabagique...) favorables à la santé.
- Adapter les moyens matériels, humains et organisationnels, notamment bucco-dentaires, à la prise en charge de la santé en milieu carcéral pour permettre de répondre de façon satisfaisante à la situation.
- Assurer l'articulation entre les services de soins au bénéfice des détenus.
- Organiser la continuité entre les soins dispensés aux personnes détenues et ceux auxquels elles vont avoir accès après leur remise en liberté.
- Développer des initiatives pour permettre un accès aux soins, à la prévention et aux droits sociaux des personnes écrouées bénéficiant de semi-liberté, de placements sur des chantiers extérieurs, ou qui sont sous surveillance électronique.
- Mettre en place des mesures visant à améliorer les conditions d'hébergement en détention des personnes handicapées, à leur permettre d'avoir accès à des moyens de rééducation fonctionnelle et de bénéficier des aides, allocations et prestations en nature offertes aux personnes non détenues.
- Mettre en place des actions d'information et d'éducation pour la santé concernant les addictions et la prévention des risques infectieux (VIH, hépatites).

PARTENAIRES

- Hôpitaux, CHRS.
- Conseils généraux, conseils régionaux.
- Services déconcentrés de l'État.
- Associations (<http://www.vie-publique.fr/documents-vp/prison-assoc.pdf>).
- Services de l'administration pénitentiaire.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

- Concilier les objectifs sanitaires et les contraintes pénitentiaires.
- Les carences de l'hygiène en milieu pénitentiaire sont de nature à compromettre tout effort sérieux d'éducation à la santé. La vétusté d'un grand nombre

d'établissements, l'état des sanitaires, la promiscuité en détention demeurent des facteurs limitants majeurs.

INDICATEURS

Chiffres clés de l'administration pénitentiaire : nombre de détenus, nombre de personnes en milieu ouvert, nombre d'établissements : <http://www.justice.gouv.fr/index.php?rubrique=10036&ssrubrique=10041>.

Existence d'un programme d'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires (EP) ; nombre d'EP inspectés par an, etc.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

Aucun.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D' ACTIONS

- http://www.vie-publique.fr/documents-vp/colloque_sante_prison.pdf.
- *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, ministère de la Santé et de la Protection sociale, ministère de la Justice, septembre 2004.
- La santé en prison, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 44, Paris, La Documentation française, septembre 2003 : 72 p.
- *Rapport d'évaluation Igas/IGSJ. L'organisation des soins aux détenus*. Juin 2001.
- La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Études et résultats*, n° 386, mars 2005, Drees.
- La circulaire relative à l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires, avec ses annexes dans le *BO* du ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-02/a0020041.htm>.
- Circulaire de la DAP n° 2007-PMJ2 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels : <http://www.textes.justice.gouv.fr/>.
- L'outil d'aide à l'inspection sanitaire : http://www.archives.intranet.sante.gouv.fr/sant/mc/mci/sante_detenus/index.htm.

PUBLICS

Gens du voyage

ENJEUX

Les « gens du voyage » sont des citoyens français, appartenant à la population « tsigane » parmi laquelle on trouve les « gitans », les « manouches »... Ils se caractérisent par un mode de vie marqué par une tradition d'itinérance remontant à plusieurs siècles.

En France, la situation des « gens du voyage » est aujourd'hui diversifiée, et ils ne représentent pas une catégorie homogène de populations. Une partie d'entre eux est intégrée dans la population générale. Une majorité s'est sédentarisée ; les autres ont gardé une vie semi-sédentaire ou itinérante. Ils sont entre 350 000 et 600 000 en France, dont environ 140 000 itinérants.

Nombre de personnes et de familles connaissent cependant des difficultés, dans des proportions variables. Ces difficultés relèvent, pour l'essentiel, d'un double phénomène :

- la discrimination persistante et forte dont ils sont trop souvent encore l'objet en raison de leur origine ethnique et/ou de leur mode de vie (caractérisé par l'itinérance ou une semi-itinérance), qui entretient à leur égard méfiance et suspicion ;
- une évolution économique et sociale qui dégrade des conditions de vie déjà précaires. Ces deux phénomènes sont souvent conjugués. Nombre de ces familles sont dans la situation générale des populations précaires. En termes de revenus économiques et à titre d'exemple : en Charente-Maritime, 70 % des gens du voyage perçoivent le RMI.

Par ailleurs, concernant la situation des plus jeunes, environ 60 % des enfants de familles itinérantes sont scolarisés. La fréquentation des collèges, et plus encore des lycées, est très faible. Selon le Conseil de l'Europe, le niveau général d'éducation est très faible puisque 80 % des adultes sont analphabètes ou illettrés.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

Nous disposons de peu de données précises en France, mais des études étrangères apportent un éclairage épidémiologique.

En Irlande, une étude de 1987 retrouvait un taux de mortalité plus élevé que dans la population générale : les hommes vivaient en moyenne dix ans de moins et les femmes douze ans¹.

Une étude anglaise, publiée en 2007, s'est intéressée à l'état de santé de cette population en le comparant à celui de la population générale :

- Elle déclare un plus mauvais état de santé, et la proportion rapportant une limitation d'activité due à une maladie de longue durée est de 41,9 %, comparée à 18,2 % en population générale.
- La prévalence des pathologies (anxiété, pathologies pulmonaires, douleurs thoracique, articulaire, cardiaque) est significativement plus élevée parmi la population tsigane, exception faite du diabète, des accidents vasculaires cérébraux et des cancers.
- Il existe une plus forte proportion de fausses couches, ainsi que de mortalité néonatale².

Ces informations sont à rapprocher des données obtenues en France dans certains rapports qui incluent le plus souvent les Roms migrants.

- Des problématiques de santé surreprésentées du fait de la précarité dans laquelle vivent ces populations ;
- Du saturnisme chez les enfants séjournant sur des terrains présentant une surcharge en plomb excessive, également en lien avec l'activité professionnelle (ex. : ferrailleur) ;
- Des maladies cardio-vasculaires dues à une mauvaise alimentation générant obésité, surpoids et quelquefois cholestérol et diabète ;
- Des accidents domestiques, en partie attribués aux modes et aux conditions de vie ;
- Des états d'anxiété, pour lesquels certains professionnels de santé notent que beaucoup d'enfants prennent des médicaments ;
- Un risque accru de fausses couches, de prématurité, de grossesses précoces, etc., avec un mauvais suivi de ces grossesses ;
- Des maladies génétiques en lien avec la consanguinité des parents ;
- Une insuffisance du taux de couverture vaccinale chez les enfants.

1. Barry J., Herity B., Solan J. *The Travellers' Health Status Study; Vital Statistics of Travelling People, 1987*, Dublin, Health Research Board.

2. Parry G., van Cleemput P., Peters J., Walters S., Thomas K., Cooper C. Health status of gypsies and travellers in England, *JECH* 2007, 61 : p. 198-204.

L'accès à la prévention en matière de santé rencontre les mêmes difficultés que pour les populations en situation de précarité. Mais s'y ajoute le fait que les tsiganes constituent un public à part, à cause du fort taux d'illettrisme parmi les adultes et de leur mode de vie itinérant.

Les inégalités constatées traduisent :

- Des difficultés d'accès aux soins en France. Difficultés liées à l'ouverture des droits (CMU, CMU-C, AME), ainsi qu'à la méconnaissance des structures de soins et à la barrière de la langue.
- Des conditions de vie difficiles. Les conditions de vie aggravent l'état de santé, voire sont un facteur déclenchant de pathologies : hygiène corporelle difficile à assurer en l'absence d'accès à l'eau et à des sanitaires individuels et propres ; exposition aux intempéries ; terrains boueux et marécageux ; alimentation à base de produits récupérés dans les poubelles des marchés et supermarchés ; stress, présence de rongeurs et de parasites sur les terrains.
- Des ruptures de soins. L'instabilité et les expulsions multiples des lieux de vie ne facilitent pas l'accès à un réseau sanitaire de proximité. Par ailleurs, chaque changement de lieu de vie provoque la rupture du suivi médical.

OBJECTIFS

À partir des recommandations de la circulaire n° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps) :

- Promouvoir le recours à la prévention en facilitant l'accès aux dispositifs de prévention par des interventions de santé, et permettre aux gens du voyage de bénéficier des actions de prévention définies dans les plans nationaux de santé publique.
- Favoriser l'accès et la continuité des soins, en s'assurant de l'ouverture de leurs droits et en facilitant l'accès aux professionnels de santé (médecins traitants, Pass), notamment pour le suivi des pathologies chroniques.
- Appuyer, renforcer l'action locale pour mettre en œuvre, sans discrimination, les dispositifs existants, en mobilisant les préfets, les partenaires, notamment associatifs, et l'ensemble des réseaux locaux.

THÈMES D' ACTIONS

- Veiller à permettre l'accès de ces populations aux mesures novatrices des plans nationaux ou régionaux de santé publique par des mesures adaptées.
- Utiliser des médiateurs de santé pour favoriser l'accès aux dispositifs de santé et de prévention.
- Veiller à l'ouverture des droits aux prestations sanitaires et sociales.
- Proposer une organisation adaptée et facilitatrice pour assurer la continuité des soins, notamment pour le suivi des pathologies chroniques (médecin traitant, Pass, etc.).

- Mobiliser les préfets, les partenaires (notamment associatifs), les professionnels de la santé sur l'application du droit à la santé (condition de vie, hygiène, sécurité, travail...) et sur l'importance du travail en réseau.

PARTENAIRES

Communes, conseils généraux, conseils régionaux, caisses d'allocations familiales, Éducation nationale (centres académiques pour la scolarisation des nouveaux arrivants et des enfants du voyage – Casnav), services déconcentrés de l'État, associations (Fnasat, MDM, réseau Idéal – gens du voyage...), professionnels de santé, Hôpitaux-Pass, Halde.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

Les discriminations envers les gens du voyage, qui se caractérisent par les nombreux préjugés et stéréotypes qui persistent au fil des années. Ce phénomène cristallise le rejet de ces populations dans l'opinion publique et les médias.

Ces situations favorisent l'isolement communautaire et sont des freins à l'accueil, à l'insertion, à la prévention et à l'accès à des soins dans le cadre du droit commun.

L'itinérance représente une difficulté dans le suivi de ces populations (rupture soins et services).

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

Risque de stigmatisation accrue par des programmes spécifiques.

INDICATEURS

Taux de réalisation des schémas départementaux d'accueil des gens du voyage : nombre de places en aires d'accueil réalisées (par région)/nombre total de places en aires d'accueil prévues aux schémas (par région ; indicateur Lolf pour les programmes pilotés par la DGUHC).

Taux d'aires d'accueil des gens du voyage dotées d'un dispositif d'accompagnement ou de suivi social et de santé : prévision 2009 : 35 % ; cible 2011 : 38 % (indicateur BOP 177).

SOURCES

- Étude et propositions sur la situation des Roms et des gens du voyage en France, Commission nationale consultative des droits de l'homme, 7 février 2008.
- Loi n° 69-3 du 3 janvier 1969 modifiée «relative à l'exercice des activités ambulantes et au régime applicable aux personnes circulant en France sans domicile ni résidence fixe».
- Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage.
- *Le stationnement des gens du voyage*, rapport au Premier ministre, Pierre Hérisson sénateur, mai 2008.
- Circulaire n° NOR/INT/D/06/00074/C relative à la mise en œuvre des prescriptions du schéma départemental d'accueil des gens du voyage.
- Circulaire n° 2002-101 du 25 avril 2002 relative à la scolarisation des enfants du voyage et de familles non sédentaires.
- Circulaire n° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps).
- Site Idéal – gens du voyage : <http://www.reseau-gdv.net/>.

PUBLICS

Handicapés

ENJEUX

La réduction des inégalités sociales de santé et du handicap s'inscrit pleinement dans les objectifs de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur « *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ». Le nouveau cadre législatif prévoit l'accessibilité généralisée à l'ensemble des lieux et services ouverts aux citoyens : transports, bâtiments publics, établissements de santé, mais aussi éducation, emploi, activité sociale ou vie citoyenne.

La mise en œuvre de la loi impose au préalable de bien identifier les populations concernées par la notion de handicap. Le handicap se présente sous de multiples formes et n'a pas de définition univoque. Les principaux travaux et enquêtes menés sur ces populations ont mis en évidence la notion d'interaction entre les caractéristiques individuelles d'une personne (la déficience) et son environnement.

Outre la nature de la déficience (mentale, visuelle, auditive, physique, cognitive, psychique), le degré de dépendance et l'âge de survenue du handicap, la situation sociale des personnes handicapées a plusieurs dimensions :

- La reconnaissance administrative – ou non – du handicap ;
- Le versement – ou non – de prestations et leur niveau ;
- L'activité professionnelle éventuelle, en milieu dit « ouvert » ou « protégé » (établissements et services d'aide par le travail) ;
- Le lieu de vie : à domicile (seul ou chez des parents), en institution, la nature de l'institution ;

- La présence de l'entourage familial, la présence d'un accompagnement social, éducatif, médico-social, le statut éventuel de « majeur protégé », etc. ;
- La qualité de la prise en charge en milieu médico-social ;
- La catégorie socioprofessionnelle des personnes concernées et des parents : l'enquête Handicap, incapacités, dépendance montre qu'un enfant d'ouvrier est deux fois plus souvent atteint d'une déficience qu'un enfant de cadre, ou encore que les déficiences sensorielles sont fortement liées et génératrices d'inégalités sociales.

Le directeur général de l'ARS est compétent sur le champ médico-social.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

Les réponses aux besoins de l'ensemble des personnes handicapées en matière de santé sont insuffisantes. Il serait vain d'établir des catégories moins favorisées du point de vue des inégalités sociales de santé, tant la situation est globalement défavorable. Ni les critères socio-économiques ni le type de handicap ne permettraient, à eux seuls, de hiérarchiser des populations prioritaires.

Au-delà des soins ou de la prise en charge que nécessite le handicap, toutes ces personnes sont sujettes à différents problèmes de santé, parfois sans lien direct avec le handicap (bucco-dentaires, ophtalmologiques, gynécologiques, santé mentale). Ces personnes ont des difficultés plus ou moins considérables pour accéder à ces soins, comme cela est mis en évidence dans le rapport de la Haute Autorité de santé.

Ces inégalités sociales peuvent être fortement aggravées par les inégalités territoriales en matière d'équipement.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

- Les personnes handicapées représentent un groupe uniforme, qui appelle une seule réponse en matière d'offre de soins et de prévention.
- Les personnes handicapées disposent de revenus suffisants pour subvenir à leurs besoins (les revenus versés pour compenser le handicap – allocation pour adulte handicapé, ou prestation de compensation du handicap – ne couvrent pas l'intégralité des besoins).

OBJECTIFS

Il semble nécessaire, dans la définition des objectifs, de tenir compte de certaines périodes charnières.

- Décloisonner les champs sanitaire et médico-social, et renforcer la coordination pour aboutir à un travail en réseau.
- Rendre effective l'accessibilité des dispositifs de santé, en termes d'environnement (dispositions architecturales et aménagements) et en termes

d'adaptation des services (aménagement des modalités d'accueil, des temps d'attente, évaluation des besoins, adaptation des nouvelles technologies, des supports pédagogiques, etc.).

- Améliorer l'annonce du handicap et l'accompagnement des personnes et des familles, particulièrement pour les populations en difficulté.
- Développer la prévention et l'éducation pour la santé dans les institutions médico-sociales.
- Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes en institution et à domicile.

ACTIONS

- Développer l'information et la formation des professionnels de santé, en particulier sur les handicaps (polyhandicap, maladie mentale, autisme, traumatisme crânien, surdité, etc.), et l'organisation du secteur du handicap.
- Associer les usagers handicapés, les associations de familles et les établissements aux instances et aux travaux relatifs à l'organisation du système de santé.
- Répertorier les structures et les professionnels de santé compétents sur le territoire pour améliorer l'orientation et la formation.
- Développer les actions de prévention auprès des personnes relevant d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux, en s'appuyant sur les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé.
- Développer les collaborations entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé.
- Favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans les institutions sanitaires et médico-sociales elles-mêmes.

PARTENAIRES

- Les partenaires institutionnels : conseils généraux, maisons départementales des personnes handicapées, caisses d'allocations familiales, Éducation nationale.
- Les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et les professionnels exerçant en libéral (orthophonistes, ergothérapeutes, etc.).
- Les établissements de santé.
- Les associations représentant les usagers et les familles. Il est important de veiller à la représentation des diverses familles de handicaps et à la présence des usagers, parfois réunis en associations indépendantes. Sur une grande partie des territoires, et notamment en milieu rural, les associations les plus visibles sont aussi gestionnaires d'établissements.
- Les autres partenaires : associations de tutelles, centres de rééducation fonctionnelle, centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (Creai), groupes mutualistes, centres d'information et de conseil sur les aides techniques (Cicat), centres régionaux et départementaux d'éducation pour la santé et associations spécialisées dans la prévention, Halde, etc.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

Les obstacles, multiples, sont liés :

- à la variabilité de l'implication de certains professionnels du « droit commun » : déficit de connaissance et des réseaux adaptés ;
- à la coordination encore imparfaite entre les professionnels ;
- à l'environnement (inaccessibilité et inadaptation des services) : inaccessibilité des lieux de soins, modalités de prise de rendez-vous (téléphone pour les malentendants et les sourds), matériels inadaptés (sièges de soins dentaires, tables gynécologiques), coût des soins (renoncement), manque de dispositifs spécialisés lorsque ceux-ci se sont avérés nécessaires (exemple des unités de soins pour patients sourds en langue des signes).

Certains de ces obstacles sont particulièrement aigus aux périodes charnières de la vie :

- la périnatalité et petite enfance, autour du dépistage, du diagnostic et de l'annonce du handicap, moment marqué par l'errance des familles, le suivi aléatoire des enfants à risque (grande prématurité). Concernant la prévention et le dépistage du handicap avant la naissance, des études mettent en avant d'importantes différences sociales en matière d'accès aux dispositifs (dépistage de la trisomie 21 et mode de prévention des anomalies du tube neural plus accessibles aux catégories socioprofessionnelles supérieures).
- le vieillissement, qui concerne un nombre croissant de personnes handicapées dès 40 ans, demande des soins accrus et souvent un changement de mode d'accompagnement et d'accueil.

Les personnes handicapées constituent des groupes hétérogènes avec des besoins de compensation des déficiences bien spécifiques et des modes de communication variés (langage simplifié, langue des signes, langage parlé complété). La variété des situations peut rendre difficiles l'accès aux soins, l'information médicale, la protection de la vie privée (l'information est transmise à une tierce personne).

INDICATEURS

- Nombre de formations en éducation pour la santé adaptées et mises en place.
- Nombre de conventions entre les institutions médico-sociales et les établissements de santé.
- Pourcentage des personnes handicapées employées dans les établissements et institutions.

POSSIBLES EFFETS ADVERSES

Risque de stigmatisation accrue par des programmes spécifiques.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D'ACTIONS

- Rapport de la commission d'audition de la Haute Autorité de santé sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, 23 janvier 2009.
- La situation des personnes handicapées, un enjeu de société. *Adsp* n° 49, La Documentation française, décembre 2004.
- *Personnes vulnérables et domaine médical, quels sont leurs droits ?* Les guides de l'AP-HP, 2007.
- Soraya Kompany, délégation interministérielle aux Personnes handicapées. *Accessibilité pour tous : la nouvelle réglementation*. Éditions du Puits fleuri, 2008.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur « L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », notamment les titres II « Prévention, recherche et accès aux soins » et IV « Accessibilité ».

PUBLICS

Migrants

ENJEUX

Définitions de l'Insee : « Une personne immigrée est une personne résidant en France et née étrangère dans un pays étranger » ; « Un étranger est une personne résidant en France et n'ayant pas la nationalité française. »

Les estimations effectuées par l'Insee en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2005 sont les suivantes :

- Immigrés : 4 959 000 personnes, soit 8,1 % de la population, les étrangers en situation irrégulière non compris.
- Étrangers : 3 501 000 personnes, soit 5,7 % de la population.

Les migrants constituent une population d'une grande hétérogénéité, de par leurs origines géographiques, les motifs et circonstances de l'immigration, leurs revenus, la durée de résidence en France et le statut.

Cette population est cependant globalement plus exposée à la précarité que le reste de la population. Ainsi, en 2001, les ménages immigrés perçoivent des revenus inférieurs de 32 % à ceux des ménages non immigrés, toutes catégories socioprofessionnelles confondues. Le niveau de vie des ménages immigrés est de 26 % en moyenne inférieur à celui des ménages non immigrés. Par ailleurs, les immigrés sont plus souvent que les autres exposés au chômage. Ces situations sont majorées en cas de séjour irrégulier. Par définition, les immigrés en situation irrégulière sont difficilement quantifiables. En juin 1998, le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur les régularisations d'étrangers en situation irrégulière estimait leur nombre entre 350 000 et 400 000.

Les conditions de logement sont globalement moins favorables que pour la population française. Ils sont moins nombreux à accéder à la propriété, plus nombreux à être locataires d'un logement social, et se trouvent plus souvent en état de sur-occupation.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

UN MOINS BON ÉTAT DE SANTÉ PERÇUE

Récemment, une étude sur la santé perçue des immigrés en France a été effectuée à partir de l'enquête décennale santé 2002-2003. Elle montre que les personnes d'origine étrangère vivant en France se déclarent en moins bon état de santé que les Français nés en France. On observe également des différences d'état de santé selon les pays d'origine, liés au niveau de développement de ces derniers.

Par ailleurs, la situation des étrangers nouvellement arrivés diffère de celle de l'ensemble des immigrés. À l'arrivée, les immigrants présentent les profils de pathologie liés aux risques sanitaires auxquels ils ont été exposés dans leur pays d'origine, par les conditions de leur migration et, pour certains, leur passage en camps de réfugiés.

DES PATHOLOGIES PLUS FRÉQUENTES

Des études qui portent sur des pathologies spécifiques relèvent une prévalence élevée de certaines pathologies parmi les populations migrantes en comparaison avec la population générale :

- Les maladies infectieuses (VIH-sida, hépatite B, hépatite C, tuberculose) ;
- Les maladies chroniques liées à la nutrition, le diabète, les maladies cardiovasculaires et l'hypertension artérielle ;
- Les enfants présentent un risque de surexposition aux intoxications au plomb (saturnisme) et aux accidents domestiques (défenestration) ;
- Certaines femmes sont exposées aux mutilations sexuelles et à leurs complications.

DES VULNÉRABILITÉS PARTICULIÈRES

La vulnérabilité liée à la migration :

- la non-maîtrise de la langue. Cette difficulté représente un obstacle à l'intégration en général, et en termes de santé un frein notamment à l'accès à l'information et aux services de soins ;
- l'adaptation à un nouvel environnement : difficultés d'ordre administratif, social, de logement, d'alimentation... ;

- les représentations de la santé. Les spécificités culturelles sur les maladies, la mort, la sexualité... imposent de tenir compte de ces représentations pour développer des démarches de prévention et d'éducation à la santé ;
- les relations interculturelles avec les professionnels. Cette différence des représentations culturelles peut générer des problèmes de communication, source de difficultés diagnostiques ainsi que de prise en charge.

La vulnérabilité liée à la difficulté à l'accès aux soins :

- difficultés d'ordre administratif liées à la complexité de la réglementation et du système de santé ;
- difficultés d'ordre juridique liées au statut des personnes ;
- difficultés liées aux services de santé eux-mêmes (interprétariat...).

La vulnérabilité liée à la précarité :

Les populations migrantes vivent fréquemment en situation de précarité ou d'exclusion, et sont ainsi particulièrement exposées aux conséquences des inégalités sociales de santé.

OBJECTIFS

- Faire bénéficier les migrants des différents programmes nationaux et régionaux de santé.
- Favoriser l'accès et la continuité des soins, en s'assurant de l'ouverture de leurs droits et en facilitant l'accès aux professionnels et dispositifs sanitaires ou médico-sociaux.
- Lutter contre les discriminations.

ACTIONS

- Rendre effectifs les droits et l'accès aux dispositifs (couverture médicale universelle, aide médicale d'État, complémentaire santé, autorisation de séjour pour soins...).
- Faciliter l'accès à un interprétariat de qualité pour garantir un accès équitable à la prévention et aux soins.
- Pour les personnes migrantes vieillissantes, permettre la possibilité de bénéficier aussi bien de l'allocation personnalisée d'autonomie que des autres aides existant en ce secteur (aides ménagères, soins à domicile).
- Prévoir, dans le cadre des schémas gérontologiques départementaux, la réponse aux besoins des personnes âgées vieillissantes dans les foyers de travailleurs migrants.
- Favoriser l'intervention des médiateurs sociaux formés sur le thème de la santé.

- Fournir les informations sur les droits et l'accès aux soins dans les centres de rétention et les Cada.

PARTENAIRES

Collectivités territoriales, Urcam, CPAM, Acsé, associations, Halde, services déconcentrés de l'État.

DIFFICULTÉS/OBSTACLES

Difficultés générales liées aux migrations.

INDICATEURS

- Enquêtes *ad hoc* sur l'état de santé.
- Nombre de bénéficiaires de l'AME.

SOURCES/RÉFÉRENCES EXEMPLES D'ACTIONS

- Acse : <http://www.lacse.fr/>.
- *Insee Première*. Les immigrés en France, une situation qui évolue : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1042.pdf.
- Page Ined relative aux populations immigrées : http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/immigres_etrangers/.
- *Questions d'économie de la santé*, n° 133, juillet 2008, Irdes, La santé perçue des immigrés en France : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes133.pdf>.
- Procédure « étrangers malades » : <http://www.archives.intranet.sante.gouv.fr/dpm/sante/index.htm>.

PUBLICS

Personnes âgées

ENJEUX

La question des inégalités sociales de santé durant la vieillesse a été peu abordée dans les recherches¹, et les travaux disponibles attestent de la persistance des inégalités sociales de santé durant les dernières étapes de la vie. Cette question apparaît comme un sujet majeur qui pourra accompagner la préoccupation grandissante que constitue le vieillissement démographique (les 65 ans et plus constituent une part toujours plus importante de la population française). De façon connexe, le vieillissement confronte l'organisation sociale à deux défis majeurs :

- la prise en charge de la dépendance (aspects sociaux et économiques) ;
- l'impact des réformes du régime de retraite sur les conditions de vie et de santé des personnes âgées.

DIAGNOSTIC – CONSTATS

Il existe de fortes disparités en termes d'espérance de vie entre les différentes catégories socioprofessionnelles, en particulier entre les cadres et les ouvriers. De plus, pour ces derniers, le vieillissement s'accompagne plus souvent et plus tôt d'une période vécue avec des incapacités, et des inégalités sociales

1. Leclerc A., Kaminski M., Lang T. *Inégaux devant la santé; du constat à l'action*, La Découverte/Inserm, 2008.

persistent durant la dernière phase de la vie en terme de qualité de vie, d'incapacités et de mortalité.

En effet, si les inégalités économiques sont plus faibles que dans les autres classes d'âge, il subsiste une poche de pauvreté non négligeable qui concerne environ 15 % de la population de plus de 75 ans. Cette pauvreté touche principalement les femmes, et plus particulièrement les femmes veuves ou vivant seules.

Enfin, de nouvelles populations apparaissent dont l'état de santé est péjoré par rapport à la population générale : les personnes sans domicile fixe vieillissantes, dont la part augmente dans certaines régions urbaines ; les immigrés âgés, principalement ceux logés dans les foyers de travailleurs migrants.

LA PRINCIPALE IDÉE REÇUE

- Il existe moins d'inégalités chez les personnes âgées, « *comme si être âgé, quelle que soit la limite d'âge retenue, transcendait les clivages sociaux. Soit qu'un âge élevé implique une mauvaise santé (pour tous), soit au contraire que les personnes ayant atteint cet âge constitueraient un groupe sélectionné [...] et que les effets de la situation sociale ne seraient plus à l'œuvre* ».
- Il est trop tard pour réduire les inégalités à ce stade.

OBJECTIFS

- Repérer et définir les besoins de populations de personnes âgées prioritaires, en organisant au niveau régional une observation territoriale infra-locale de la santé des personnes âgées.
- Agir sur les déterminants structurels par des offres intersectorielles de soins, de services médico-sociaux et de prestations sociales coordonnées au plus proche des lieux de vie des personnes dans le cadre des contrats pluriannuels locaux de santé.
- Mettre en œuvre des programmes d'actions de proximité pour les personnes âgées vulnérables, agissant sur différents déterminants intermédiaires : les conditions de vie – en particulier habitation et quartier –, la participation sociale, l'accès aux soins et à la prévention, et les modes de vie favorables à la santé.

ACTIONS

- Une organisation régionale pour observer et suivre la population des personnes âgées en inégalités sociales de santé à partir des contrats locaux de santé.

- La mise en place d'un réseau de « personnes sentinelles » (*community gatekeeper*) formées à reconnaître, dans la communauté, les signes d'inégalités sociales de santé. Cette organisation pourra prendre appui sur le « dispositif canicule ».
- La formation des nouveaux professionnels « gestionnaires de cas » à la question de la prise en compte des inégalités sociales de santé chez les personnes âgées dans le cadre des maisons départementales de l'autonomie (5^e risque) articulés avec les contrats locaux de santé.
- Actions sur l'environnement individuel et collectif, ainsi que sur la participation sociale, pour améliorer les conditions et la qualité de vie dans les quartiers ou les villages (urbanisme, transports, services...).
- Actions d'information sur les droits de santé et de prestations sociales, les offres de soins et d'aides techniques (bucco-dentaire, audition, gestes du quotidien, aides à la mobilité, aménagement du domicile...).

PARTENAIRES

- Collectivités territoriales.
- État (direction régionale de la cohésion sociale).
- Assurance maladie.
- Professionnels de santé, médico-sociaux et socioculturels.
- Réseaux et organisations gérontologiques (Coderpa, Clic et Maia).
- Associations de santé, du social et de loisirs.

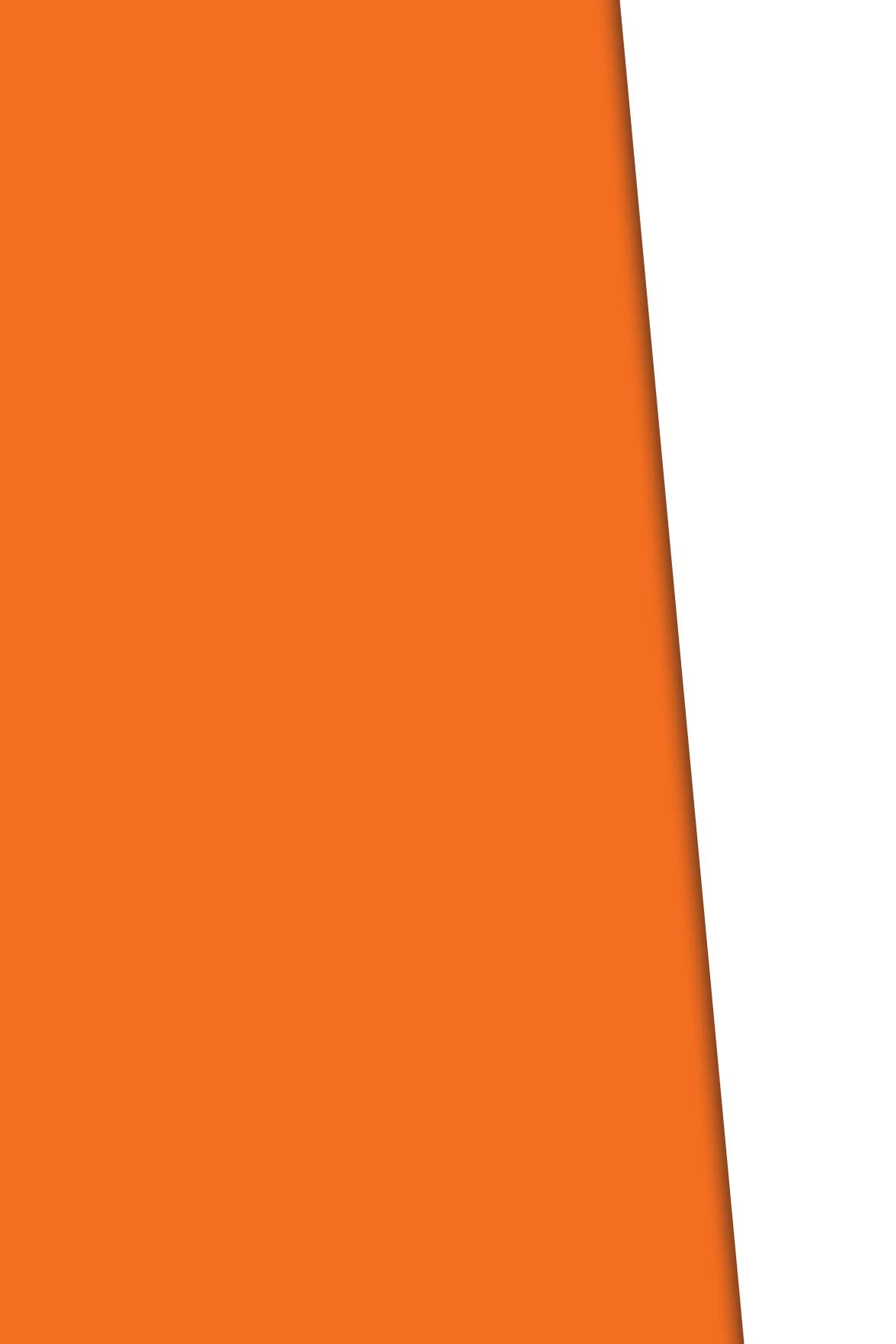
DIFFICULTÉS/OBSTACLES

- La coordination des secteurs sanitaires et du médico-social est souvent insuffisante.
- L'attribution des aides ne couvre pas toujours l'ensemble des besoins des personnes âgées en vulnérabilité sociale.
- Dans certains cas, il existe des discriminations liées à l'âge. De nombreuses pathologies du sujet âgé demeurent encore insuffisamment traitées, même en cas de stratégies thérapeutiques efficaces. Le Comité consultatif national d'éthique a ainsi jugé nécessaire de se prononcer à plusieurs reprises contre toute inégalité d'accès aux soins du seul fait de l'âge.
- Les inégalités sociales de santé ne sont pas prises en compte dans les différents plans du domaine de la gérontologie (Plan national « bien vieillir », Programme national nutrition-santé, Plan national de prévention par l'activité physique, Plan qualité de vie des personnes présentant une affection chronique, Plan Alzheimer).

INDICATEURS

Les indicateurs d'état de santé retenus pour la population âgée prennent en compte l'effet des déficiences ou des maladies sur la vie quotidienne des personnes. On peut ainsi mesurer :

- la qualité de vie et/ou la santé auto-évaluée des personnes ;
- les limitations fonctionnelles et/ou les restrictions d'activité des personnes.



OUTILS

Qualité des interventions (éléments d'évaluation)

Cet outil ne prétend pas isoler ni inventer des facteurs spécifiques qui contribueraient à eux seuls à la réussite d'un projet (action/programmation) dans le champ des inégalités sociales de santé. L'ambition de cet outil de qualité des interventions est plus modeste : il rappelle à la fois les principes généraux d'action (cf. « Stratégies possibles », page 37), les stratégies spécifiques, et il tente de sélectionner parmi quelques indicateurs de processus d'action/programmation ceux qui semblent les plus pertinents sous l'angle des inégalités sociales de santé. En effet, il apparaît tout à fait essentiel de pouvoir apprécier simplement, dès leur conception, l'efficacité potentielle des projets de l'ARS, en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé. Mais l'évaluation *ex ante* des effets des actions sur les inégalités sociales de santé est un champ peu développé et difficile au regard de :

- la multi-factorialité des déterminants sociaux de santé (emploi, revenu, PCS, éducation, genre, âge...);
- le poids des effets de contextes sociaux;
- la dimension de long terme.

Toutefois, en s'inspirant des modalités d'action préconisées tout au long du présent document, il a paru possible de fournir un outil pragmatique permettant de passer au crible de quelques questions les projets des ARS afin d'estimer, *a priori*, leurs effets sur les inégalités sociales de santé.

QUESTIONS OPÉRATIONNELLES À POSER

Pour aider à la prise en compte d'éléments de qualité concernant les projets liés aux inégalités sociales de santé, plusieurs éléments incontournables

doivent être interrogés finement. Les étapes retenues sont : la mobilisation des partenaires, la participation des populations, l'analyse stratégique.

La dynamique partenariale et intersectorielle de l'ARS

L'efficacité d'un projet de santé publique dans la lutte contre les inégalités sociales de santé repose sur une dynamique partenariale élargie à l'ensemble des parties prenantes, organisée dès les premières étapes. La recherche d'un niveau de cohérence des partenaires du projet permet d'assurer l'adhésion et le soutien des différentes personnes impliquées (salariés, adhérents, administrateurs, populations/usagers...), elle favorise le respect du positionnement choisi et une meilleure lisibilité par les autres acteurs, partenaires (notamment les associations, qui sont particulièrement nombreuses et hétérogènes dans leurs valeurs spécifiques, leur fonctionnement, leur organisation).

- Tous les partenaires engagés dans le projet partagent-ils la même définition des inégalités sociales de santé (particulièrement pour les opérateurs sélectionnés à l'issue d'appels d'offres) ?
- Dès la phase de diagnostic, la représentation la plus large possible des partenaires a-t-elle été formalisée afin de favoriser la construction collective et intersectorielle du projet ?
- Des objectifs communs à l'ensemble des partenaires du projet et d'autres plus spécifiques à chacun d'entre eux sont-ils explicités (notamment dans les modalités de l'action, type renforcement des capacités individuelles, du groupe, amélioration des conditions de vie, de travail et d'accès aux services...) ?

La participation/qualification des personnes

La réduction des inégalités sociales de santé est favorisée par la mise en place d'un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens d'accroître leur contrôle sur les déterminants de santé, d'agir sur leur environnement ou d'évoluer avec celui-ci pour maintenir ou améliorer leur état de santé.

- Les avantages et effets adverses possibles que le projet entraînera ont-ils été estimés (notamment avec les représentants des populations et usagers) ?
- L'action/programmation favorise-t-elle la participation des usagers et l'*empowerment* ?

L'analyse stratégique et l'évaluation

L'analyse de la situation est un temps essentiel dans la mise en place du projet ainsi que la préparation de son évaluation. Elle permet d'orienter les choix stratégiques et de définir les priorités.

- L'analyse de la situation a-t-elle été menée à un niveau territorial fin ?
- La stratégie générale s'appuie-t-elle sur l'amélioration de l'efficacité des dispositifs de droit commun ? L'opportunité des actions/programmations

spécifiques est-elle étayée par des données quantitatives et/ou qualitatives justifiant cette mise en œuvre ?

- Le projet se déploie-t-il sur des actions dans les champs de l'environnement, de la petite enfance et à des niveaux fins de territoires ?
- L'évaluation est-elle prévue dès l'analyse pour mettre en évidence les résultats à obtenir : indicateurs sentinelles simples ; groupes à comparer (pour évaluer l'évolution du gradient social) ; suivi sur le long terme (au regard des investissements sur la petite enfance) ; coût/efficacité ? Les ressources mobilisables pour l'évaluation sont, elles, pluridisciplinaires et pluri-professionnelles afin de garantir la diversité et la complémentarité des points de vue.

Formalisation de partenariats et participation de la population

La mise en place des ARS présente de véritables opportunités pour optimiser la lutte contre les inégalités sociales de santé ; néanmoins, l'ampleur des modifications institutionnelles et la montée en charge concomitante de la Révision générale des politiques publiques (RGPP) créent une complexité qui doit être prise en compte par les décideurs.

Au titre des opportunités, la responsabilité d'un acteur unique et bien identifié dans le domaine de la santé (santé publique, établissements de santé et champ médico-social) est incontestablement un atout pour la réduction des inégalités sociales de santé. De même, la capacité de contractualiser à un très haut niveau de responsabilité entre le préfet de région et le directeur général de l'ARS apparaît comme une configuration favorable.

Les principaux risques identifiés concernent la nécessaire articulation de l'ARS avec la RGPP, toutes deux provoquant une reconfiguration importante de l'action administrative aux niveaux régional et départemental.

S'agissant de la RGPP, la principale source de complexité réside dans le fait que les ARS ne disposeront pas de la même configuration d'interlocuteurs de l'État selon la taille des départements ou selon les options retenues dans la répartition des services. En effet, pour les plus petits départements (moins de 400 000 habitants), il convient de souligner que la RGPP conduit à scinder la gestion administrative des dossiers sanitaires et des dossiers sociaux, les agents des services cohésion sociale des Ddass (conseillers techniques en travail social, inspecteurs...) étant appelés à rejoindre les Directions de la cohésion sociale (DCS) ou les Directions de la cohésion sociale et de la population (DCSP).

En outre, selon l'organisation retenue dans les organigrammes, une intervention plus ou moins importante de la Direction de la protection de la population ou de la Direction des territoires devra être envisagée (questions liées au logement, par exemple).

D'une manière générale, il convient de souligner l'importance du rôle de coordination conféré aux préfets : préfet de région pour ce qui concerne la coordination de l'intervention de l'État et la cohérence de l'organisation administrative ; préfets de département pour ce qui concerne la coordination des nouvelles directions départementales.

PROPOSITION D'ORGANISATION (ARS)

Compte tenu des éléments évoqués *supra*, il n'est pas possible de proposer une organisation type de la gestion de la réduction des inégalités sociales de santé. S'agissant des ARS, quelques principes peuvent être retenus.

- L'administration centrale devra veiller à porter ce dossier à travers des directives claires données à la fois aux ARS et aux préfets, de manière à garantir le portage du dossier et l'articulation entre les ARS et les services déconcentrés.
- Au niveau des ARS, d'un point de vue technique, le dossier pourra être porté par les pôles santé publique, interlocuteurs aujourd'hui bien identifiés, en liaison notamment avec les pôles chargés du suivi des établissements de santé.
- Sur le plan opérationnel, de manière comparable à l'organisation retenue sur le champ médico-social, compte tenu notamment des nombreux partenariats avec les collectivités locales et les associations, la délégation départementale de l'ARS pourrait être identifiée comme l'opérateur de proximité de l'agence sur ce dossier.

MÉTHODOLOGIE POUR L'IDENTIFICATION DES PARTENAIRES

Compte tenu de la complexité à gérer, la méthodologie proposée pour mettre en place le réseau de partenaires chargés du dossier de la réduction des inégalités sociales de santé repose sur quatre étapes :

- Description des missions, bénéficiant notamment de la connaissance des orientations antérieures, des projets développés et des projets à développer dans la région.
- Cartographie administrative pour chaque département permettant d'identifier précisément le service compétent pour chaque mission (par exemple, DCSP ou Direction départementale du territoire (DDT) pour les aspects logement, DCSP ou DCS selon la configuration du département).
- Identification des décideurs relais de manière à s'assurer du portage du dossier.
- Conventonnement avec le préfet de région ou chaque préfet de département de manière à garantir et à stabiliser les circuits administratifs mobilisables.

ATELIERS SANTÉ-VILLE (ASV)

Cadre

Dispositif créé dans le cadre de la politique de la ville et de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (Praps/programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins). Décision du Comité interministériel des villes du 14 décembre 1999.

Mesures santé décidées par les comités interministériels des villes (CIV)

- CIV du 14/12/1999, création des « ateliers santé-ville » (ASV),
- CIV du 09/03/2006, décision de généralisation des ASV, mise en œuvre d'équipes mobiles de psychiatrie,
- CIV du 20/06/2008, annonce de la dynamique « Espoir banlieues » ; trois mesures santé : lutte contre le refus de soins, maisons de santé pluridisciplinaires, contrats locaux de santé publique pour les sites en contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) dotés d'ASV.

La dynamique « Espoir banlieues » consiste à renforcer l'effort en propre des différents ministères concernés ; elle induit par ailleurs une nouvelle priorisation de quartiers et crée la fonction de « délégué du préfet » (cf. circulaire du 30/07/2008 et arrêté du 11/12/2008 — JO du 13/12/2008 n° 290).

Circulaires relatives aux ASV

- Circulaire DGS/SP.2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en œuvre des Praps – publication du cadre de référence des ASV.
- Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ASV.
- Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n° 2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé-ville.

Rôle et objectifs

- Structurer et développer le « volet santé » des contrats de ville (désormais Cucs) en articulation et cohérence avec les autres volets de ces contrats (logement, éducation, emploi...), moyennant le renforcement de la coordination locale. À ce titre, l'ASV contribue à la fois à la politique de santé publique et à la politique d'insertion et de cohésion sociale.

Le contrat de ville vise à rapprocher la situation des quartiers prioritaires de la moyenne de leur agglomération d'appartenance. Les contrats urbains de cohésion sociale, Cucs (au nombre de 495), font suite à la précédente génération des contrats de ville 2000-2006 (au nombre de 245).

Au regard de la circulaire du 4 septembre 2006, l'ASV comprend les trois composantes suivantes :

- « *connaissance et identification des besoins* » : apprécier l'état de santé local et ses déterminants, réaliser un diagnostic participatif...
- « *santé publique et prévention* » : définir des objectifs prioritaires, élaborer un plan ou un projet local de santé...
- « *accès au système de soins et de santé* » : réduire les inégalités d'accès, assurer au besoin un maillage plus fin de l'organisation socio-sanitaire et l'implantation de dispositifs spécifiques (équipes mobiles...).

Mise en œuvre

Expérimentation initiale dans le cadre des deux régions Île-de-France (principalement en Seine-Saint-Denis) et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Généralisation décidée pour l'ensemble des Cucs par le CIV du 9 mars 2006.

Apport d'un financement d'ingénierie de projet (spécificité de la politique de la ville), assuré depuis 2007 par l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé). Ce financement permet le recrutement éventuel d'un coordinateur (au niveau de la collectivité territoriale et dans le cadre de la maîtrise d'œuvre urbaine et sociale).

Le budget de l'Acsé sur la santé porte sur environ 13 millions d'euros (ce montant intègre le financement d'actions d'accès à la prévention et aux soins, et de prévention drogues et toxicomanies).

Les groupements régionaux de santé publique financent des actions dans ce cadre ; l'ensemble des crédits correspondants du programme santé publique et prévention a été évalué pour 2007 à 7,8 millions d'euros (actions portant sur les zones urbaines sensibles ou des territoires de contrats urbains de cohésion sociale).

État des lieux

Entre 210 et 300 ASV (objectif de croissance fixé dans le programme Acsé pour 2008).

Trois travaux en cours (avec recours à des prestataires de service) :

- mise en place d'un système d'information ASV par l'Acsé,
- analyse des ASV dans le cadre du processus d'évaluation des Cucs mené par la Délégation interministérielle à la ville,
- projet Cucs-PRSP mené par la DGS avec trois régions (Aquitaine, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur), visant à faire valoir et développer l'activité de l'ASV du point de vue du PRSP.

Perspectives

Les futures ARS seront signataires des contrats urbains de cohésion sociale (pour la mise en œuvre dans ce cadre de contrats locaux de santé) – disposition du projet de loi HPST tel que voté à l'Assemblée nationale/décision prise

au titre de la dynamique « Espoir banlieues » et inscrite dans la lettre-circulaire Bachelot-Amara du 20 janvier 2009.

Ce dispositif tripartite au moins (collectivité territoriale, État cohésion sociale, ARS) assurera localement le lien avec la politique de cohésion sociale, les agents des Ddass qui accompagnaient les ASV sur les projets de santé publique ayant vocation à être intégrés dans les futures ARS.

Représentation des usagers dans les dispositifs de réduction des inégalités sociales de santé (exemple de l'expérimentation menée dans le cadre du Praps Limousin)

La participation des usagers est un outil émergent de la gestion des politiques publiques qui s'inscrit notamment dans le cadre des principes du développement durable. Dans l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, cette participation apparaît d'autant plus opportune que la complexité de la précarité, l'éloignement des usagers précaires du système de santé et de la sphère administrative rendent difficile l'appréhension des obstacles à surmonter. Pour les mêmes raisons, l'organisation même de la participation est rendue plus complexe. Les usagers précaires sont peu enclins à faire connaître leurs attentes aux décideurs publics, l'administration n'a pas pour usage de travailler avec ses usagers les plus précaires, y compris sur les sujets qui les intéressent.

Une expérimentation a été menée en Limousin, dans le cadre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins. Elle a visé à organiser la représentation des usagers au sein du programme en s'appuyant sur deux principes :

- Utilisation des opérateurs comme interface entre les usagers et l'administration,
- Souplesse maximale de l'organisation des travaux du comité des usagers.

Par souci de pragmatisme, l'expérimentation n'a donc pas porté sur la participation des personnes précaires en général, mais sur celle des usagers des différents dispositifs mis en place. Le recrutement des membres du comité était fait sur la base du volontariat par affichage ou réunion au sein des structures (associations d'aide alimentaire, foyers Sonacotra, missions locales, Secours populaire...). Les opérateurs, par l'intermédiaire d'une dotation complémentaire de leur subvention ou de leur budget, assuraient les frais induits pour les usagers par leur participation au comité.

La composition du comité laissait systématiquement la majorité des membres présents aux usagers (environ une douzaine), pour deux ou trois représentants de la direction régionale, un ou deux intervenants éventuels, et deux professionnels (infirmière et conseillère économie sociale et familiale). Ces professionnels, invités lors de la première réunion, sont devenus membres permanents du comité à la demande des usagers.

Pour permettre un *turn-over* éventuellement important, les réunions étaient organisées de telle sorte que le sujet abordé puisse être traité en une séance. De fait, plus de la moitié des usagers ayant accepté de participer se sont maintenus durant la totalité de l'expérimentation.

Les sujets abordés ont été variables. L'expérience a en effet montré que les usagers étaient parfaitement en capacité d'aborder des sujets d'intérêt général, et s'employaient à dépasser l'exposé de leur seule situation personnelle. Ainsi, les différentes actions menées dans le cadre du programme ont été exposées et débattues, la couverture maladie universelle (CMU) a été présentée par l'Assurance maladie (occasion d'un échange riche sur les perceptions réciproques), l'ORS a présenté une étude sur les parcours de santé des personnes fréquentant les centres d'aide alimentaire, le comité des usagers a également élaboré des propositions pour améliorer le respect des rendez-vous chez les professionnels de santé (réservation de plage horaire, accompagnement...)...

Les résultats obtenus ont été une modification concertée des actions mises en œuvre, une forte légitimation de la problématique santé-précarité dans le cadre du programme régional de santé, et un enrichissement incontestable de la perception de l'administration de ces usagers.

Compte tenu de la taille de la région Limousin, l'échelon régional a été retenu pour être le siège du comité. Un échelon départemental ou lié à l'organisation des territoires de santé pourrait paraître pertinent pour des régions plus grandes.

Communication

Dans le domaine de la santé publique, la communication peut jouer un rôle essentiel quand différentes conditions sont remplies : on doit lui assigner des objectifs cohérents et atteignables, la doter de moyens adaptés pour lui permettre d'accomplir sa mission, ou encore respecter des principes dans sa mise en œuvre. Il convient, comme pour la plupart des actions de promotion de la santé, de rechercher l'inscription la plus globale comprenant d'autres modalités d'intervention dans l'environnement et impliquant différents acteurs (associations, enseignants, professionnels de santé, élus, entreprises, etc.) pour une meilleure efficacité des stratégies de prévention.

En matière d'inégalités sociales de santé, la communication doit faire face à un premier défi central : éviter de blâmer les comportements individuels pour sortir du registre de la normalisation morale et culpabilisante afin de tendre vers des propositions d'accompagnement, de relais et d'écoute individualisée. Ces orientations, valables pour tous les segments de la population, doivent être renforcées pour des publics défavorisés économiquement (qui peuvent par ailleurs faire l'objet de multiples discriminations).

Le second défi que doit relever la communication en matière d'inégalités sociales de santé est de ne pas contribuer à les aggraver. Si le débat n'est pas complètement tranché, de nombreux travaux et l'évaluation de stratégies du type Programme national nutrition-santé PNNS/Programme national alimentation insertion PNAI laissent fortement supposer que les publics qui bénéficient le plus de ces informations sont ceux qui en ont le moins besoin.

Le troisième défi est de disposer d'un argumentaire étayé pour éviter l'accusation de positionnement purement idéologique.

Cela suppose de prendre en compte la disparité des publics concernés par la problématique des inégalités sociales de santé dans l'élaboration de la communication et de favoriser l'accès aux messages par des publics hétérogènes, tout en renforçant l'accessibilité pour des publics plus ciblés.

Cette accessibilité concerne la conception (contenu, forme) et les vecteurs de diffusion des messages.

1. Les principes devant guider l'élaboration des contenus :

- ne pas chercher à multiplier les messages sur un même support de communication ;
- donner des conseils ou des recommandations pouvant être facilement mis en application ;
- délivrer une information immédiatement compréhensible ;
- éviter toute stigmatisation ou culpabilisation du public ;
- proposer, dans la mesure du possible, un accès à une réponse ou à un contact individualisés par un renvoi vers un numéro de téléphone, une structure d'accueil...

2. La forme adoptée revêt aussi son importance et il convient de :

- choisir le type de support le plus adapté selon l'objectif et les publics : affiche, dépliant, film vidéo, spot radio, réunion d'information, etc. ;
- privilégier, pour les supports écrits, des textes courts, écrits suffisamment gros pour favoriser la lisibilité ;
- recourir à des illustrations qui, d'une part, facilitent la compréhension du message et, d'autre part, favorisent l'implication des personnes en difficulté avec la lecture ;
- développer un contenu simple, factuel et pédagogique.

3. Les vecteurs de diffusion doivent tendre à :

- sélectionner les modes et lieux de diffusion des supports écrits les plus pertinents pour toucher les publics visés : boîtes aux lettres, cabinets médicaux, PMI, centres de Sécurité sociale, caisses d'allocations familiales, hôpitaux, bureaux de poste, lieux de consommation et d'achat (marchés, supermarchés par exemple), etc. ;
- éviter la presse écrite généraliste au profit de médias plus grand public (radio, presse gratuite, affichage, etc.) ;
- mobiliser des relais pouvant accompagner la diffusion des messages car en contact avec la cible : acteurs de terrain, professionnels de santé, journalistes des médias régionaux, etc.

Outil de plaidoyer politique : arguments pour l'inscription à l'agenda régional

Il est apparu nécessaire de fournir un outil rassemblant des arguments simples, objectifs et efficaces permettant de faire valoir, auprès des partenaires régionaux, le bien-fondé d'une politique de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Le contenu de ce plaidoyer s'enrichira naturellement du diagnostic régional qui aura été réalisé et des priorités qui auront été arrêtées. Il sera adapté aux interlocuteurs auxquels il s'adresse.

Les arguments clés sur lesquels s'appuyer sont les suivants :

- Les inégalités sociales de santé constituent une réalité objectivée par des données socio-épidémiologiques robustes ;
- Ces inégalités trouvent leur origine dans de multiples déterminants qui montrent la nécessité de mener des politiques concertées avec de nombreux services de l'État et des partenaires au niveau de la région ;
- Les inégalités sociales de santé ne constituent pas un sujet marginal ; de nombreuses initiatives internationales, européennes et françaises, en témoignent ;
- Depuis une dizaine d'années, des savoir-faire régionaux se sont constitués, sur lesquels il convient de s'appuyer.

En outre, deux arguments seront à développer en fonction des interlocuteurs :

- Les inégalités sociales de santé peuvent être abordées par la question territoriale ; il convient de pouvoir susciter l'implication des pouvoirs publics locaux par une mise en évidence de leurs capacités d'action vis-à-vis de ces inégalités ;
- Les inégalités environnementales peuvent présenter une approche renouvelée de la question des inégalités sociales de santé.

Les inégalités sociales de santé constituent une réalité objectivée par des données socio-épidémiologiques robustes.

Il s'agit ici d'un rappel des principales données à l'échelle nationale. Elles sont à compléter par des données régionales.

Idée clé : De nombreux indicateurs de santé témoignent d'une évolution favorable de la santé des Français. Mais ils ne rendent pas compte d'inégalités sociales et territoriales de santé qui sont importantes et se sont aggravées, plaçant la France à un niveau assez défavorable en Europe de l'Ouest.

En France, l'espérance de vie à la naissance a progressivement augmenté, pour se situer à 77,6 ans et 84,4 ans respectivement pour les hommes et les femmes en 2008¹.

Mais :

- L'espérance de vie à 35 ans, sur la période 1991-1999, d'un cadre supérieur (homme) était de sept ans supérieure à celle d'un ouvrier et de trois ans supérieure à celle d'un artisan. Pour les femmes, la différence est respectivement de trois ans et un an.
- À âge égal, le taux de mortalité prématurée d'un homme sans diplôme est multiplié par 2,5 par rapport à un homme ayant fait des études supérieures. Pour les femmes, la mortalité est multipliée par 1,9 (période 1990-1996)².
- Le taux de mortalité est multiplié par 2,7 (après ajustement) pour les hommes, sur la période de cinq ans qui suit l'observation du chômage³.
- En 2004, 13 % de la population adulte déclare avoir renoncé au moins une fois à des soins de santé pour des raisons financières dans les douze mois précédents (49 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 18 % les lunettes, 9 % les soins de spécialistes). Les femmes renoncent plus que les hommes (16 % *versus* 11 %)⁴.
- En 2005, 14,4 % des ouvriers déclarent être limités depuis au moins six mois dans les activités quotidiennes *versus* 8,6 % pour les cadres⁵. Cette même année, 38,7 % des personnes sans diplôme ou titulaires du CEP déclarent être limitées depuis au moins six mois dans les activités quotidiennes *versus* 9,6 % pour les titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur.

1. Ined : http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/mortalite_causes_decès/esperance_vie/.

2. Menvielle G., Chastang J.-F., Luce D., Leclerc A. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès, *Rev. épidémiol. santé publique*, 2007; 55 (2) : p. 97-105.

3. Sermet C., Khat M. La santé des chômeurs en France : revue de la littérature, *Rev. épidémiol. santé publique*, 2004, 52 : p. 465-74.

4. Enquête soins et protection sociale 2004.

5. Drees, *L'État de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*. Rapport 2007, tableau 27, p. 65. Données issues de l'enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2005, Insee.

Les inégalités sociales de santé trouvent leur origine dans des déterminants multiples et complexes

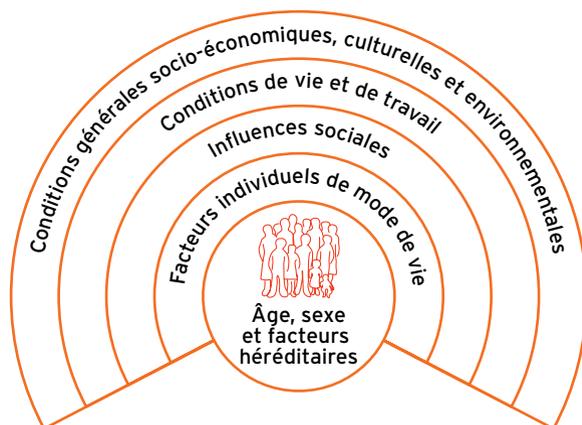
Idée clé : Les inégalités sociales de santé ne s'expliquent pas seulement par des variations de comportement individuel en fonction du niveau social. De nombreux autres facteurs situés en amont du système de santé et liés aussi bien aux conditions socio-économiques des personnes qu'à des conditions que les individus ne maîtrisent pas, comme le contexte résidentiel ou le caractère stable ou non des trajectoires personnelles et professionnelles, sont à l'origine des inégalités sociales de santé.

Voilà pourquoi, à l'instar de Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, en novembre 2008, puis de Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe, de nombreux experts ont souligné les risques que la crise actuelle fait peser sur la santé, notamment des plus pauvres.

Le schéma présenté ci-dessous est issu du modèle des déterminants de la santé de Dahlgren & Whitehead (1991). En dépit de son caractère statique, il présente l'avantage d'une relative simplicité et d'une lecture possible quel que soit le contexte économique et social propre à chaque pays/région.

FIGURE 1

Modèle des déterminants de la santé



D'après Dahlgren et Whitehead (1991).

Les inégalités sociales de santé ne constituent pas un sujet marginal

Idée clé : La question des inégalités sociales de santé fait l'objet d'une actualité institutionnelle importante, qui témoigne d'un contexte général favorable à l'expression d'une volonté politique forte et à l'émergence de nouvelles stratégies.

Au niveau mondial, l'OMS comporte une commission des déterminants sociaux, présidée par le Pr Michael Marmot⁶. Cette commission a produit de nombreux travaux qui visent à mieux identifier, mieux comprendre et mieux combattre les inégalités sociales de santé. En 2004, la commission avait en particulier actualisé un document intitulé *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*, qui aborde les principales connaissances disponibles susceptibles d'inspirer de nouvelles politiques publiques. « *Les thèmes traités sont notamment l'importance à long terme des déterminants de la santé à l'œuvre pendant la petite enfance, et les effets de la pauvreté, des drogues, des conditions de travail, du chômage, du soutien social, d'une alimentation saine et de la politique des transports* ». En outre, la même commission vient de publier ses recommandations pour « *Comblent le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* », où elle énonce trois principes d'action : améliorer les conditions de vie quotidiennes, lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action⁸.

Au niveau de l'Union européenne, la prise en compte des inégalités sociales de santé s'opère dans différents registres :

- la politique régionale, pour soutenir les économies et les infrastructures de santé des pays et des régions de l'UE qui restent en retard ou ont des besoins spéciaux ;
- la politique de recherche, pour identifier les causes des inégalités de santé socio-économiques ;
- les dispositions prises en matière de santé publique, puisque la réduction des inégalités de santé était un objectif explicite du programme d'actions pour 2003-2008, et reste un axe fort du programme 2008-2013⁹ ;
- le groupe d'experts sur « les déterminants sociaux et les inégalités de santé », réuni depuis 2006 sous l'égide de la Commission européenne auquel la France participe, permet un partage d'information et d'expériences entre les États membres, sur leurs programmes et actions (par exemple, les programmes « *Closing the gap* » et « *Determine* »). Il permet aussi une démarche commune d'amélioration des connaissances sur les déterminants de la santé¹⁰.

6. Voir le site de la Commission des déterminants de la santé : http://www.who.int/social_determinants/fr/.

7. <http://www.euro.who.int/document/E82519.pdf>.

8. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_o8.1_fre.pdf.

9. Lequel comprend en effet les trois objectifs suivants : renforcer la sécurité sanitaire des citoyens ; promouvoir la santé en tenant compte de l'objectif de réduction des inégalités de santé ; générer et diffuser l'information et la connaissance.

10. <http://www.health-inequalities.eu/>.

Au niveau national :

■ Les quatre rapports sur lesquels s'est appuyée la préparation du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (Ritter, Larcher, Bur et surtout Flajolet) ont insisté sur la persistance d'inégalités de santé (d'accès ou de recours aux soins, sociales, géographiques...).

■ Les présentations faites sur le thème des inégalités de santé lors de plusieurs manifestations nationales ces derniers mois ont montré que les connaissances et les modèles d'analyse disponibles permettaient désormais d'aller au-delà des constats et d'identifier les cibles des actions à mener, tout en veillant à développer l'évaluation des stratégies d'action. En particulier, les travaux présentés lors du congrès annuel de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) consacrés aux inégalités de santé constituent une importante source de références actualisées (<http://www.congresors-inegalitesdesante.fr/>). Dans le prolongement, la convention DGS-Fnors 2009 prévoit la réalisation d'une « synthèse thématique nationale » portant sur les inégalités de santé et leurs déterminants.

■ Le Haut Conseil de la santé publique est mandaté, dans le cadre de la préparation de la prochaine loi relative à la santé publique, pour établir « *un état des inégalités socioprofessionnelles et des disparités géographiques quant aux problèmes de santé* » :

Le Haut Conseil compte parmi ses membres plusieurs experts français reconnus de l'analyse des inégalités de santé (notamment Marcel Goldberg, Thierry Lang, Pierre Chauvin ou Chantal Cases).

Un groupe de travail sur les inégalités de santé a été constitué sous la direction de Thierry Lang au sein de la commission « Prévention et déterminants de la santé », et il doit présenter un premier rapport prochainement.

Un projet de constitution d'un groupe de travail sur les disparités géographiques, présidé par Emmanuel Vigneron, a été présenté à la commission « Évaluation, stratégie et prospective » le 9 décembre 2008.

Depuis une dizaine d'années, des savoir-faire régionaux se sont constitués

Idee clé : Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps), les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et les ateliers santé-ville (ASV) ont permis de mettre en application plusieurs des principes d'action nécessaires dans la lutte contre les inégalités sociales de santé dans les régions : capacité à s'inscrire dans une démarche pluri-sectorielle et principe de proximité, notamment.

À partir de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, différents dispositifs ont favorisé l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis : couverture maladie universelle (CMU) et complémentaire (CMU-C) au niveau national, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) pilotés par les Drass, permanences d'accès aux soins de santé (Pass) au sein des établissements de santé, et ateliers santé-ville (ASV) au niveau local.

En mai 2004, à partir de l'ensemble des évaluations réalisées, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a remis un rapport intitulé *Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions*. Il classait les Praps dans les dispositifs dont le bilan était jugé globalement positif, même s'il appelait à des améliorations qualitatives. Les Praps paraissaient être un « dispositif légitime et apte à motiver une réelle dynamique de transversalité ». Si ces programmes restaient largement perfectibles, « tous les acteurs s'accordaient à souligner leur rôle dans le décloisonnement entre santé et social, entre les divers services de l'État concernés, entre les services déconcentrés de l'État et les collectivités territoriales, avec le monde associatif, pour l'amélioration des pratiques à l'égard des publics en situation de précarité ou d'exclusion ».

Les évaluations des Praps ont en particulier montré que l'efficacité de ces programmes reposait sur deux conditions :

- Leur déclinaison à un niveau territorial fin et de proximité, par des actions d'accompagnement, de médiation et de promotion de la santé au niveau du cadre de vie et associant les populations, dès leur élaboration ;
- Un lien fort avec d'autres politiques publiques : sociale, environnementale, migratoire, politique de la ville, politiques des collectivités territoriales.

Enfin, les conclusions des travaux d'évaluation de début de programme des Praps de deuxième génération permettaient de « justifier l'allocation de moyens financiers et humains pour cette approche populationnelle dans une programmation de santé. Le rôle des Drass se confirme comme ne devant plus être uniquement un rôle de gestion des moyens et des actions, mais bien un rôle de pilotage de programmes avec une double mission, celle d'activer les leviers institutionnels en interne et en externe pour intégrer dans tous les domaines de la santé et du social la prise en compte de l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (et particulièrement dans tous les plans, programmes et actions du PRSP), mais aussi celle de développer un pilotage cohérent des actions « expérimentales », en vue notamment de leur extension à une population plus large ; cette extension ne peut se faire qu'à la condition d'avoir développé le recueil et l'analyse des différents paramètres la constituant ».

Les inégalités sociales de santé peuvent être abordées par la question des territoires de proximité prioritaires

Idée clé : Pour de nombreux experts, la lutte contre les inégalités sociales de santé se mène avant tout au niveau des territoires de proximité, en associant les usagers et les acteurs locaux.

Depuis 2000, le cadre constitué par les ateliers santé-ville (ASV) est un bon exemple de politique contractuelle de niveau local reconnu comme pertinent dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Les ASV ont notamment permis :

- d'aborder les questions de santé par l'angle de la promotion de la santé ;
- d'articuler des thématiques de santé, des populations et des territoires ;
- de favoriser l'émergence des projets innovants ;
- d'associer des services techniques et des décideurs politiques locaux.

Au-delà de ce cadre, l'échelon local (communal et intercommunal notamment) est un espace privilégié pour la participation de la population et la recherche d'une plus grande cohérence des politiques publiques marquées par un souci de solidarité et une prise en compte de l'exposition aux facteurs de risques environnementaux.

Il est donc possible de construire une politique de lutte contre les inégalités sociales de santé en déclinant le projet régional de santé (PRS) au niveau de territoires défavorisés prioritaires. Ceux-ci sont à identifier par le biais d'indicateurs sanitaires et sociaux. La finesse de définition de ces territoires dépend naturellement des données disponibles au sein de chaque région. Secondairement, des programmes territoriaux de santé peuvent être établis. Ils sont susceptibles de donner lieu à des contrats locaux de santé.

S'agissant de l'implication des municipalités, des associations telles que le Réseau français des villes-santé de l'OMS, ou Élus, santé publique & territoires montrent que les politiques municipales peuvent offrir l'ancrage indispensable aux démarches collectives de promotion de la santé.

Les inégalités environnementales peuvent présenter une approche renouvelée de la question des inégalités sociales de santé

Idée clé : La question des inégalités environnementales s'avère fréquemment corrélée à celle des inégalités sociales de santé (premier point). Aborder la question des inégalités sociales de santé sous l'angle santé-environnement peut permettre de motiver et de rassembler plus largement d'autres partenaires nécessaires au développement d'une politique publique, et de trouver de nouveaux leviers d'action (second point).

Premier point : la notion d'inégalités environnementales est indissociable des inégalités sociales, car celles-ci déterminent en particulier les parcours résidentiels ou professionnels des populations et leur capacité à agir pour améliorer leur cadre de vie. Parce qu'elles peuvent plus difficilement se soustraire à des conditions défavorables d'exposition, les populations défavorisées sont généralement davantage exposées que les autres aux facteurs de

QUELQUES CHIFFRES CLÉS

Sur 751 zones urbaines sensibles (ZUS)¹ recensées en 2003 :

- Le taux de chômage et la proportion des ménages pauvres y sont respectivement deux fois et trois fois plus élevés que la moyenne nationale;
- 45 % des zones urbaines sensibles sont classées en points noirs bruit;

- 41,6 % des communes ayant une zone urbaine sensible sont exposées au risque industriel (21,2 % pour les communes sans ZUS).

1. ZUS : territoire infra-urbain défini par les pouvoirs publics français pour être la cible prioritaire de la politique de la ville.

risques environnementaux, et cumulent souvent différentes sources d'exposition et de nuisances : habitation en zone bruyante, à proximité d'installations dangereuses ou d'axes routiers importants, logement insalubre, pollution atmosphérique, accès à une eau de qualité moindre... En outre, les populations défavorisées bénéficient d'un accès moins bon à l'information et aux soins, et sont généralement en capacité moindre d'agir auprès des pouvoirs publics pour améliorer leur environnement.

Second point : un thème d'actualité particulièrement porteur. L'accès à un environnement de qualité a longtemps été considéré comme un luxe et l'intérêt des pouvoirs publics pour la réduction des inégalités environnementales est assez récent, particulièrement en France. Mais c'est désormais l'axe fort du second Plan national santé-environnement 2009-2013 qui devra être décliné en région au travers des plans régionaux santé-environnement (PRSE).

En outre, la population est particulièrement réceptive aux questions d'environnement, puisque 72 % de ses membres se déclarent sensibles ou très sensibles à l'environnement (Baromètre santé-environnement, 2007). L'intérêt médiatique manifesté encore récemment à l'occasion du Grenelle de l'environnement en est la confirmation.

Ces éléments sont des facteurs favorisant la rencontre entre les partenaires de l'environnement et du social, qui jusque-là ont peu travaillé ensemble. Ils peuvent ainsi permettre de renouveler l'approche traditionnelle des inégalités sociales, en offrant de nouveaux leviers d'action (prise en compte dans les politiques d'environnement et de développement durable et leur financement, notamment).

Plaidoyer en version PowerPoint

Afin de soutenir les actions de mobilisation des partenaires, la présentation ci-après [au format PowerPoint] est disponible sur le site de l'INPES.



Pourquoi inscrire la question des
inégalités sociales de santé (ISS)
à l'agenda régional ?

6 avril 2009

Les arguments clés

1. Les ISS constituent une réalité objectivée par des données socio-épidémiologiques robustes
2. Elles trouvent leur origine dans des déterminants multiples et complexes, eux-mêmes fortement impactés par la crise actuelle
3. Les ISS ne constituent pas un sujet marginal
4. Depuis une dizaine d'années, de nouveaux savoir-faire régionaux se sont constitués
5. Les ISS peuvent être abordées par la question territoriale
6. Les inégalités environnementales peuvent présenter une approche renouvelée de la question des ISS

+ diagnostic régional

+ priorités

2

1. Données socio-épidémiologiques à l'échelle nationale

Evolution favorable de la santé des Français

↳ nombreux indicateurs de santé

Mais ils ne rendent pas compte des inégalités sociales et territoriales de santé, qui sont importantes et se sont aggravées

↳ mauvais classement de la France / Europe de l'Ouest



En France, l'espérance de vie à la naissance a augmenté et se situe en 2008 à :

- hommes : 77,6 ans

- femmes : 84,4 ans

3

1. Données socio-épidémiologiques à l'échelle nationale

- 1991-1999 : Espérance de vie à 35 ans
cadre supérieur homme : 7 ans > ouvrier ; 3 ans > artisan
cadre supérieur femme : 3 ans > ouvrier ; 1 an > artisan
- 1990-1996 : Taux de mortalité prématurée (à âge égal)
homme sans diplôme : 2,5 x > études supérieures
femme sans diplôme : 1,9 x > études supérieures
- 2004 : Taux de renoncement aux soins
13 % des adultes déclarent avoir renoncé au moins une fois à des soins de santé pour des raisons financières dans l'année
Les femmes renoncent plus que les hommes : 16 % versus 11 %
- 2005 : 14,4 % des ouvriers déclarent être limités depuis au moins 6 mois dans les activités quotidiennes versus 8,6 % pour les cadres

2. Les ISS s'expliquent par des déterminants multiples et complexes



Modèle des déterminants de la santé, d'après Dahlgren et Whitehead (1991)

3. Les ISS ne constituent pas un sujet marginal

La question des ISS fait l'objet d'une actualité institutionnelle importante

↳ contexte général favorable à l'expression d'une volonté politique forte et à l'émergence de nouvelles stratégies

▪ Au niveau mondial :

- OMS : Commission des déterminants sociaux
- Production de nombreux travaux visant à mieux identifier, comprendre et combattre les ISS
- Publication de recommandations, avec notamment trois principes d'action

6

3. Les ISS ne constituent pas un sujet marginal

▪ Au niveau européen : prise en compte des ISS dans

- la politique régionale
- la politique de recherche
- les dispositions prises en matière de SP
- le groupe d'experts sur « les déterminants sociaux et les ISS »

▪ Au niveau national :

- la préparation de la loi HPST a insisté sur la persistance d'ISS
- les connaissances et modèles d'analyse disponibles permettent d'identifier les cibles des actions à mener
- le Haut Conseil de la SP est mandaté pour établir « un état des inégalités socioprofessionnelles et des disparités géographiques quant aux problèmes de santé »

7



4. Les savoir-faire régionaux

Les Praps, les Pass et les ASV ont permis de mettre en application plusieurs des principes d'action nécessaires dans la lutte contre les ISS dans les régions

↳ notamment : capacité à s'inscrire dans une démarche plurisectorielle + principe de proximité

- Loi du 29/09/1998 : différents dispositifs ont favorisé l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

- Mai 2004 : l'Igas a remis un rapport classant les Praps dans les dispositifs dont le bilan était jugé globalement positif

- Les travaux d'évaluation des Praps (2^e génération) permettaient de justifier l'allocation de moyens financiers et humains pour cette approche populationnelle dans une programmation de santé

8



5. Les ISS abordées par la question des territoires de proximité prioritaires

La lutte contre les ISS se mène avant tout au niveau des territoires de proximité

↳ associer les usagers + les acteurs locaux

Prise en compte, de manière intégrée, des problématiques de SP via les politiques territoriales de l'Etat (Etat/collectivités territoriales)

- ASV : bon exemple de politique contractuelle de niveau local reconnu comme pertinent dans la lutte contre les ISS

- Echelon local : espace privilégié pour la participation de la population + la recherche de cohérence des politiques publiques

- Lutte contre les ISS via :

déclinaison PRS + création programmes territoriaux de santé

- Les politiques municipales peuvent offrir un ancrage aux démarches collectives de promotion de la santé

9



6. Approche par les inégalités environnementales

La question des inégalités environnementales est fréquemment corrélée à celles des ISS

↳ réunion plus large de partenaires + nouveaux leviers d'action

- De nombreux travaux montrent l'existence d'inégalités sociales et spatiales de santé (échelle infrarégionale)
- Forte interdépendance entre inégalités géographiques d'exposition et inégalités sociales (littérature scientifique internationale)
- Thème d'actualité particulièrement porteur

Cartographie des missions des DRJSCS¹ et des DD² chargées de la cohésion sociale

Dans le tableau page suivante, les lignes avec fond ont le sens suivant :

DOMAINE

Mission générale

1. Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.
2. Direction départementale.

Missions détaillées	Niveau territorial actuel et autres services concernés
SOLIDARITÉ	
Observer pour mieux agir dans le domaine social (données et politiques)	
Organisation de données sociales	DRJSCS avec collectivités territoriales
Protection juridique des majeurs (Ddass)	DDICS
	DRJSCS
Protéger les populations vulnérables	
Protection des enfants du spectacle	DDICS avec UT Direccte
Protéger les pupilles de l'État	DDICS
	DRJSCS
Contrôler les établissements sociaux qui accueillent des personnes vulnérables (personnes âgées, handicapées, enfants en danger)	DDICS
	DRJSCS
Développer la prise en charge des populations en grande exclusion (hébergement et demande sociale de logement)	DDICS avec DDT
	DRJSCS avec Dreal
Développer la prise en charge des populations vulnérables	
Améliorer l'insertion sociale et professionnelle	DDICS avec UT Direccte
	DRJSCS avec Direccte
Développer la prise en charge des demandeurs d'asile	DDICSS (hors départements chefs-lieux de région)
Développer la prise en charge des autres populations (jeunes, familles, toxicomanes, prostituées, femmes victimes de violence...)	DDICS
	DRJSCS
Garantir les droits des populations vulnérables et des usagers des services publics dans le domaine social	
Garantir les droits des personnes handicapées	DDICS
Garantir les droits des personnes vulnérables	DDICS
Garantir les droits des usagers des caisses de Sécurité sociale	DRJSCS
Assurer la délivrance des diplômes et contribuer à la professionnalisation	
Organiser les examens Habiller les établissements de formation Contrôler les formations sociales et délivrer les diplômes des 15 professions sociales Copiloter les schémas des formations sociales	DRJSCS avec régions

	Actions	Commentaires
	Collecte de statistiques, organisation d'études. Organisation d'une cellule d'observation de données sociales (Drass, DRDJS, Acsé), utiles aux départements et aux fonctions régionales de régulation	Mission stratégique à développer (central et local) avec collectivités territoriales
	Agrément, tarification et contrôle des organismes tutélaires Appui aux collectivités territoriales (Masp)	Missions à développer (réforme 2009)
	Pilotage, coordination, appui méthodologique avec diffusion de bonnes pratiques, synthèse	
	Délivrance d'autorisation	Réflexion sur régionalisation de la commission
	Secrétariat conseil de familles; tutelle des pupilles	
	Référentiels, développement des bonnes pratiques et des outils nationaux	
	Contrôle sur signalements (maltraitance), sur programmations, notamment dans le cadre de loi 2002 (établissements expérimentaux, y compris dans le champ enfance)	Articulation à développer entre nouvelles directions et ARS (lutte contre la maltraitance)
	Coordination, appui par référencement des expertises départementales, référentiels, synthèse	
	Organisation, financement, tarification veille sociale et hébergement (urgence, CHRS, maisons relais); gestion de la demande sociale de logement (PDALPD, Dalo, etc.)	
	Programmation des équipements; régulation financière; référentiels pour les PDALP; synthèse des PDALPD et de l'analyse de la demande sociale de logement	Appui sur la fonction d'observation sociale
	Mise en place du RSA. Identification des freins sociaux à l'insertion avec départements	
	Appui au RSA par mobilisation des données de l'observation sociale	
	Accueil, tarification, contrôle des Cada; regroupement familial	À articuler avec les directions des préfectures, chefs-lieux de région en charge de l'immigration
	Participation commissions départementales cohésion sociale. Veille dérivées sectaires, lutte contre la prostitution. Gestion dispositifs familles (REAAP, médiation), jeunes (points accueil écoute jeunes = PAEJ) Lutte contre l'illettrisme	Fonctions assurées antérieurement conjointement par les Ddass, les DDJS et le SDFE. À mettre en synergie dans les nouvelles DDI
	Régulation financière et synthèse; soutien aux actions départementales (ingénierie sociale; référentiels)	
	Participation commission exécutive des MDPH. Participation commission des droits à l'autonomie : CDAPH (attribution d'allocations)	Hypothèse d'intégration au département des personnels d'État en charge de l'instruction des situations individuelles
	Organisation des Cdas Organisation des CM/CR Admission à l'aide médicale de l'État	Hypothèse de transfert à la justice à terme de Cdas
	Régulation financière Organisation de Tass et des TCI	Hypothèse de transfert à la justice à terme
	Certification professions sociales. Organisation des jurys, délivrance des diplômes, VAE pour les diplômes professionnels Examen des demandes d'ouverture et contrôle du projet et du programme pédagogique des écoles de formation sociale	Synergies à prévoir avec formations jeunesse et sports

Missions détaillées	Niveau territorial actuel et autres services concernés
DROITS DES FEMMES ET ÉGALITÉ ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES	
Réduire les écarts entre égalité de droit et égalité réelle, promouvoir les droits des femmes et veiller au respect de ceux-ci	
1- Promotion de la politique d'orientation, de mixité et d'égalité professionnelle et salariale, et de la création d'activités et d'entreprises	Déléguée régionale et chargées de missions départementales en partenariat avec les DR et Direccte, les rectorats et IA, les chambres consulaires, les entreprises, les partenaires sociaux, les associations spécialisées et les collectivités territoriales
2- Promouvoir la politique d'accès aux droits et de respect de la dignité des femmes	Déléguées régionales et chargées de missions départementales en partenariat avec les DDICS, les services de l'Éducation nationale, les services de l'Acse, les procureurs de la République, les associations spécialisées
3- Promouvoir la parité et l'égal accès des femmes aux responsabilités politiques, associatives et économiques	Déléguées régionales et chargées de missions départementales en partenariat avec les branches professionnelles, les organisations syndicales, les entreprises, les collectivités territoriales et les associations spécialisées
4- Promouvoir l'articulation des temps de vie professionnels, familiaux et personnels	Déléguées régionales et chargées de missions départementales en partenariat avec les services déconcentrés du travail, de l'emploi, les entreprises, les associations spécialisées, et les collectivités territoriales et les CAF
JEUNESSE	
Protéger les mineurs à l'occasion des loisirs et des congés scolaires	
Gérer les procédures réglementaires de déclaration des accueils. Contrôler sur pièces et sur place Accompagner pédagogiquement	DDICS : compétence générale sur le secteur Interventions ponctuelles d'autres services (ex. : DSV, ou DDCCRF, ou Ddass compris dans le périmètre des DDICS ou des DDICSPP)
Observer Accompagner	DRJSCS
Développer les politiques en faveur de l'enfance et de la jeunesse	
Promouvoir les politiques éducatives territoriales dans un objectif d'égal accès aux loisirs éducatifs	DDICS, avec IA, DDPJJ, CAF, MSA, collectivités locales (parfois conseils généraux)
Promouvoir les programmes ministériels en faveur de l'information jeunesse	DRJSCS DRJSCS (+ accompagnement de proximité par les DDJS)
Promouvoir les programmes spécifiques en faveur de l'engagement et de l'initiative des jeunes. Mobilité des jeunes	DRJSCS (pour une partie du programme « Envie d'agir » et pour le programme européen) + département

	Actions	Commentaires
	<ul style="list-style-type: none"> - Lutter contre les stéréotypes d'orientation scolaire et professionnelle - Encourager la diversification et la mixité des métiers - Promouvoir l'égalité professionnelle et salariale : favoriser la formation et l'insertion professionnelle des femmes et leur accès aux postes de décision, inciter et aider à la création et à la reprise d'activité et d'entreprises - Identifier et valoriser les bonnes pratiques des entreprises 	DRDFE positionnées auprès du Sgar. SDFE dans les départements positionnés dans les DDICS
	<ul style="list-style-type: none"> - Actions d'information des femmes dans les domaines de la santé, de la contraception et de l'IVG, de la famille, du travail... (dont ceux des femmes immigrées ou issues de l'immigration), en partenariat notamment avec les Cidff - Lutter contre les violences faites aux femmes, dont les violences au sein du couple, les mariages forcés, les mutilations sexuelles, la prostitution : mise en œuvre au plan local du plan violences - Veiller au respect de l'image des femmes dans les médias et la publicité - Promouvoir le respect de l'autre sexe dès le plus jeune âge <p>Promouvoir la parité dans tous les domaines et contribuer à l'accès des femmes aux responsabilités</p>	DRDFE positionnées auprès du Sgar. SDFE dans les départements positionnés dans les DDICS DRDFE positionnées auprès du Sgar. SDFE dans les départements positionnés dans Directions en charge de la cohésion sociale
	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer au développement des moyens de conciliation de la vie professionnelle, familiale et personnelle (sensibilisation au problème de la garde des enfants sur horaires décalés) - Favoriser les évolutions d'organisation des entreprises dans une perspective d'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes (valorisation des bonnes pratiques des entreprises) 	DRDFE positionnées auprès du Sgar. SDFE dans les départements positionnés dans Directions en charge de la cohésion sociale
	<p>Gestion des procédures de déclaration réglementaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - contrôle des accueils collectifs de mineurs (établissement d'un plan de contrôle) - gestion des suites administratives et pénales - accompagnement pédagogique des organisateurs et des équipes d'encadrement - aide à l'élaboration des projets éducatifs 	
	Coordination, appui par référencement des expertises départementales, référentiels, synthèse ; appui expertise et compétence région	Mutualisations verticales à développer
	<p>Soutien et accompagnement des collectivités dans la définition de leur « projet éducatif local » – Coordination et animation du partenariat départemental sur ces politiques (État, CAF, collectivités, secteur associatif)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion des crédits CEL - Appui aux diagnostics territoriaux - Suivi des comités de pilotage locaux. Évaluation 	Missions d'expertise à développer – appréciées par les collectivités (formation des personnels et développement d'outils technologiques). Synergie à envisager dans DDI avec services de politique de la ville
	<p>Régulation financière et synthèse ; soutien aux actions départementales (ingénierie sociale ; référentiels)</p> <p>Soutien et suivi du réseau information jeunesse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Financements des Crij - Formation des professionnels - Développement des dispositifs spécifiques (ex. : jobs d'été) - Évaluation 	Développement des ressources liées à la fonction d'ingénierie
	Mise en œuvre du programme « Envie d'agir » et du programme européen « Jeunesse en action » – Promotion et suivi du service civil volontaire et du volontariat associatif	

Missions détaillées	Niveau territorial actuel et autres services concernés
ÉDUCATION POPULAIRE	
Participer à l'émancipation individuelle et collective, et éduquer à la citoyenneté	
Permettre la compréhension du monde et de ses différents facteurs d'évolution	DDJS, DRDJS, Creps, Injep Complémentarité avec l'Éducation nationale, l'université et la formation professionnelle
Développer la capacité de vivre ensemble, favoriser l'interculturalité	DDJS, DRDJS, Creps, Injep Partenariat avec les collectivités locales
Accompagner les projets porteurs de transformation sociale	DDJS, DRDJS, Creps, Injep Partenariat avec les associations JEP
SPORT	
Protéger les usagers de la pratique sportive	
Gérer les procédures réglementaires de déclaration des éducateurs sportifs et des établissements Contrôler sur pièces et sur place	DDICS Interventions ponctuelles d'autres services (DSV, DDCCRF) DRJSCS
Gérer les procédures réglementaires liées aux manifestations sportives Contrôler sur pièces et sur place	DDICS Sous-coordination préfet et sous-préfets (protection civile + DDE + police et gendarmerie)
Lutte contre le dopage	DRJSCS (compétence régionale)
Contrôle du sport professionnel	DRJSCS (compétence régionale)
Mettre en œuvre la politique nationale du sport de haut niveau et promouvoir les activités sportives pour le plus grand nombre	
Mettre en œuvre et suivre la politique nationale du sport de haut niveau au plan régional	DRDJS
Suivre l'activité des conseillers techniques sportifs (CTS)	DRJSCS
Promouvoir des programmes ministériels en faveur de l'égal accès, en faveur des publics cibles, et mise en œuvre des orientations fixées par le Centre national pour le développement du sport	DRJCS + DDICS selon la nature des opérateurs (ligues, ou comités départementaux)
Recenser les équipements sportifs et faire vivre les données régionales	DRJSCS pour la coordination et la synthèse du recensement DDICS pour le suivi des procédures réglementaires de déclaration au plan départemental
Contribuer à une répartition équilibrée des équipements sportifs dans une logique d'aménagement du territoire	DRJSCS au titre de la coordination DDICSS
Contribuer à la promotion de la santé par le sport et à la préservation du capital santé par le sport Lutter contre la violence dans le sport et développement de la prévention par le sport	DRJSCS et contribution des DDICS sur actions spécifiques DDICS
Prévenir le dopage	DRDJS et contribution des DDICS sur actions spécifiques

	Actions	Commentaires
	Dans une démarche de pédagogie active et participative, mise en œuvre de situations de construction collective de savoirs	Mission éducative – relevant des personnels techniques et pédagogiques portant sur différents champs disciplinaires – qui peut avoir un effet structurant pour les différentes composantes de la cohésion sociale (dont DDJS, DRDJS et Drass/Ddass)
	Conception d'actions permettant l'élaboration de cultures et de valeurs communes	
	Incitation et accompagnement d'initiatives visant une meilleure participation citoyenne (projets collectifs, associatifs...), et le développement social et culturel	
	Contrôle des établissements d'APS et des éducateurs sportifs	
	Coordination, appui par référencement des expertises départementales, référentiels, synthèse; appui expertise et compétence région	Possibilité de développer des mutualisations au plan régional (gestion des procédures administratives, développement de services en ligne, constitution d'équipes régionales de contrôle)
	Contrôle de la sécurité des manifestations sportives – procédures d'autorisation pour certaines manifestations	
	Organisation de contrôles pour le compte de l'Agence française de lutte contre le dopage	Compétence assurée par délégation et sur demande de l'agence nationale
	Contrôle des centres de formation, suivi des structures support	Faible impact ETP – contrôle périodique sur nombre restreint de sociétés sportives
	Suivi individuel des sportifs de haut niveau	Compétences de l'État définies dans le cadre des dispositions du Code du sport – mises en œuvre nationale et régionale
	Suivi des pôles de haut niveau : suivi du financement (État, collectivités, familles, fédérations); vie interne des pôles (contact avec les responsables du pôle sur la scolarité, sur l'entraînement); suivi médical	Compétences de l'État définies dans le cadre des dispositions du Code du sport – mises en œuvre nationale et régionale
	Suivi et animation de l'activité des CTS	Personnels placés auprès des ligues et comités sportifs régionaux, mais relevant de l'autorité hiérarchique du DRJSCS
	Développement des politiques ministérielles en direction des publics cibles (femmes, habitants des ZUS, sport et handicaps). Gestion des crédits ministériels et du CNDS – relations avec le mouvement sportif local, départemental et régional, et avec les collectivités locales. Suivi de l'activité des ligues, comités et associations; suivi des conventions d'objectifs signés avec ces structures	Le niveau régional a une fonction d'orientation et de coordination
	Gestion des déclarations obligatoires des équipements par les collectivités locales Recensement : comptage et cartographie des implantations	
	Gestion du Programme équipement du CNDS (gestion de crédits pour le compte du CNDS)	
	Conseil aux collectivités. Instruction des projets et avis	
	Programmes ciblés : « Bien vieillir », Programme national nutrition-santé (PNNS)... Incitation, accompagnement, conseil, financement Mise en place et suivi d'un plan d'action départemental fonctionnement d'une cellule de veille (police, gendarmerie, DDJS) – actions de prévention	Lien conventionnel à développer dans le cadre de la création des futures ARS
	Développement d'actions de prévention (public de sportifs et grand public)	Existence d'antennes régionales de prévention. Lien conventionnel à développer dans le cadre de la création des futures ARS

Missions détaillées	Niveau territorial actuel et autres services concernés
VIE ASSOCIATIVE	
Promouvoir la vie associative par l'information, le conseil et l'accompagnement des bénévoles et des structures	
Assurer la mise en œuvre des procédures réglementaires liées à la déclaration des associations (gestion des fonctions de greffe)	DDICS, si le préfet le décide
Gérer les agréments ministériels sports et jeunesse	DDICS
Informier, conseiller et accompagner la vie associative et les bénévoles	DDICS Implication de tous les services de l'État et organismes publics (CAF, Urssaaf, Sacem...) au sein d'une « mission d'accueil et d'information des associations »
	DRJSCS
Promotion de l'emploi dans les associations	DDICS
FORMATION	
Assurer la délivrance des diplômes et contribuer à la professionnalisation	
Organiser des examens et certifications, et délivrer des diplômes	DRJSCS
	DDICS
Habiller des opérateurs de formateurs et concevoir le programme du service régional de formation	DRJSCS
Contribuer aux actions de formation développées dans les Creps	DRJSCS DDICS
Contribuer à la professionnalisation de l'encadrement dans les quartiers relevant de la politique de la ville et, plus largement, dans les champs du sport et de l'animation	Région (contribution département)
COHÉSION TERRITORIALE ET POLITIQUE DE LA VILLE	
Veiller à ce que les politiques publiques bénéficient aux habitants des quartiers prioritaires	
Analyser et mobiliser les moyens d'intervention de l'État au profit des habitants des quartiers (plans triennaux des ministères dans le cadre du plan « Espoir banlieues », notamment)	DRJSCS, sous autorité du préfet de région
Veiller à l'équité territoriale dans l'affectation des moyens	
Observer l'évolution des territoires et proposer des inflexions	
Pilotage de la politique contractuelle avec les collectivités territoriales	Préfets de département avec DDICS quand les fonctions de délégué de l'Accs sont attribuées aux DDICS
Mettre en œuvre des programmes spécifiques d'intervention permettant aux personnes des quartiers d'accéder aux droits et services, pub	
Suivre, contrôler et évaluer la mise en œuvre des programmes et leur impact	DRJSCS, sous l'autorité du préfet de région
Former les acteurs de l'État et des collectivités à la mise en œuvre des programmes spécifiques	DRJSCS sous l'autorité du préfet de région
Élaborer des référentiels, repérer et diffuser les bonnes pratiques	
Mener des expérimentations	
Animer les réseaux d'acteurs locaux	

	Actions	Commentaires
	Gestion du greffe des déclarations des associations avec transferts des personnels des préfectures (guichet unique)	Mission à mener en développant l'articulation ou l'intégration des bureaux des associations des préfectures et sous-préfectures avec les futures DDCSJS
	Instruction des demandes d'agrément et prise d'arrêtés par délégation du préfet	
	Développement des missions du délégué départemental à la vie associative Conseil aux associations Information juridique Mise en place de services spécifiques (subvention en ligne - Impact emploi) pour faciliter la vie des bénévoles Formation des bénévoles	Depuis 1995 existence d'un « délégué départemental à la vie associative » missionné par le préfet - il s'agit du DDJS dans la quasi-totalité des départements
	Synthèse ; transfert des bonnes pratiques ; outils régionaux à développer	À développer
	Développement des contrats aidés dans le secteur non marchand - suivi des dispositifs locaux d'accompagnement - Fonjep	Mise en œuvre des contrats aidés dans le secteur non marchand
	Organisation des sessions ; délivrance des diplômes professionnels du ministère (Bees, Dedpad, Defa, Beatep, Bapaat, BPJEPS) ; délivrance des diplômes non professionnels Bafa et Bafd ; VAE...	Le DRJS est autorité académique et intervient par délégation directe du ministre et de son secrétaire d'État
	Participation des personnels départementaux aux examens Définir les besoins de formation - Se concerter avec les opérateurs et les représentants des branches professionnelles - Se concerter avec le conseil régional	
	Mise à disposition de personnel des services auprès des Creps	Contributions région et département en diminution
	Parcours animation sport (accès des jeunes à la qualification et à l'emploi). Développement de l'apprentissage	Les inspecteurs Jeunesse et Sports peuvent être inspecteurs de l'apprentissage
	Pilotage stratégique (notamment veiller à la cohérence du développement social et des opérations de rénovation urbaine). Développement des outils de connaissance des territoires. Répartition des moyens budgétaires État et FSE Mobilisation des conseils régionaux sur la politique de la ville	Développer les synergies sur l'observation des territoires entre les réseaux (ex. : DRASS, Acisé et DRJSCS) et la mise en œuvre des politiques, y compris de droit commun Problème des crédits de rénovation urbaine qui ne transitent pas par les préfets de région
	Mise en cohérence territorialisée des moyens et des interventions, notamment au travers des Cucs et du FIPD. Coordination des délégués des préfets (plan « Espoir banlieues »)	
Publics et privés	Déploiement des programmes d'intervention nationaux de l'Acisé. Contrôle de gestion Mise en œuvre d'un programme d'audits Mise en œuvre d'un programme de formation Pilotage et financement des centres de ressources Financement d'expérimentations Évaluation Déploiement des programmes d'intervention nationaux Contrôle de gestion Mise en œuvre d'un programme d'audits Mise en œuvre d'un programme de formation Pilotage et financement des centres de ressources Financement d'expérimentations Évaluation	

Missions détaillées	Niveau territorial actuel et autres services concernés
Mise en œuvre territorialisée des programmes : Création d'activités Accès à l'emploi et à la formation Réussite éducative et scolaire Parentalité Médiation sociale Soutien à la vie associative Sécurité et citoyenneté Accès à la prévention et aux soins Amélioration du cadre de vie Accès à l'art et à la culture Transformation des représentations	Préfets de département avec DDICS lorsque le directeur est délégué adjoint de l'Acse, services déconcentrés de l'État + délégués du préfet Avec les collectivités locales
INTÉGRATION DES PERSONNES IMMIGRÉES	
Favoriser l'intégration des personnes immigrées installées durablement sur le territoire	
Connaissance des populations immigrées	DRJSCS en collaboration avec DR Insee
Mobilisation des moyens de l'État, des collectivités territoriales et des services publics	DRJSCS
Organiser une offre de formation linguistique (alphabétisation - FLE)	DRJSCS Conseils régionaux DRTEFP
Favoriser l'accès à l'emploi et à la qualification des personnes immigrées	DRJSCS DRTEFP - SPE
Favoriser l'accès aux droits des personnes immigrées, notamment femmes et personnes âgées	DRJSCS avec DDICS
Accès au logement	DRJSCS avec DDICS (cadre PDALPD)
Accès à l'éducation	DRJSCS Rectorat/IA Casnav
PRÉVENTION DES DISCRIMINATIONS LIÉES À L'ORIGINE ET PROMOTION DE L'ÉGALITÉ	
Prévenir les discriminations liées à l'origine	
Sensibilisation des services publics et collectivités locales Sensibilisation des entreprises et des partenaires sociaux Sensibilisation des bailleurs sociaux et privés	DRJSCS avec DDICS + partenariat interministériel ; collectivités territoriales
Promouvoir l'égalité de traitement	
Mettre en œuvre des actions « positives » rétablissant l'égalité de traitement	DRJSCS avec DDICS + partenariat interministériel et collectivités territoriales
Valoriser la diversité de la société	
Favoriser l'expression, la création et la diffusion d'œuvres ou d'actions culturelles valorisant : - la diversité de la société - la connaissance et l'approbation des mémoires (mémoire des quartiers, mémoire des immigrations)	DRJSCS Drac

Actions	Commentaires
Préparation des programmations annuelles et pluriannuelles (dans le cadre des Cucs) Gestion des crédits Accompagnement des porteurs de projet Attribution de subventions, avec un objectif de rapidité et de pérennisation (CPO) Mise en cohérence avec les politiques dites de droit commun	
Production de données statistiques et d'études historiques, et soutien à des centres ressources ou dispositifs d'observation	
Élaboration des Pripri	Devenir des Pripri en discussion
Gestion d'un marché public, suivi des prestataires, participation aux démarches de planification régionale de l'offre de formation linguistique	
Partenariats avec le SPE, appui au développement d'actions professionnalisantes. Attribution de subvention à des porteurs de projets	
Soutien aux associations spécialisées. Mobilisation des services sociaux de droit commun. Ingénierie de formation auprès des écoles de travail social	
Mise en œuvre du plan de traitement des foyers de travailleurs migrants. Développement des actions d'accompagnement social des résidents des FTM. Soutien aux acteurs spécialisés	
Appui à la scolarisation des enfants de migrants et à la gestion de la diversité au sein de l'école	
Réalisation de diagnostics Mise en œuvre des plans de lutte Organisation de formations d'acteurs Accompagnement des collectivités (GRH) Déploiement de la Charte de la diversité Mise en œuvre d'accords-cadres nationaux Veille sur les initiatives	
<ul style="list-style-type: none"> - animation des Copec - soutien réseaux de parrainage - aide à la préparation concours FP - soutien aux porteurs de projets 	
Soutien à des projets artistiques et culturels	

Missions détaillées	Niveau territorial actuel et autres services concernés
SERVICE CIVIL VOLONTAIRE	
Permettre à des jeunes de s'engager au service d'une mission d'intérêt général et promouvoir leur engagement citoyen	
<ul style="list-style-type: none"> - faciliter l'insertion sociale des jeunes - faciliter l'acquisition de compétences - favoriser la cohésion sociale par la mixité - soutenir la vie associative et permettre son renouvellement 	DRJSCS avec DDICS DDRJS DDJS
FONCTION SUPPORT	
Faire fonctionner les services	
Fonction RH	DDICS
	DRJSCS
Fonction SI	DDICS
	DRJSCS
Fonction budgétaire et financière	DRJSCS
	DDICS
Logistique	DDICS
	DDRJCS

Actions	Commentaires
Promotion, animation et suivi du dispositif Instruction des demandes d'agrément des structures souhaitant recruter des volontaires Préparation et suivi des conventions financières et contrôle de leur bonne exécution Recherche et mise en place de partenariats pour l'organisation de la formation civique Évaluation et contrôle Visites sur place	Bien articuler le réseau, ex. : Acés avec réseau jeunes, et vie associative au sein des DRJSCS
Gestion administrative des personnels, gestion de la paye et des pensions, formation continue des personnels, action sociale, adaptation des conditions de travail (travailleurs handicapés, hygiène et sécurité). Mutualisation de certaines fonctions au niveau du département	
Mêmes fonctions que DD. Mutualisation de certaines fonctions envisagées au niveau de la région (formations, etc.)	Mutualisation à envisager de la gestion administrative (hors GRH de proximité), de la paye (attente ONP) pour le compte des DDI. Attente d'arbitrage pour gestion des personnels de l'État à l'ARH
Maintien des SI et du matériel informatique. Mutualisations envisagées pour maintenance au niveau du département.	
Mêmes fonctions. Évolution des applicatifs métiers	
Suivi des BOP sociaux, gestion budgétaire et comptable	Mutualisation de la fonction financière de la région au profit des départements à envisager dans l'attente de chorus
UO. Fonction ordonnancement et mandatement	
Maintenance des matériels (hors matériels informatiques), manutention, courrier, reprographie. Gestion immobilière. Mutualisation envisagée au niveau du département (logistique, courrier, standard, immobilier, etc.)	
Mêmes fonctions. Mutualisation envisagée au niveau de la région (logistique, courrier, standard, immobilier)	



ANNEXES

193	Annexe 1. Bibliographie générale
198	Annexe 2. Bibliographie régionale
201	Annexe 3. Principaux sigles

ANNEXE 1

Bibliographie générale

- Bihr A., Pfefferkorn R. Les inégalités sociales de santé. *Interrogations* ? 2008 ; (6) : p. 60-77. En ligne : <http://www.revue-interrogations.org>.
- Deaton A. Health, inequality and economic development. *Journal of Economic Literature*, 2003, 41 : p. 113-58.
- De Koninck M., Fassin D., Ferland M., Pampalon R., Leclerc A., Niedhammer I. *et al.* Inégalités sociales de santé [dossier]. *Santé, société et solidarité* : revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité 2004 ; (2) : p. 5-210.
- Lebas J., Salem G., Chauvin P., Berthod-Wurmser M., Bloch-Lainé J.F., Cazes C. Les inégalités et disparités de santé en France. In : Haut Comité de la santé publique. *La santé en France 2002*. Paris, La Documentation française, 2002 : p. 163-243. En ligne : <http://ladocumentationfrancaise.fr/%20rapports-publics/024000152/%20index.shtml>.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.). *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte, Inserm, 2000 : 448 p.
- Sen A.K. Why health equity? *Health Economics* ; 2002, 11 : p. 659-666.

Mesurer les inégalités sociales de santé : méthodes et données d'enquêtes

- Atlan G. Les inégalités sociales de santé en Île-de-France. Paris, Conseil économique et social de la région Île-de-France, 2007 : 147 p. En ligne : [http://www.cesr-ile-de-france.fr/\(rapports et avis\)](http://www.cesr-ile-de-france.fr/(rapports%20et%20avis)).
- Cambois E., Jusot F., Leclerc A., Prouvost H., Poirier G., Fernandez D. *et al.* Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. [Numéro thématique]. *BEH* 2007 ; (2-3) : p. 9-28. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/beh/2007/>.
- Cambois E., Laborde C., Robine J.-M. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte, *Population et sociétés*, n° 441, janvier 2008.

http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1341/

- Chauvin J., Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé en France. In : Bourdillon F., Brucker G., Tabuteau D. *Traité de santé publique*. Paris, Flammarion médecine sciences, 2007 : p. 331-41. En ligne : <http://i.ville.gouv.fr/Data/inserhitlien.php?id=3977>.
- Devaux M., Jusot F., Sermet C., Tubeuf S. Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé, *Revue française des affaires sociales* 2008; (1) : p. 29-47.
- Grignon M., Couffinal A., Dourgnon P., Jusot F., Naudin F. *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*, Paris, Irdes, 2004 : 86 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2004/doc1571bisMesureImpactDeterminMedicaux.pdf>
- Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2 septembre 2008, n° 33 : p. 289. En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEh/2008/33/beh_33_2008.pdf.
- Kambia Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire : résultats de l'Enquête santé protection sociale 2006 (ESPS 2006), *Questions d'économie de la santé* 2008; (132) : 1-4. En ligne : <http://www.irdes.fr>.
- Menvielle G., Chastang J.-F., Luce D., Leclerc A. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2007; 55 (2) : 97-105.
- Michel E., Jouglu E., Hatton F. Mourir avant de vieillir, *Insee Première*, février 1996, n° 429 : 4 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip429.
- Quesnel Vallee A., Kunst A.E., Diez Roux A.V., Lombrail P., Blane D., Netuveli G. *et al.* Épidémiologie sociale et inégalités de santé [colloque de l'Adelf, Toulouse, 18-19 mai 2006], *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2007; 55 (1) : 1-54.
- Trugeon A., Fontaine D., Lemery B. *Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors). Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton*. Paris, Masson, coll. Abrégés de médecine, 2006 : 176 p.

Origine et déterminants des inégalités sociales de santé

- Autès M. Les inégalités de santé, fruit d'une injustice sociale. *Contact santé* 2007; (221) : 12-3. En ligne : http://www.santenpdc.org/pages/contactsante/CS_221/fichier/inegalitesdesante.pdf.
- Bungener M., Ulmann P., Bazin F., Parizot I., Chauvin P., Pascal J. *et al.* Déterminants socio-économiques des inégalités de santé. *Sciences sociales et santé*, 2006; 24 (3) : 119 p.
- Doorslaer van E., Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Economics*, 2004, 13 (7) : p. 609-628.
- De Koninck M., Pampalon R., Paquet G., Clément M., Hamelin A.M., Disant M.-J., *et al.* *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008 : 95 p. En ligne : <http://www.inspq.qc.ca>.
- De Koninck M., Disant M.-J., Pampalon R. *et al.* *Inégalités sociales de santé : influence des milieux de vie*. Lien social et politiques-Riac 2006; (55) : 125-36.
- Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. *Questions d'économie de la santé* 2007 (118) : 1-6. En ligne : <http://www.irdes.fr>.

- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2003 ; 51 (4) : 381-401.
- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*, 2002 ; 20 (4) : 72-128.
- Khlal M., Sermet C. La santé des chômeurs en France : revue de la littérature. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2004, vol. 52, n° 3, 2004/10, p. 465-474.
- Leclerc A. La place de la santé au travail dans la santé publique. Contribution des facteurs professionnels aux inégalités sociales de santé. *Actualité et dossier en santé publique*, 2006 ; (57) : p. 63-5.
- Marmot M. The influence of income on health : views of an epidemiologist. *Health Affairs*, 2002, 21, 2 : p. 31-46.
- Sass C., Moulin J.-J., Labbe E., Chatain C., Gerbaud L. La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé. *Pratiques et organisation des soins*, 2007 ; 38 (2) : p. 139-46. En ligne : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Fragilite_sociale.pdf.
- Volkoff S., Thébaud-Mony A. Santé au travail : l'inégalité des parcours. In Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.). *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, Inserm, 2000 : p. 349-362.
- Wilkinson R., Marmot M. (dir.). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, 2004 : 40 p. En ligne : <http://www.euro.who.int/document/e82519.pdf>.

Agir sur les inégalités sociales de santé

- Comment réduire les inégalités sociales de santé [dossier], *La Santé de l'homme*, 397 : 30 p. <http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=slh/sommaires/397.htm>.
- Commission des déterminants sociaux de la santé (Organisation mondiale de la santé). *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2008 : 36 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_o8.1_fre.pdf.
- Commission des déterminants sociaux de la santé (Organisation mondiale de la santé). Vers la mise au point d'un cadre conceptuel d'analyse et d'action sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : OMS, 2005 : 40 p. En ligne : <http://ftp.who.int/eip/commission/Cairo/Meeting/conceptual%20oframe%20ofrench.pdf>.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J. *et al.* Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Questions d'économie de la santé*. 2005 ; (92) : p. 1-6.
- Deuxième partie : quelques expériences européennes. *Questions d'économie de la santé*. 2005 ; (93) : p. 1-8. En ligne : <http://www.irdes.fr>.
- Délégation interministérielle à la ville. *Ateliers santé-ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Paris, Les Éditions de la Div, coll. Repères, 2007 : 286 p. En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf.
- Leclerc A., Kaminski M., Lang T. *Inégaux face à la santé : du constat à l'action*, Paris, La Découverte, Inserm, 2008 : 300 p.
- Mackenbach J.P., Bakker M.J., Sihto M., Diderichsen F. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In Mackenbach J.P., Bakker M. (eds), *Reducing Inequalities in Health : A European Perspective*, 2002, Londres, New York, Routledge, 2002 : p. 24-50.

- Morel J. L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques. *Santé conjugée*, 2007 (40) : p. 75-7. En ligne : http://www.maisonmedicale.org/IMG/pdf/SC40_C_morel.pdf.
- Niewiadomski C., Aïach P. *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, EHESP, 2008 : 282 p.
- Paquet G. *Partir du bas de l'échelle. Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*. Montréal : Les Presses de l'université de Montréal, 2005 : 152 p.
- Pascal J., Abbey-Huguenin H., Lombrail P. Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien social et politiques-Riac* 2006 ; (55) : p. 115-24.
- Ridde V. Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? *Promotion et Éducation*, 2007 ; XIV (2) : p. 111-4.
- Ridde V., Guichard A., Houéto D. Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances ». *Promotion et Éducation* 2007 ; XIV (suppl. 2) : 44-7.
- Van de Geuchte I., Maulet N., Willems S., Roland M., De Maeseneer J. *Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé 1995-2006*. Bruxelles : Fondation Roi-Baudouin, 2007 : 102 p. En ligne : <http://www.kbs-frb.be/publication.aspx?id=224054&LangType=2060>.

Sites et organismes ressources

Centre de recherche Léa-Roback : centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal

Le centre a pour mission de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et à l'amélioration des conditions de vie. Il assure le développement de la recherche sur les inégalités sociales de santé, la création d'alliances entre chercheurs, décideurs publics et acteurs de terrain, le transfert de connaissances vers l'action, et la formation de chercheurs. Il poursuit cette mission à Montréal en collaboration avec des centres analogues à travers le monde.

Centre Léa-Roback, 1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (QC) H2L 1M3 (Canada) – Courriel : info@centrearoback.ca. En ligne : <http://www.centrearoback.org/>.

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

Créée en mars 2005, la Commission des déterminants sociaux de la santé est l'instrument par lequel l'Organisation mondiale de la santé (OMS) présente aux gouvernements, à la société civile, aux organisations internationales et aux donateurs des moyens pratiques pour assurer de meilleures conditions sociales pour la santé. Les dossiers proposés sur son site Internet, consacrés aux déterminants sociaux de la santé ou à la façon de s'attaquer aux causes sociales des inégalités de santé, sont pour le moment disponibles uniquement en anglais.

Commission des déterminants sociaux de la santé – Room 3162. Organisation mondiale de la santé, 20, avenue Appia, CH-1211 Genève 27 (Suisse) – Courriel : csdh@who.int. En ligne : http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html.

Health-inequalities.org : portail européen pour agir sur l'équité en santé

L'information présentée sur ce portail est le résultat de la collaboration d'un large éventail d'acteurs de la santé et d'acteurs sociaux dans l'Union européenne, regroupés en deux initiatives paneuropéennes : *Closing the gap : Strategies for action to tackle health inequa-*

lities in the EU, 2004-2007 (« Comblent l'écart : stratégies d'action pour lutter contre les inégalités de santé dans l'Union européenne ») d'une part et, d'autre part, *Determine (2007-2010)*, qui s'appuie sur *Closing the gap* et qui établit un consortium communautaire d'actions sur les déterminants socio-économiques de la santé.

En ligne : <http://www.health-inequalities.org>.

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

L'Irdes contribue à nourrir la réflexion sur l'avenir du système de santé. Ses chercheurs observent et analysent les politiques de santé, les comportements des consommateurs et des producteurs de soins sous différents angles : économique, médical, géographique, international, etc. L'Irdes édite et met à disposition les résultats de ses recherches. Il dispose d'un riche fonds documentaire ouvert au public.

Irdes, 10, rue Vauvenargues, 75018 Paris (France) – Courriel centre de documentation : documentation@irdes.fr. En ligne : <http://www.irdes.fr>.

Institut Théophraste-Renaudot

Ce centre de ressources en santé communautaire met à disposition, sur son site Internet, de nombreux documents, dont certains relatifs aux déterminants sociaux de la santé, aux inégalités sociales de santé et au rôle de la promotion de la santé et de la santé communautaire dans la lutte contre ces inégalités.

Institut Théophraste-Renaudot, 20, rue Gerbier, 75011 Paris (France). Tél. : 01 48 06 67 32 – Courriel : contact@institut-renaudot.fr. En ligne : <http://www.institut-renaudot.fr>.

Observatoire des inégalités

Cet organisme indépendant d'information et d'analyse sur les inégalités, financé par des subventions publiques et le mécénat d'entreprises, présente des données relatives aux revenus, à l'éducation, aux conditions de vie, ou encore aux inégalités hommes-femmes.

Observatoire des inégalités, 35, rue du Canal, 37000 Tours (France). Tél. : 02 47 44 63 08 – Courriel : contact@inegalites.fr. En ligne : <http://www.inegalites.fr/>.

ANNEXE 2

Bibliographie régionale

Bibliographie non exhaustive de publications régionales portant sur des diagnostics territoriaux sanitaires et sociaux

Région	Titre
Picardie	Croisement d'informations régionalisées - Dossier CIR n° 9
Haute-Normandie	Observation « Santé/Social » des territoires. Données et profils pour la région Haute-Normandie
	Indicateurs sanitaires et sociaux en Haute-Normandie. Portrait par communautés d'agglomération. Communauté d'agglomération Seine-Eure
Centre	Diagnostics sanitaires en cours
Nord-Pas-de-Calais	Atlas régional de la santé 2008 (1/3)
	Atlas régional de la santé 2008 (2/3)
	Atlas régional de la santé 2008 (3/3)
Lorraine	La santé observée
Alsace	Portrait sanitaire et social Zone de proximité de Mosheim-Schirmeck
Pays-de-la-Loire	Observation sociale des territoires du Maine-et-Loire
Poitou-Charentes	Diagnostic santé-social par pays
Rhône-Alpes	Les inégalités territoriales
	Les indicateurs sociaux
	Diagnostics locaux de santé (16) de 2003 à 2007
	Évaluation des diagnostics locaux de santé réalisés par l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes
Auvergne	Diagnostics Ambert
	Santé et Territoires : du diagnostic à l'action
Languedoc-Roussillon	Élaboration d'un outil de diagnostic social et sanitaire dans le cadre des chartres territoriales de cohésion sociale
Corse	État des lieux sanitaire et social de la Corse
Réunion	Atlas de la santé
	Géographie de l'offre de soins

Documents réalisés par la Fnors

Titre
Les actes du congrès national des ORS : «Les Inégalités de santé. Nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques »
Viellissement des populations et états de santé dans les régions de France
Santé et environnement dans les régions de France
La santé au travail dans les régions de France
Indicateurs transversaux de santé publique dans les régions de France
Inégalités de santé cantonale en France

	Année	Lien
	2006	http://www.or2s.fr/Portals/0/CIR/CIR%209.pdf
	2006	http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/pdf/rap_glob.pdf
	2006	http://haute-normandie.sante.gouv.fr/fr/pdf/ca_7627.pdf
	2008	http://www.grsp-centre.org
	2008	http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/statistiques/atlas_régional_sante_2008/atlas-sante-1.pdf
		http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/statistiques/atlas_régional_sante_2008/atlas-sante-2.pdf
		http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/statistiques/atlas_régional_sante_2008/atlas-sante-3.pdf
	2006	http://diagnostic.orsas.fr/prsp/diagnostic.htm
	2008	ORSAL
	2007	http://pays-de-la-Loire.sante.gouv.fr/doc_stat/obsoc_fichiers/ost49.pdf
	2007-2008	ORS
	2008	http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/inostat/acrobat/inegalite_territoriales_2008.pdf
	2008	http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/inostat/acrobat/fiches_indicateurs_sociaux.pdf
	2003 à 2007	http://www.ors-rhone-alpes.org/etudes.asp
	2008	http://www.ors-rhone-alpes.org/etudes.asp
	2005	http://auvergne.sante.gouv.fr/publicat/fichiers/ambert.pdf
	2008	http://www.grsp-auvergne.fr/upload/ressources/publications/Territoire_et_Santé.pdf
	2008	
	2006	http://corse.sante.gouv.fr/stat6.htm
		http://www.codess-reunion.org/gene.asp?fichier=tableaux/tableaux.asp&id=61

	Année	Lien
	octobre 2008	http://www.congresors-inegalitesdesante.fr/
	septembre 2008	
	septembre 2008	
	septembre 2008	
	juin 2007	http://www.fnors.org/fnors/ors/travaux/syntheseindicateurs.pdf
	2004	http://www.fnors.org/Fnors/Ors/Travaux/inegalcanto-plaq.pdf http://www.fnors.org/Fnors/Ors/Travaux/inegalcanto-rapport.pdf

Sites Internet/bases de données territorialisées

Site	Organisme	Lien
Base de données SCORE-Santé	Fnors	http://www.score-sante.org/score2008/index.htm
Site « Diagnostics territoriaux »	Ddrass/Dass Paca	http://www.paca.sante.gouv.fr/territoires/accueil.swf
Sirsé	ORS Paca	http://www.sirsepaca.org/

ANNEXE 3

Principaux sigles

A

Acsé	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AcVC	Accidents de la vie courante
ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
AFR	Association française pour la réduction des risques
AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'État
Anitea	Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie
ANPAA	Association nationale de prévention en acologie et addictologie
Anru	Agence nationale pour la rénovation urbaine
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASV	Atelier santé-ville

B

BASOL	Base de données sur les sols
BDQA-ATMO	Base de données qualité de l'air atmosphérique

C

Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
Camsp	Centre d'action médico-sociale précoce
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIV	Comité interministériel des villes
Clic	Centre local d'information et de coordination
CMP	Centre médicopsychologique
CMU	Couverture maladie universelle
Coderpa	Comité départemental des retraités et personnes âgées
Copec	Commission pour la promotion de l'égalité des chances et de la citoyenneté

CRS	Conférence régionale de santé
Creai	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CRN	Commission régionale de la naissance
Csapa	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
CUMP	Cellule d'urgence médico-psychologique
D	
DCS	Direction de la cohésion sociale
DCSP	Direction de la cohésion sociale et de la population
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DDT	Direction départementale du territoire
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGUHC	Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction
DIACT	Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires
DIV	Délégation interministérielle à la ville
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
F	
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
Fonjep	Fonds de coopération de la jeunesse et de l'éducation populaire
H	
Halde	Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HBSC	Health Behaviour in school aged children
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
I	
ICLEI	International Council for Local Environmental Initiatives
IFEN	Institut français de l'environnement
IMC	Indice de masse corporelle
INERIS	Institut national de l'environnement industriel et des risques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut de veille sanitaire
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
M	
MDM	Médecins du monde
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
O	
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
Onzus	Observatoire national des zones urbaines sensibles

Onpes	Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusivité sociale
ORS	Observatoire régional de la santé
P	
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
PDI	Programme départemental d'insertion
PLU	Plan local d'urbanisme
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition-santé
PNSE	Plan national santé-environnement
Praps	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRIP	Programme régional d'insertion pour les populations immigrées
PRQA	Plan régional de la qualité de l'air
PRSE	Plan régional santé-environnement
PRSP	Plan régional de santé publique
PRST	Plan régional de santé au travail
R	
RGPP	Révision générale des politiques publiques
RMI	Revenu minimum d'insertion
S	
Scot	Schéma de cohérence et d'organisation territoriale
SNSSI	Système national de surveillance du saturnisme infantile
Sros	Schéma régional d'organisation sanitaire
T	
TMS	Troubles musculo-squelettiques
U	
Ucsa	Unité de consultations et de soins ambulatoires
URML	Union régionale des médecins libéraux
Z	
ZEP	Zone d'éducation prioritaire
ZUS	Zone urbaine sensible

Conception graphique originale **SCRIPTA** - Céline Farez, Virginie Rio
Préparation **Nelly Zeitlin**
Correction **Carmen Fernandez**
Maquette et réalisation **Philippe Ferrero**
Photogravure et impression **Fabrègue**

Août 2009

La création des agences régionales de santé (ARS)

représente à la fois une évolution majeure du système de santé français et un défi pour l'ensemble des acteurs institutionnels, professionnels et associatifs. Pour accompagner cette réforme de grande ampleur, le ministère chargé de la Santé a confié à plusieurs groupes de travail la mission de fournir des éléments permettant une mise en œuvre rapide et pertinente. L'INPES contribue à cette réforme par l'édition de trois ouvrages :

- Promotion, prévention et programmes de santé
- Financer, professionnaliser et coordonner la prévention
- Inégalités sociales de santé

Le présent volume est conçu comme un vade-mecum à l'usage des directeurs généraux des agences régionales de santé, de leurs collaborateurs et de tous les acteurs de terrain qui s'investissent pour réduire les inégalités sociales de santé. C'est assurément l'une des missions les plus difficiles, mais aussi les plus importantes pour la santé et la cohésion sociale à laquelle les auteurs apportent leur contribution.



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex - France