



---

**Master 2**  
**Pilotage des politiques et actions en**  
**santé publique**

Promotion : **2012-2013**

---

**L'action publique en matière de santé pour la réduction des**  
**inégalités sociales de santé – L'exemple de l'ARS Bretagne**

---

**Audrey APERT**

14 juin 2013

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier,

M. Jean-Michel DOKI-THONON, Directeur de la santé publique ainsi que Madame Stéphanie FARGE, Directrice adjointe de la prévention et promotion de la santé pour m'avoir accueillie au sein de leur direction,

M. Adrian MOHANU, responsable de stage, pour son suivi et sa grande disponibilité,

L'ensemble du personnel de l'Agence que j'ai pu côtoyer pendant ce stage pour leur sympathie,

M. François-Xavier SCHWEYER, responsable de Master, pour son encadrement et ses conseils,

L'ensemble des professionnels de l'ARS et acteurs de terrain pour avoir acceptés de me recevoir et qui par leurs réponses ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

---

# S o m m a i r e

---

<b>Introduction.....</b>	<b>8</b>
<b>1 Descriptif problématisé du stage à travers la mise en œuvre et l'approfondissement du PRAPS.....</b>	<b>15</b>
1.1 Le PRAPS : un outil de pilotage et de planification au service de la réduction des inégalités sociales de santé.....	15
1.1.1 Eléments de contexte : une nouvelle génération de PRAPS.....	15
1.1.2 Un objectif fort de transversalité .....	16
1.1.3 Animation et suivi du PRAPS.....	17
1.1.4 Perspectives et enjeux.....	23
1.2 Compte rendu et analyse des missions professionnelles .....	24
1.2.1 Première mission : Questionnaire « inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé » : recueil, analyse et apports.....	24
1.2.2 Deuxième mission : Réalisation d'un lexique conceptuel .....	29
1.2.3 Troisième mission : Un travail sur les « jeunes et adolescents ayant des difficultés multiples nécessitant une prise en charge coordonnée » .....	31
1.2.4 Quatrième mission : Recensement des projets qui relèvent de la prévention et promotion de la santé et «santé-précarité» dans chaque Programme Territorial de Santé (PTS).....	37
1.2.5 Cinquième mission : Une mission d'analyse de l'offre existante, au-delà du champ de la prévention et promotion de la santé, répondant aux objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.....	38
1.2.6 Un point particulier sur les CLS et PTS en tant qu'outils pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé – Illustration avec le CLS de la ville de Rennes: .....	41

1.3	Une mise en perspective opérationnelle du stage .....	55
1.3.1	Réunion de présentation du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale le 28 février 2013 .....	55
1.3.2	Réunion auprès de la FNARS à Saint- Brieuc le 26 mars 2013.....	57
1.3.3	Comité de pilotage extraordinaire de la Maison des Adolescents des Côtes d'Armor le 19 avril 2013.....	58
1.3.4	Evaluation des actions de l'Agence en direction des publics démunis - Rencontre avec le consultant M. Francis Nock.....	60

## **2 Préconisations et analyse réflexive sur le pilotage d'une politique en santé publique ..... 64**

2.1	Quelques éclairages autour sujet de la politique de prévention et promotion de la santé de l'ARS Bretagne.....	64
2.2	Réflexions sur le pilotage de la politique de réduction des inégalités sociales de santé : approfondissements et perspectives .....	67
2.2.1	Eléments de contexte.....	67
2.2.2	Une reconnaissance nationale de l'importance du gradient social.....	68
2.2.3	Mobilisation des acteurs et partage d'une culture commune .....	69
2.2.4	Renforcer le travail en intersectorialité .....	71
2.2.5	Une observation renforcée et partagée des inégalités de santé .....	73
2.2.6	Impliquer les populations destinataires de l'action.....	76
2.2.7	Agir dès le plus jeune âge .....	77
2.2.8	Supports méthodologiques à destination des acteurs concernés .....	78
2.2.9	Nommer un référent « ISS » au sein de chaque ARS.....	79
2.2.10	Rapprocher le monde des chercheurs et le monde des décideurs politiques autour d'un objectif commun .....	80
2.2.11	Favoriser le partage d'expériences efficaces ou innovantes.....	81
2.2.12	Adopter une démarche d'évaluation adaptée .....	83

2.3	Un regard extérieur sur la question des inégalités sociales de santé: rencontres avec des porteurs de projets de l'ARS.....	84
2.3.1	Rencontre avec M. PIROT : Directeur du pôle Précarité Insertion à la Sauvegarde de l'Enfance à l'Adulte (SEA) en Ille et Vilaine le 23 mai 2013 .....	85
2.3.2	Rencontre avec Mme PELTIER-CHEVILLARD : Responsable de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Rennes le 06 juin 2013.....	88
2.3.3	Rencontre avec Mme PLEMEVAUX : Directrice du Réseau Louis Guilloux	90
2.4	Retour réflexif personnel sur le stage dans une perspective professionnelle .....	91
	<b>Conclusion .....</b>	<b>94</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>96</b>
	<b>NOTE D'OBSERVATION.....</b>	<b>99</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAP	Appel à Projets
ACS	Aide à la Complémentaire Santé
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
AME	Aide Médicale d'Etat
AIRDDS	Association d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances et sur le SIDA
ALD	Affection de Longue Durée
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASV	Atelier Santé Ville
ATS	Animatrice Territoriale de Santé
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CG	Conseil Général
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CGDD	Commissariat Général au Développement Durable
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDDIST	Associations départementales de dépistage des cancers, les Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CLAT	Centre de vaccination et les Centre de Lutte Antituberculeuse
CLS	Contrat Local de Santé
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
COM	Convention d'Objectifs et de Moyens
COFIL	Comité de Pilotage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens
CSI	Centre de Soins Infirmiers

CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DGS	Direction Générale des Soins
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DSS	Déterminants sociaux de la santé
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EIS	Etude d'Impact sur la Santé
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FIR	Fond d'Intervention Régional
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
ISS	Inégalités Sociales de Santé
LHSS	Lit Halte Soins Santé
MDA	Maison Des Adolescents
MIG	Mission d'Intérêt Général
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONPES	Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
ORS	Observatoire Régional de Santé
OSCARS	Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé

PAEJ	Point Accueil Ecoute Jeunes
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PLS	Plan Local de Santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIAC	Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PTS	Programme Territorial de Santé
REEB	Réseau d'Education à l'Environnement en Bretagne
RGPP	Révision Générale des Politiques Publiques
S2D	Santé et Développement Durable
SGMCAS	Secrétariat Général des Ministères Chargés des Affaires Sociales
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP	Schéma Régional de Prévention
TS	Territoire de Santé
VAS	Vie Affective et Sexuelle

## Introduction

« *Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* » tel est le défi affiché par la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé dans son rapport « Comblé le fossé en une génération »<sup>1</sup>. Pour faire face à une injustice sociale qui « tue à grande échelle », la réduction des inégalités sociales de santé est un impératif éthique de premier ordre.

En raison de son caractère transversal, la question des inégalités sociales de santé n'est pas facile à appréhender. De nombreux concepts y sont apparentés rendant complexe leur compréhension.

Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités/différences sociales se « transforment » en inégalités/iniquités de santé. Ainsi, il est essentiel de souligner la dimension multifactorielle de ces inégalités sociales de santé et les interactions entre leurs différents facteurs, souvent cumulatifs, que sont : les caractéristiques biologiques des individus, les comportements et styles de vie personnels (dont la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation, l'exercice physique...), les réseaux sociaux, les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les facteurs liés aux conditions et milieux de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels (offre alimentaire, éducation, logement, services de santé...), et les conditions économiques, culturelles et environnementales.

Plus précisément, les inégalités sociales de santé font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Autrement dit, il existe une forte corrélation entre la position sociale des individus et leur état de santé. Ce constat signifie que quelque soit le type d'indicateur: socioéconomique (catégorie socioprofessionnelle, niveau de revenus, formation...) ou sanitaire (mortalité, mortalité précoce, espérance de vie sans incapacité, morbidité...) retenu, les catégories plus favorisées sont globalement en meilleure santé que les catégories les moins favorisées. En effet, les inégalités sociales de santé traversent l'ensemble de la population française selon un gradient qui suit la hiérarchie sociale. Ce concept de « gradient social » sert à décrire le phénomène par lequel

---

<sup>1</sup> Commission des DSS, instituée par l'OMS et présidée par Michael Marmot  
Audrey APERT - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
Sciences Po Rennes - <2012-2013>

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.

Ainsi, cette question s'inscrit dans un continuum qui n'oppose pas uniquement les plus démunis aux autres, mais implique l'ensemble de la société, avec une hiérarchie sociale au sein même des populations socialement intégrées.

Il est reconnu que les principaux leviers pour améliorer l'état de santé et lutter contre les inégalités sociales de santé se situent en amont du soin. En effet, essentiellement dues à des facteurs indépendants du système de santé, les inégalités sociales de santé résultent davantage des conditions et aux modes de vie des personnes. Ce constat doit éviter de faire porter l'intégralité de l'effort sur les politiques de soins et doit au contraire mobiliser largement le champ de la promotion de la santé. Pourtant, l'accent et les ressources sont à l'heure actuelle principalement mis sur la médecine curative, très peu sur la prévention. Il en est de même dans la recherche, ce qui limite notre capacité à identifier, tester et mettre en place des interventions efficaces dans ce domaine.

Ces inégalités sociales de santé sont considérées comme potentiellement évitables car les différences de santé au sein d'une population ne sont pas le produit du hasard ou de la seule biologie mais relèvent de déterminants socialement construits. D'autant plus que les inégalités sociales face à la prévention et aux soins contribuent généralement à renforcer les inégalités devant la maladie, en redoublant les désavantages des catégories défavorisées en termes d'accès et de qualité.

Ces différences inacceptables dans le domaine de la santé, sont considérées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme inéquitables et injustes.

De plus en plus pris en compte dans les politiques publiques, cet objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé impulse de nouveaux challenges porteurs d'espoirs pour l'avenir. En adéquation avec les valeurs de solidarité et de justice sociale qui font partie des fondements de la promotion de la santé, choisir d'étudier un tel sujet est très enrichissant mais constitue un véritable défi.

C'est pourquoi l'action publique en matière de santé doit avoir à sa disposition des moyens d'intervention suffisants pour lui permettre d'agir positivement sur le gradient

social. Les actions « spécifiques » ne suffisent pas à résorber les inégalités sociales de santé, des actions « globales » doivent absolument être menées en complémentarité.

Dans un contexte actuel où la dégradation de la situation économique, sociale et financière impacte inéluctablement les déterminants des inégalités sociales de santé, l'objectif pour l'ARS est de parvenir à agir sur la distribution de la santé. Cela signifie qu'améliorer l'état de santé moyen de la population ne suffit pas si, en même temps, les inégalités s'aggravent ou restent marquées parce que les améliorations profitent majoritairement à ceux qui sont déjà en meilleure santé.

L'enjeu est double : en termes de qualité, il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible sur l'ensemble de la population, et en termes d'équité, il s'agit de réduire au maximum les écarts entre les personnes et entre les groupes.

A ce titre, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 (loi HPST) en créant les ARS, leur a conféré la mission de définir et de mettre en œuvre les objectifs de la politique nationale de santé parmi lesquels figure la réduction des inégalités sociales de santé.

Les ARS ont ainsi de par la loi une légitimité à agir dans ce domaine. En raison du caractère très vaste des déterminants de la santé, les ARS sont incitées à mettre en œuvre des politiques publiques intersectorielles et de cesser de penser la santé comme une catégorie à part des autres domaines sociaux et économiques. Ce cadrage national représente une opportunité indéniable dans la mesure où la réduction des inégalités sociales de santé est désormais conçue comme un objectif prioritaire et souvent transversal des politiques régionales de santé.

L'ARS Bretagne a validé en 2012 sa feuille de route pour les cinq années à venir via la signature du Programme Régional de Santé (PRS) dont la finalité est d'« Agir ensemble pour la santé de tous les Bretons ». Ce programme délimite les actions stratégiques à développer dans les champs de la prévention, des soins et du médico-social.

Il est décomposé en quatre volets :

- Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) approuvé par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et le Conseil de surveillance en mars 2011, qui définit pour cinq ans les priorités et les objectifs de l'ARS en

matière de santé. Il 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.

- Les trois schémas régionaux qui déclinent ces priorités dans les domaines relevant de la prévention, du sanitaire (hospitalier et ambulatoire) et du médico-social à travers respectivement: le Schéma Régional de Prévention (SRP), le Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) et le Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale (SROMS).
- Des programmes, dont l'objet est de décliner les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le PRAPS 2012-2016, s'articule autour de trois priorités identifiées au sein du PSRS :

- Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ;
  - Améliorer l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement ;
  - Favoriser l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire.
- Ainsi que les 8 programmes territoriaux de santé (PTS) qui sont une déclinaison territoriale du PRS et dont la mise en œuvre se déroulera sur une période identique.

A côté des PTS, la mise en œuvre du PRS s'appuie également sur d'autres dynamiques locales et territoriales fortes notamment sur les Contrats Locaux de Santé (CLS) et sur l'Animation Territoriale de Santé (ATS). En tant qu'outils au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, ces différents dispositifs participent également à la mise en œuvre du PRAPS.

Parallèlement, l'ARS anime également deux commissions de coordination des politiques publiques, instances de gouvernance régionale intersectorielle, qui réunissent les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes d'Assurance Maladie. Elles veillent à la cohérence et à la complémentarité des actions menées dans les domaines de la prévention, de la prise en charge des soins et de l'accompagnement médico-social. Au titre de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, la Commission de coordination

Prévention, santé scolaire, santé au travail et protection maternelle et infantile a un rôle à jouer, elle peut notamment décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du Schéma Régional de Prévention (SRP).

Ce Schéma Régional de Prévention est transversal aux diverses thématiques et populations, il propose des stratégies et méthodes de développement de la qualité de la prévention et de la promotion de la santé en Bretagne. Ainsi, il définit des objectifs de réduction des inégalités sociales de santé adaptés aux spécificités de la population Bretonne.

Concernant la situation de la région, de manière générale, on observe un bon maillage des dispositifs mais avec des indicateurs de santé parfois défavorables. Les quelques données à l'échelle régionale disponibles permettent de porter un regard sur des situations d'inégalités sociales et territoriales susceptibles d'impacter l'état de santé et l'espérance de vie et ainsi de déterminer les actions prioritaires à mettre en œuvre sur le territoire.

D'après le document de recensement des actions en direction de publics démunis conduites, impulsées ou financées par l'ARS<sup>2</sup>, « l'étude des données socio-économiques de l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne (ORSB) de 2010 a par exemple permis d'identifier en Bretagne une proportion d'ouvriers et d'agriculteurs plus importante que la moyenne française et a contrario, des proportions de cadres, de professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires moins importantes qu'au niveau national.

Ainsi selon cette étude en Bretagne, « le risque de décès masculin des «ouvriers et employés» est multiplié par 4,2 par rapport au risque de décès des cadres supérieurs et professions libérales ».

Les inégalités territoriales de santé sont également présentes en Bretagne. Ainsi, la mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risque est plus prégnante à l'ouest de la région. Au niveau régional, la mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risque est en situation particulièrement défavorable chez les hommes comme chez les femmes (respectivement + 28 % et + 25 % par rapport à la moyenne nationale) »<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Document de recensement des actions en direction de publics démunis conduites, impulsées ou financées par l'ARS réalisé par M. MOHANU, mai 2013

<sup>3</sup> *Ibid*, partie : « Contexte et enjeux : diagnostic des territoires de santé »

Concernant plus spécifiquement les thématiques, certaines d'entre elles apparaissent prioritaires en Bretagne.

On peut notamment évoquer les conduites addictives qui restent un problème majeur de santé publique sur le territoire Breton. En effet, la région apparaît particulièrement concernée par ces problématiques : les conduites addictives représentent la première cause de mortalité évitable en Bretagne.

D'autre part, bien que la mortalité par suicide soit, en Bretagne comme en France, en diminution depuis le début des années 1990, la région conserve une situation très défavorable par rapport à la moyenne nationale.

De même, certains territoires bretons apparaissent plus touchés par les questions de précarité, tout particulièrement le Pays du Centre Ouest Bretagne, les pays de Redon et de Guingamp avec notamment une proportion de travailleurs pauvres élevée. Des problématiques de difficultés de mobilité, d'éloignement des structures de soins et de démographie médicale sont également très prégnantes.

La Bretagne se distingue aussi par une représentation importante de populations dites vulnérables aux risques sanitaires et parfois éloignées du système de soins et n'ayant pas accès à leurs droits. Il s'agit principalement de personnes âgées, isolées, avec de faibles revenus, issues du milieu rural...

Aborder la vaste problématique des inégalités sociales de santé dans le cadre d'un stage de fin d'études fléché parcours professionnel au sein de l'ARS Bretagne offre nécessairement plusieurs opportunités en termes d'expériences professionnelles et d'enrichissements personnels. Les différentes missions qui m'ont été confiées et dont il sera fait mention tout au long de ce mémoire s'inscrivent étroitement dans cette logique.

Ce mémoire vise à rendre compte de la stratégie employée par l'ARS pour répondre à cet objectif de réduction des inégalités sociales de santé, la finalité n'est pas d'évaluer les résultats des actions mises en œuvre en ce sens. Afin de mieux appréhender la manière dont l'ARS investit le champ des inégalités sociales de santé, une présentation de la structuration de l'action de l'Agence sera également abordée au travers l'étude d'un document de recensement des actions conduites, impulsées ou financées par l'ARS en direction des publics démunis.

Cette réflexion ayant pour but de mettre en lumière la manière dont l'ARS, au titre de sa compétence en santé publique, agit pour répondre à son objectif de réduction des inégalités sociales de santé se déclinera en deux parties.

Il sera tout d'abord fait état des différentes missions réalisées au cours de ce stage en lien avec les problématiques du PRAPS et avec l'investissement de l'ARS pour réduire les inégalités sociales de santé (I). Dans un second temps, il s'agira de proposer des pistes d'amélioration de l'action de l'Agence dans ce cadre suite à une démarche réflexive personnelle argumentée (II).

# **1 Descriptif problématisé du stage à travers la mise en œuvre et l'approfondissement du PRAPS**

Avec un objectif affiché de réduction des inégalités sociales de santé, le PRAPS, programme régional d'accès à la prévention et aux soins, s'inscrit en toile de fond de ce mémoire. Les missions réalisées au cours de ce stage s'articulent étroitement avec les enjeux identifiés dans le cadre de ce programme.

## **1.1 Le PRAPS : un outil de pilotage et de planification au service de la réduction des inégalités sociales de santé**

### **1.1.1 Eléments de contexte : une nouvelle génération de PRAPS**

Le PRAPS, initié par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, a ensuite été rendu obligatoire par celle du 9 août 2004 relative à la santé publique. Dès 2001, la Bretagne comme les autres régions, a mis en œuvre ce programme, impulsant ainsi une nouvelle dynamique partenariale permettant l'élaboration de projets d'aide aux personnes démunies. A cette époque, cette démarche reposait sur un financement des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

Traversé ces dernières années par la refonte du contexte organisationnel et institutionnel, le processus d'élaboration du PRAPS s'est naturellement complexifié, conduisant à remettre en cause sa reconduction en 2007. En effet, les institutions et acteurs en charge initialement de ce programme ont vu leurs organisations profondément modifiées suite à d'importantes évolutions législatives et réglementaires (la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP)... ) et tout particulièrement les réformes successives du monde de la santé (loi HPST...).

Le contexte de création des ARS a permis de lever cette mise en sommeil et ainsi de prendre en charge l'élaboration du PRAPS dit de 3<sup>ème</sup> génération au titre des années 2012 à 2016.

L'objectif affiché de ce PRAPS « nouvelle génération » est de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun par des mesures spécifiques élaborées avec elles. Trois principales mesures vont dans ce sens :

- Favoriser l'ouverture des droits (couverture sociale, droits fondamentaux...)
- Adapter l'offre de soins afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de soins possible (importance de l'offre de premier recours, des PASS, des urgences, du secteur psychiatrique, des LHSS, des ACT ...)
- Travailler sur les problématiques d'admission au sein des services et établissements sociaux et médico-sociaux (personnes sans domicile, personnes âgées, handicapées ou immigrées à faibles revenus, et en situation de précarité).

Il va de soi que l'élaboration de ce PRAPS de nouvelle génération s'inscrit dans un contexte marqué par changements organisationnels successifs ayant eu pour conséquence de modifier les liens entre les différents acteurs en charge de ce programme tels qu'ils s'étaient établis dès 2001.

### **1.1.2 Un objectif fort de transversalité**

La mise en œuvre du PRAPS de 3<sup>ème</sup> génération est désormais conçue dans une approche totalement transversale et intersectorielle. En conséquence, une forte complémentarité avec l'ensemble des acteurs concernés (Assurance Maladie, Caisses d'Allocation Familiale, Conseils Généraux, communes, établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, professionnels de santé, services de l'Etat...) doit être recherchée. En d'autres termes, le PRAPS n'est envisageable que sur la base de valeurs admises et partagées par tous les acteurs. Pour autant, une telle acculturation n'est pas naturelle et suppose une réelle implication par l'ensemble du réseau partenarial. En effet, le pilotage et l'animation d'un tel programme nécessite une adhésion et une appropriation collective des méthodes de travail. D'autant plus que la complexité et l'interdépendance des déterminants des inégalités sociales de santé renforcent la difficulté qu'est de parvenir à identifier des leviers efficaces favorisant le travail commun avec les autres partenaires et de limiter les obstacles à une telle coordination.

A côté de ces difficultés liées aux objectifs de transversalité et d'intersectorialité, on peut regretter que la rédaction de ce PRAPS se soit faite dans des délais de calendrier très contraints et dans un environnement institutionnel « en recomposition ». D'autre part, l'élaboration du PRAPS repose sur un diagnostic peu étayé en raison de la pauvreté des données de l'ORS relatives à précarité en Bretagne. Outre son élaboration, la gouvernance du PRAPS connaît également d'autres difficultés qui sont notamment liées à une absence de financement propre, à une multiplicité des populations ciblées et l'absence de priorisations réelles, à des cultures et logiques différentes (professionnelles, administratives) susceptibles favoriser le cloisonnement entre les différents partenaires...

En dehors de ces quelques obstacles identifiés, le PRAPS 2012-2016 a la réelle vocation de devenir un outil au service des populations les plus vulnérables au travers la mise en œuvre efficiente d'une coopération régionale entre l'ensemble des partenaires concernés. La volonté de l'ARS d'animer et de créer du lien entre les différents acteurs participant à la prise en charge du PRAPS pour aboutir à une forte mobilisation de tous dans le cadre de la gouvernance de ce programme est une bonne illustration de cet objectif de transversalité.

### **1.1.3 Animation et suivi du PRAPS**

L'Agence joue un rôle de « chef d'orchestre » dans la mesure où elle doit coordonner l'ensemble des interlocuteurs vers un objectif commun, à savoir l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de santé des publics les plus défavorisés. L'ARS, en tant que pivot majeur de la gouvernance du PRAPS, a ainsi la légitimité suffisante pour animer des rencontres afin d'encourager une dynamique de réseaux.

A ce titre, il lui convient de fixer des thèmes prioritaires et/ou des approches populationnelles afin de permettre un meilleur ciblage des actions, et ainsi éviter l'éparpillement des bonnes volontés.

A l'heure actuelle, la question du suivi et de l'évaluation du PRAPS se pose notamment afin d'assurer de la continuité dans la mobilisation des acteurs et de favoriser la cohésion entre eux. Des efforts sont réalisés dans un souci d'améliorer la communication et les connexions entre les différents acteurs et différents échelons du réseau.

En raison de son caractère à la fois transversal et intersectoriel, le PRAPS fait se réunir des logiques institutionnelles et des cultures professionnelles différentes. Cette diversité n'est pas sans causer de difficultés dans la mise en œuvre du programme. C'est pourquoi, il semble important d'organiser des espaces d'échanges entre l'ensemble des partenaires.

Dans le souci de relancer la dynamique du PRAPS et pour contribuer conjointement à sa mise en œuvre, une réunion du groupe de travail PRAPS, s'est tenue le jeudi 16 mai 2013, sur les thématiques particulières des dispositifs spécifiques d'accès aux droits et aux soins (PASS, EMPP, LHSS, ACT, points santé....) et sur l'accès aux soins de premiers recours des publics démunis.

Pour apporter quelques précisions contextuelles, rappelons qu'un comité de suivi du PRAPS qui s'était réuni le 26 juin 2012 avait validé le principe de la tenue d'une réunion d'un groupe de travail au moins une fois par an afin de faire le bilan des actions mises en œuvre (dans l'année écoulée) et pour fixer les nouvelles orientations pour une période d'un an. Pour plus d'efficacité et d'opérationnalité, ce même comité de suivi avait également validé le principe de constituer trois groupes de travail sur :

- Les dispositifs spécifiques d'accès aux droits et aux soins (PASS, EMPP, LHSS, ACT, points santé...) des publics démunis;
- L'accès aux soins de premier recours des publics démunis;
- Les enfants et les adolescents en très grande difficulté.

Ce dernier groupe sur les enfants et les adolescents en très grande difficulté, après réflexion en interne à l'ARS et avec les partenaires plus étroitement concernés par cette problématique, notamment les conseils généraux, est désormais abordé dans un cadre différent du PRAPS. En effet, cette démarche plus globale dépasse les déterminants liés à la précarité.

La dernière réunion du groupe de travail de mai 2013 avait pour objectif global de renforcer l'implication des partenaires, notamment car la mise en œuvre du PRAPS souffre encore de la pluralité des intervenants auprès des publics démunis. En effet, la problématique de l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis, par essence transversale à tous les champs, constitue un défi pour l'ARS Bretagne qui se doit d'assurer un pilotage coordonné pour garantir la gouvernance de ce programme. L'Agence, et tout particulièrement le coordonnateur du PRAPS, M. Adrian MOHANU en lien avec les

référents thématiques, doit parvenir à canaliser toutes les forces de propositions émanant des acteurs en fixant un cadre pérenne à la mise en œuvre du PRAPS tout en suscitant leur adhésion et leur participation, qui sont des conditions essentielles de l'efficacité du programme, du fait de l'expertise des partenaires locaux.

Plus spécifiquement, cette réunion avait une double vocation :

- Compléter l'état des lieux des dispositifs;
- Faire ressortir les dynamiques existantes dans le parcours des personnes tout en illustrant les bonnes pratiques à diffuser et les points de blocage ou d'insatisfaction.

Elle se voulait être un espace d'état des lieux dans un contexte bien circonscrit : la méthode proposée a été celle du focus group permettant ainsi de recueillir les contributions des participants d'une manière interactive.

L'objectif dans un second temps étant de recueillir les éléments nécessaires à l'élaboration d'un document de synthèse partagé sur les points forts et les points à améliorer.

Cette réunion a rassemblé une très grande diversité d'acteurs, près d'une quarantaine de partenaires étaient présents. En effet, le PRAPS invite à une articulation des politiques de santé, de cohésion sociale, d'éducation, de logement, d'emploi. L'enjeu est aussi d'articuler les actions des institutions de l'Etat, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales, du milieu associatif, du milieu de l'expertise et de la recherche, de la population elle-même. Ainsi, la pluralité des champs de métiers représentés à cette occasion témoigne de l'intérêt grandissant porté à la thématique santé précarité et atteste une fois encore de son caractère transversal. Elle confirme également la volonté commune de travailler conjointement sur cette problématique. Un large panel d'invités allant d'une conseillère technique du service social de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale des Côtes d'Armor (DDCS 22), une responsable du service social et animatrice de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du CHU de Rennes, une directrice d'association des centres de soins infirmiers, un directeur territorial de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), un chargé de projets de l'Instance Régionale d'Education, et de Promotion de la Santé (IREPS) de Bretagne, une responsable actions solidaires d'Harmonie mutuelle, une directrice insertion et emploi du Conseil Général du Morbihan (CG 56), à une chargée de développement du point accueil santé ADEALA ou encore à un représentants des usagers, ont répondu positivement à cette matinée d'échanges. Cette

réunion de travail constitue indéniablement un maillon essentiel dans la mise en œuvre du PRAPS.

Néanmoins, on conçoit aisément qu'en raison de la multiplicité des acteurs et des questions, la difficulté est de trouver un filon permettant de réussir à faire des préconisations applicables à l'ensemble des champs, et parvenir à donner de la cohérence à cet ensemble.

Pour faciliter et enrichir les débats, préalablement à la réunion, un support documentaire intitulé « Recensement des actions en direction de publics démunis conduites, impulsées ou financées par l'ARS », rédigé par M. MOHANU, avait été communiqué à l'ensemble des participants. Cette synthèse, présentant la structuration des actions de l'Agence à destination des publics démunis, devant servir de base à la discussion a été saluée le jour de la réunion par certains acteurs trouvant « *ce document de recensement très intéressant pour situer la problématique* ».

Comme indiqué dans le préambule de ce document, la cohésion d'ensemble des actions en direction de publics précaires conduites, impulsées ou financées par l'ARS est assurée par le PRAPS qui est un outil de pilotage et de planification par lequel l'ARS et ses partenaires agissent pour réduire les inégalités sociales de santé.

Ce document, structuré en deux parties, apporte une réelle plus value en termes de connaissance des dispositifs adressés aux publics démunis.

Il se présente comme suit :

a) Un dense maillage régional des dispositifs et une diversité d'actions

1. Accès aux droits
2. Accès aux soins
3. Accompagnements médico-sociaux des personnes démunies
4. Prévention / Promotion de la santé

b) La démarche territoriale et partenariale

1. La prise en compte des problématiques des publics démunis dans les CLS
2. Les publics démunis par le prisme des PTS
3. Les publics démunis ciblés prioritairement dans le partenariat entre l'ARS et les services de l'Etat en charge de la cohésion sociale
4. L'analyse de la gouvernance du PRAPS à travers les travaux du MIP de l'EHESP

5. L'implication de l'ARS dans la préparation du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

6. La participation des usagers

Dans le cadre de la déclinaison territoriale du PRAPS, ce document met également en avant les objectifs régionaux prioritaires à mettre en œuvre. L'enjeu est de parvenir à intégrer, autant que faire se peut, ces objectifs stratégiques dans les différentes actions élaborées conjointement.

Quatre axes ont été identifiés :

- Favoriser la synergie entre les acteurs du soin hospitalier, du médico-social, de la prévention et du champ de la précarité,
- Favoriser l'accès des publics précaires aux soins de premier recours,
- Conforter les actions de promotion et d'éducation pour la santé
- Mieux cibler les publics et les territoires.

L'enjeu à l'ordre du jour de cette réunion du groupe de travail PRAPS portait sur l'accès à l'offre de 1<sup>er</sup> recours des publics démunis. Autrement dit, comment parvenir à mobiliser de manière la plus efficiente possible, l'offre de 1<sup>er</sup> recours à destination des publics les plus démunis. Et plus spécifiquement, comment organiser l'articulation entre ces dispositifs et l'offre de droit commun ?

En guise d'introduction, deux chantiers en cours ont fait l'objet d'une présentation en lien avec les travaux du groupe :

- Animation régionale et connaissance des PASS : présentation du travail sur l'harmonisation de recueil des données par le Centre régional de référence de Brest ;
- Projet de mise place d'un Observatoire Santé – FNARS – Bretagne.

Lors de cette réunion de travail, un consensus semble avoir émergé autour du constat suivant : la Bretagne dispose d'un maillage riche d'un point de vue des dispositifs existants et également des acteurs impliqués. Dès lors, et tout particulièrement en raison du contexte actuel marqué par une forte rigueur budgétaire, il faut réfléchir conjointement en termes de mutualisation des moyens et des compétences.

Une des questions majeures de la problématique des publics précaires est celle de l'accompagnement de la personne en difficultés. La démarche du « aller vers... » a été globalement répertoriée comme étant une bonne pratique. Néanmoins, de nombreux témoignages ont fait état de certaines lacunes en la matière. De manière générale, l'information relative à l'orientation vers le soin, à destination à la fois des professionnels et des usagers, est disponible mais il semblerait judicieux de revaloriser la démarche de l'accompagnement « physique » vers le soin. Les professionnels, contraints par un rythme de travail dense, attestent de leur difficulté à assurer au mieux cet accompagnement de la personne.

La tendance actuelle est à la valorisation de la notion de parcours de la personne. Si l'on souhaite améliorer l'existant, il apparaît effectivement nécessaire de concevoir l'accompagnement comme un processus englobant. Une approche par la notion de parcours permet d'aller au-delà de la seule démarche curative.

A titre d'illustration, comme l'indiquait la directrice de l'association des centres de soins infirmiers (CSI) d'Allaire Malansac (56), que j'avais déjà eu l'occasion de rencontrer lors d'un rendez-vous à Cléguérec (56) le 18 mars 2013, l'aspect curatif au sein de ces centres y est très important mais le rôle des CSI est aussi d'initier des actions de santé innovantes. Majoritairement représentés dans les milieux ruraux, les publics précaires présentent des profils différents (personnes âgées, isolées...) pour lesquels l'accompagnement ne peut pas se cantonner aux seuls soins. La personne est prise en charge dans sa globalité, ce qui se traduit également par de l'écoute, une aide à l'ouverture de leurs droits... Elle conclut en rappelant qu' « *au sein des CSI, on intervient dans l'intégralité du parcours de la personne* ».

Quant aux effets positifs attendus par ces « actions d'accompagnement ponctuelles », leur visibilité n'est pas bonne. On peut seulement espérer que les publics précaires qui viennent consulter dans les CSI ou toute autre structure de soins prennent conscience progressivement de leur « capital santé » et aient à leur disposition les moyens nécessaires pour le préserver.

En effet, la limite à toute action de prévention et de promotion de la santé réside dans la l'absence d'indicateurs permettant de justifier avec précision de l'efficacité des actions menées.

Lors de cette réunion un autre point a été soulevé : il concerne la déclinaison territoriale du PRAPS. A l'heure actuelle, les modalités de définition de cette déclinaison sont en cours de réflexion. L'approche territoriale trouve toute sa pertinence quand elle permet d'impulser une forte dynamique parmi les professionnels concernés et devient ainsi un espace sur lequel sont mis en œuvre des interventions concrètes. A titre d'exemple, l'ARS tente de porter des actions de formation auprès de professionnels d'un même territoire. Cette démarche vise à renforcer la coordination et l'articulation entre ces derniers et doit favoriser à terme les notions de parcours de vie et parcours de santé.

La déclinaison territoriale du PRAPS doit être un moyen de sensibiliser tous les acteurs concernés par les publics les plus démunis à cet enjeu de mobilisation. En d'autres termes, les problématiques relevant de la thématique santé précarité n'apparaissent pas en première intention ce qui suppose adopter un comportement « proactif » afin qu'une « acculturation » puisse se faire parmi par les professionnels de santé.

#### **1.1.4 Perspectives et enjeux**

Faute d'un temps suffisant, et en raison de la richesse des débats qui ont eu lieu au cours de cette rencontre, les points de blocages n'ont pas pu être identifiés, contrairement à ce qui était initialement prévu. Une seconde réunion du groupe (souhaitable à la rentrée d'automne 2013) sera l'occasion de poursuivre les débats et aura comme vocation de proposer des premières pistes d'amélioration à la base de la synthèse réalisée suite à la première réunion de travail du mois de mai 2013.

Un autre document de synthèse sera également rédigé suite à la réunion d'automne. Les préconisations issues des différents travaux du groupe seront portées à la connaissance des membres du comité régional de suivi du PRAPS (décembre 2013) avec pour objectif d'orienter les actions de l'Agence pour les années 2014 et 2015.

Parallèlement, et au titre de l'année 2013, des travaux plus sectoriels d'animation sont déjà engagés ou en réflexion: l'animation et la coordination régionale des PASS et des EMPP avec la mise en place d'un groupe de travail; l'animation et la coordination régionale des Points-santé avec la perspective d'organisation d'une journée régionale.

## 1.2 Compte rendu et analyse des missions professionnelles

Les missions réalisées dans le cadre de ce stage de fin d'études sont toutes étroitement liées aux enjeux de réduction des inégalités sociales de santé.

### 1.2.1 Première mission : Questionnaire « inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé » : recueil, analyse et apports

Cette première mission de stage relative au remplissage d'un questionnaire traitant des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé s'est déroulée sur une période approximative de trois semaines. Mon travail de recueil et de synthèse des données relatives au questionnaire fait suite à une demande émanant du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. En effet, cette enquête portant sur les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé est un des éléments d'un chantier initié en avril 2012 par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) et le Commissariat général au développement durable (CGDD) sur le thème de la cohésion sociale.

Dans ce contexte, le groupe de travail en charge des questions « d'inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé » avait fait le souhait d'orienter son action dans une perspective opérationnelle. Ce questionnaire a été transmis à de nombreuses institutions : aux ARS mais également aux Directions Régionales de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL), aux Directions Régionales de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et aux Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE). Il vise à apporter une meilleure connaissance des outils diagnostics existants et des leviers d'actions permettant d'élaborer, au niveau territorial, des politiques publiques permettant de lutter contre ces inégalités.

L'ambition portée par ce questionnaire était dans un premier temps de parvenir à recenser les expériences conduites au niveau régional et local par les institutions citées ci-dessus, puis dans un second temps à les partager. A ce titre, il est prévu que certain(e)s pratiques

et témoignages puissent faire l'objet d'une présentation lors d'une journée nationale d'échanges dont la date n'est pour l'heure pas encore fixée.

Pour réaliser ce travail de synthèse dans un délai relativement restreint, j'ai mené de nombreux entretiens auprès de personnes clés de l'ARS : rencontres avec le Directeur de la santé publique ; Directeurs/Directrices adjoint(e)s : démocratie sanitaire et communication, offre hospitalière, offre médico-sociale, offre ambulatoire et coordination des acteurs, prévention et promotion de la santé, veille et sécurité sanitaire, santé-environnement ; Responsable du pôle observation, statistiques et évaluation, et l'ensemble des référents thématiques de l'équipe prévention et promotion de la santé ;

En fin de mission, j'ai également établi un contact avec la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS), chargée de traiter l'ensemble des réponses et d'en faire une synthèse globale.

Cette enquête nationale se découpait en trois parties, de proportion inégale :

La première partie relative aux réalisations en matière de diagnostics ou d'états des lieux par l'ARS depuis sa création met particulièrement l'accent sur les expériences incluant à minima deux types de déterminants : social et/ou territorial, et/ou environnemental. En raison de leur importance, les diagnostics ou états des lieux portant sur une analyse exclusive n'ont volontairement pas été retenus.

Chaque travail retenu faisait l'objet d'une série de questions : titre, initiateur(s) du projet, objectif(s), niveau(x) territorial (aux), éventuels partenaires associés à la production du document, disponibilité du document, méthodologie utilisée, sources de données, indicateurs, des éléments intégrés dans des plans ou programmes de politiques publiques ont-ils impulsés la production du document, le travail a-t-il nourri des réflexions dans le cadre de l'élaboration de plans, projets ou programmes de santé ?

Afin d'illustrer cette première partie, voici quelques exemples de documents ayant fait l'objet d'une attention particulière :

- « *La santé dans les 21 pays de Bretagne* », initié par le Conseil Régional de Bretagne et l'ARS Bretagne et élaboré conjointement avec l'ORS Bretagne. L'objectif de ce document (actualisé en 2010) est de disposer d'informations détaillées, actualisées et évolutives relatives à l'état de santé, à l'accès aux soins

ainsi qu'à la situation sociale et économique des habitants des pays bretons. Ce document de synthèse, ainsi que les 21 cahiers de santé des pays bretons, tenant compte des spécificités territoriales, constituent des supports utiles dans l'élaboration d'une politique régionale de santé. Ce travail est né sous l'impulsion d'anciens plans ou programmes de santé publique tels que le contrat de plan Etat-Région et le Plan Régional de Santé Publique. En effet, les éléments de diagnostics issus de ce document ont été très utiles dans le cadre de la l'élaboration du Programme Régionale de Santé (PRS) 2012-2016.

- En partenariat avec l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), l'ARS Bretagne a publié deux études au mois de février 2013 sur l'accès aux soins – Octant analyse n°44 et n°45 : « *Les soins hospitaliers en Bretagne : des conditions d'accès et d'usage différenciées selon les spécialités et les pratiques réels des patients* » et « *Une offre de soins de premier recours à moins de 10 minutes pour 97% des Bretons*».

Ces deux études dressent un état des lieux au moment du lancement du Programme Régional de Santé (2012-2016). Elles éclairent d'une part sur l'accessibilité spatiale et d'autre part sur les comportements réels de la population bretonne, en termes d'accès aux soins hospitaliers et ambulatoires. L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ont été associés à la démarche afin de développer conjointement avec l'INSEE une méthodologie d'analyse de l'accessibilité aux services de santé des hôpitaux, et de leur fréquentation. Ces deux revues trouvent en partie leur origine dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins 2206-2011 (SROS 3). On peut également supposer que ce travail a nourri certaines réflexions menées dans le cadre de la mise en œuvre du PRS 2012-2016.

Au sein de cette première partie, une question concernait également la connaissance par l'ARS des travaux menés en Bretagne par d'autres professionnels (y compris des travaux menés dans des structures n'existant plus aujourd'hui) ayant abordé l'analyse croisée des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé.

Pour répondre à cette question, j'ai pu notamment bénéficier de l'aide précieuse de Mme DUPUIS-BELAIR, attachée d'administration des affaires sociales à la DRJSCS, et ancienne coordonnatrice du PRAPS 1 et 2, qui m'a fourni un ensemble de références bibliographiques au sujet des inégalités sociales de santé. D'ailleurs ce dossier documentaire a également constitué une base de travail intéressante pour la réalisation de ce mémoire.

La première phase de l'enquête interrogeait également sur les facteurs de réussite, les attentes et les freins concernant ces diagnostics, avec deux principales interrogations concernant :

- Les modalités nécessaires d'association des acteurs (et leurs limites) pour mettre en œuvre un diagnostic intégrant les inégalités environnementales, territoriales et sociales de santé,
- Les besoins rencontrés par les acteurs pour la réalisation de tels travaux.

En termes de réflexions, cette partie qualitative représente un recueil d'informations très précieux que j'ai pu mobiliser dans la seconde partie de ce mémoire consacrée notamment à l'identification de préconisations.

La deuxième partie de ce questionnaire était consacrée aux exemples d'actions conduites et/ ou de dispositifs mobilisés ayant permis une mise en œuvre de politique(s) publique(e) concertée(s) dans le cadre de la réduction des inégalités. Plusieurs exemples ont été cités dans cette deuxième partie, en intégrant dès que possible les facteurs de réussite et les freins à la mise en œuvre de ce type d'actions.

Afin d'étayer ce propos, nous pouvons mentionner par exemple l'action de « promotion des études d'impact santé » (EIS) menée par la ville de Rennes, en partenariat avec l'ARS : L'objectif de ce type d'action, est d'évaluer une politique, un programme ou un projet au regard de ses effets positifs et négatifs sur la santé, pour minimiser les risques et accentuer les bénéfices pour la santé. L'EIS est appliquée à un projet d'aménagement d'une halte ferroviaire Pontchaillou et de ses abords. Il s'agit encore d'un projet expérimental à Rennes mais on peut supposer que les EIS tendent à se répandre davantage dans les années à venir. Cette dynamique est portée par un partenariat entre le réseau Villes-Santé de l'OMS, la Ville de Rennes, l'ARS, l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et le

centre Santé et Développement Durable (S2D) notamment. On note une forte volonté de promouvoir cette démarche à d'autres projets (au-delà de Rennes). Cette démarche promue par l'OMS est un moyen efficace de prendre en compte la santé au sens large dans l'élaboration de projets.

Trois facteurs de réussite dans la mise en œuvre intersectorielle de ce projet ont été identifiés :

- Incitation à la collaboration et à la communication entre les différentes parties prenantes,
- Approche participative associant au projet à la fois la population concernée et les partenaires,
- Une prise en compte des inégalités de santé au sein des futurs projets mis en place.

En parallèle, certaines difficultés inhérentes à ce type d'action concertée apparaissent :

- Une échelle temporelle différente en termes de planification, liée notamment au fait que certains partenaires expriment le besoin d'obtenir une réponse rapide, et ont des attentes différentes.
- Intérêt de faire participer les populations, mais certaines difficultés sont soulevées : ce processus souvent chronophage s'inscrit dans un contexte contraint par le calendrier du projet, associé à une méconnaissance du champ de la santé par certains participants.

Toujours à titre d'illustration, nous pouvons citer un second exemple d'actualité en matière d'actions concertées intégrant au moins deux déterminants. Il s'agit d'une formation d'« éducation à la santé environnementale et inégalités sociales de santé » co-construite par IREPS Bretagne et le Réseau d'Education à l'Environnement en Bretagne (REEB) pour l'année 2013.

Ce projet consiste à former des acteurs de terrain, qu'ils soient issus du champ de l'éducation pour la santé ou de l'éducation à l'environnement, afin de renforcer leurs capacités d'association, d'accompagnement dans leurs projets.

Les facteurs de réussite de ce projet sont au nombre de trois principalement :

- Cette action donne une assise nationale de l'éducation à l'environnement pour l'année 2013.

- C'est une thématique de travail émergente.
- Elle favorise le partenariat local.

Le principal bémol est d'ordre financier.

Enfin, le questionnaire prévoyait en dernière partie une rubrique permettant d'indiquer un commentaire général sur les outils de diagnostic et les leviers d'élaboration des politiques publiques concourant à la réduction des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé. Les nombreux éléments de réponses apportés à cette question m'ont permis également d'enrichir mon regard sur les enjeux liés aux problématiques des inégalités de santé.

Globalement, cette première mission m'a permis de découvrir très rapidement le fonctionnement de l'ARS en allant à la rencontre des différents responsables des directions métier. Elle m'a également donné l'occasion de mieux cerner les problématiques liées à l'objectif de réduction des inégalités de santé en Bretagne. Ainsi, les réflexions issues de ce travail, étroitement articulées à la thématique de mon stage, ont indéniablement constitué une base solide dans l'élaboration de ce mémoire professionnel.

### **1.2.2 Deuxième mission : Réalisation d'un lexique conceptuel**

L'objectif de ce travail était d'identifier une définition pertinente et synthétique des termes suivants: pauvreté, précarité, exclusion/inclusion sociale, déterminants sociaux de la santé, inégalités de santé et inégalités sociales de santé, au travers la lecture et l'analyse de plusieurs supports documentaires. Cette mission qui s'est déroulée sur une période de trois semaines / un mois avait pour finalité de mettre à disposition de l'ensemble des personnes de l'ARS intéressées par ces problématiques un outil opérationnel partagé.

En matière de réduction des inégalités sociales de santé, ce travail a tout son intérêt puisqu'il vise à pallier une certaine forme de « mésusage » de ces concepts clés utilisés par les professionnels de l'ARS dans le cadre de l'élaboration d'une action publique.

En effet, ces différents concepts, souvent utilisés de manière interchangeable dans le langage courant, manquent de clarté quant aux réalités et aux processus qu'ils recouvrent.

Un travail de définition et de délimitation conceptuelle est apparu opportun afin de mieux cerner les enjeux liés à la spécificité des situations se rattachant à ces définitions.

Ainsi, si on obtient un langage commun et une culture partagée autour de ces différentes notions, on peut espérer obtenir à terme une efficacité renforcée des réponses apportées en matière de réduction des inégalités sociales de santé.

D'un point de vue méthodologique, j'ai débuté cette mission par un travail de recensement de l'ensemble des références bibliographiques susceptibles de m'aider pour la suite de mon travail de rédaction. Cette première étape de travail visait à identifier toutes les acceptions données dans la littérature à ces termes. Pour mener cette première tâche, je me suis appuyée sur différents supports tels que :

- Les rapports de la Cour des comptes, de l'IGAS, du Sénat, des rapports et lettres d'observation de l'ONPES, le rapport de la Commission des DSS de l'OMS, le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique « les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité »...
- La revue de littérature sur les inégalités sociales de santé réalisée par le service documentaire de l'ARS,
- Des ouvrages bibliographiques : FASSIN D., *Problèmes politiques et sociaux – Inégalités et santé*, la documentation Française, 2009 ; BASSET B., *Les Agences Régionales de Santé, les inégalités sociales de santé*, INPES, 2008 ; POTVIN L., MOQUET M-J., JONES C M., *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES, 2010.

Une fois cette phase essentielle de recherches et de lecture réalisée, j'ai entamé un travail de synthèse et de rédaction pour chacun des concepts afin d'essayer d'élaborer une définition la plus pertinente qui soit. Lorsque cela s'est avéré opportun, j'ai rajouté une illustration d'action publique visant à répondre aux problématiques de santé telles que identifiées dans les définitions. L'exemple le plus marquant est celui de la mise en œuvre d'un Contrat Local de Santé (CLS) pour répondre aux objectifs de réduction des inégalités sociales de santé.

A l'heure actuelle, ce lexique conceptuel a été mis à la disposition de l'ensemble des agents de la Direction adjointe prévention et promotion de la santé. Il est prévu sous peu de prendre contact avec le service de communication de l'ARS afin de le diffuser à une plus grande échelle au sein de l'Agence.

### **1.2.3 Troisième mission : Un travail sur les « jeunes et adolescents ayant des difficultés multiples nécessitant une prise en charge coordonnée »**

Les quatre conseils généraux (CG) Bretons ont à plusieurs reprises fait part de leurs difficultés à prendre en charge des enfants et des jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et présentant des troubles importants du comportement et/ou de la personnalité. Faisant suite à leur sollicitation, l'ARS s'est engagée à mener dans un premier temps une réflexion concertée sur ce sujet avec les quatre CG.

Ce travail collaboratif autour de la problématique des « jeunes et adolescents ayant des difficultés multiples nécessitant une prise en charge coordonnée » s'est officialisé lors d'une rencontre entre les conseils généraux et l'ARS le 15 février 2013. Lors de ces premiers échanges, plusieurs points ont été clairement identifiés :

Tout d'abord, la réflexion menée en ce sens doit avoir pour finalité de construire des réponses adaptées aux jeunes et adolescents concernés par la démarche. Mais compte tenu de la complexité de la problématique, le point de départ doit être une définition claire du périmètre de la population concernée : les tranches d'âge, les situations et trajectoires jeunes concernés, leur nombre, les prises en charges proposées...

Egalement, il a été souligné que bien que ce travail fasse suite à une sollicitation des CG, Il sera nécessaire dans un second temps, de poursuivre la réflexion engagée avec d'autres partenaires concernés (les acteurs du médico-social, la psychiatrie...) par la problématique des « jeunes et adolescents ayant des difficultés multiples nécessitant une prise en charge coordonnée ». Enfin, si la démarche engagée concerne en premier lieu le public de l'ASE, les problématiques évoquées par les CG peuvent dépasser ce cadre. Les pistes d'action dégagées sont susceptibles de concerner un public beaucoup plus large.

Dans ce contexte, Madame Salima TAYMI, chargée de mission en prévention et promotion de la santé à la Direction adjointe prévention et promotion de la santé a été

missionnée pour assurer cette démarche. Mon rôle est l'accompagner dans les différentes étapes de ce projet.

Pour ma part, la démarche apparaît très intéressante puisqu'elle s'inscrit bien évidemment dans le cadre de la thématique des inégalités sociales de santé, et notamment elle souligne l'importance de réfléchir en termes de gradient social. Elle renvoie indirectement à la dualité existante dans le mode d'intervention : faut-il adopter une approche spécifique ou une approche dite « population générale ». Néanmoins, il n'est plus à démontrer qu'une action sur les inégalités sociales de santé ne peut se limiter aux seules populations précaires ou vulnérables.

En effet, en favorisant le développement d'une stratégie populationnelle de promotion de la santé par les acteurs du territoire, comme c'est le cas dans cette mission, il devient possible d'améliorer les conditions de vie de la population. Par ailleurs, il est également admis que les actions mises en œuvre dès le plus jeune âge sont essentielles car c'est durant cette période que se détermine déjà l'état de santé des futurs adultes.

Ces différents constats ont été affirmés dans le rapport de la Commission sur les Déterminants sociaux de la santé présidée de M. MARMOT, référence aujourd'hui incontestée en la matière.

Suite aux premiers échanges de février 2013, des réflexions en interne à l'ARS se sont tenues afin de s'accorder sur la méthodologie à retenir. Une fois la proposition de méthodologie validée par les différents membres de l'ARS, celle-ci a été soumise pour avis aux CG dans le cadre de conférences téléphoniques, et dont l'organisation m'avait été confiée.

La méthode retenue repose sur trois étapes :

La première étape concerne la réalisation d'un état des lieux afin d'objectiver la problématique et la population. Cet état des lieux comporte deux volets :

- Objectivation de la population dite « jeunes et adolescents ayant des difficultés multiples et nécessitant une prise en charge coordonnée ».

Plus précisément, la population concernée par la démarche est la suivante : « Enfants ou adolescents, confiés à l'ASE dans le cadre administratif ou judiciaire, présentant des troubles du comportement et ou de la personnalité en lien ou non avec un handicap identifié et nécessitant une prise en charge spécialisée sur le plan de la gestion quotidienne, de la scolarité et du soin.

Ce sont des enfants ou adolescents relevant à la fois de l'ASE, des services médicosociaux (IME, IMPRO, ITEP...) et de la psychiatrie (parcours de soins en ambulatoires et ou hospitalisations) et ne trouvant pas de solution d'accueil exclusive et complète dans aucune structure de ces trois champs d'intervention ».

Cette définition qui avait été élaborée par le CG d'Ille et Vilaine dans le cadre de travaux préliminaires réalisés en interne, est apparue suffisante pour dégager les premiers critères d'inclusion de la population concernée par la présente étude.

Ce premier volet de l'état des lieux vise à objectiver la population qui fera l'objet d'une attention particulière (âge, situation, problématiques rencontrées, effectifs) ainsi que les facteurs facilitant ou les freins rencontrés dans le cadre de leur prise en charge.

Cette phase d'objectivation passe tout d'abord par un temps de cadrage de la démarche avec les équipes ASE des quatre CG. Cette étape vise à présenter de nouveau avec précision la méthodologie et à envisager avec les interlocuteurs ASE des CG les situations qui pourront faire l'objet d'une monographie. Rappelons que le choix des situations qui font l'objet d'une monographie relève bien des CG.

La deuxième étape du premier volet d'état des lieux consiste à se rendre sur site pour la réalisation de monographies. En effet, après réflexion il est apparu opportun d'étudier le parcours de certains jeunes et adolescents répondant à la définition des CG à travers la réalisation de monographies. Ce travail vise à déterminer les similitudes dans les parcours et les situations et permettra de mieux comprendre les trajectoires des jeunes dans les différents modes de prise en charge. A l'heure actuelle, nous avons pris la décision de réaliser quatre monographies par département parmi lesquelles au moins une témoigne d'une réponse adaptée aux problématiques des CG.

Sur ce point, Mme Salima TAYMI et moi-même avons la charge de réaliser ces monographies, en lien avec les interlocuteurs des CG afin notamment de ne pas faire

d'erreur de compréhension dans l'analyse des situations. En termes de modalités pratiques, nous réalisons les monographies à partir de dossiers de jeunes suivis par l'ASE et complétées par des entretiens auprès des professionnels de l'ASE. Initialement, l'idée d'aller à la rencontre de certains jeunes avait été évoquée, afin de mieux cerner leur perception des prises en charge proposées en termes d'adhésion, de ruptures de parcours... mais cette démarche apparaît biaisée et très chronophage. Par ailleurs, nous avons estimé le temps nécessaire pour le recueil d'informations sur site en vue de la rédaction des quatre monographies à deux journées complètes, soit une monographie par demi-journée. Il s'agit d'une approximation de départ qui à l'usage sera peut être amenée à évoluer.

Enfin, il est envisagé dans le cadre du premier volet de cet état des lieux de convenir d'un temps de synthèse avec les équipes ASE afin d'analyser conjointement les motifs d'inadéquation relevés par les conseils généraux et ainsi de préciser ensemble les critères d'inclusion en vue de quantifier le public ciblé par la démarche. Cette dernière étape se fera une fois toutes les monographies réalisées.

Lors des échanges téléphoniques organisés avec les quatre CG, il est ressorti certaines réserves concernant les délais contraints de réalisation de cette première phase de l'état des lieux. En effet, il était initialement prévu que ce premier volet soit mis en œuvre entre mars et juin 2013.

En pratique, la première rencontre sur site pour présenter la démarche a eu lieu le 15 mai 2013 auprès du Conseil Général du Morbihan. Une autre date est fixée au 3 juillet pour entamer la rédaction des monographies dans le Morbihan. En parallèle quelques dates de rencontres sont prévues courant juin avec le CG 35. Pour les CG 22 et 29, les propositions de rencontre se dégagent également, et en principe s'étaleront sur une partie de l'été. Ce premier volet est particulièrement chronophage. En effet, étant donné que chaque CG dispose d'une organisation propre concernant la problématique des jeunes et adolescents difficiles, et qu'il lui appartient au préalable de déterminer en interne les personnes susceptibles d'être associées à ce travail, dès lors trouver des dates de rencontre avec les équipes respectives devient un exercice difficile.

Ce processus apparaît d'autant plus long car comme indiqué ci-dessus la réalisation des monographies est précédée systématiquement d'une présentation aux équipes concernées

par la démarche envisagée. Néanmoins, il ne serait pas souhaitable de faire l'impasse sur cette étape, qui est une condition déterminante de la qualité future du projet.

Au regard de l'ensemble des contraintes d'agenda des professionnels mobilisés dans ce projet, le dernier volet de cet état des lieux, à savoir une restitution commune entre CG et ARS, ne pourra a priori se faire qu'aux alentours de septembre 2013.

Egalement lors des échanges téléphoniques entre l'ARS et les CG, il est apparu quelques incertitudes au sujet de la tranche d'âge à cibler. C'est pourquoi nous avons jugé opportun de rester sur une tranche relativement large des 12 / 18 ans en priorité. Néanmoins, un des CG a toutefois émis la possibilité de réaliser une monographie sur un public plus jeune si cela s'avérait pertinent.

Actuellement en cours de réalisation du premier volet de cet état des lieux, un comité de pilotage (COPIL) «jeunes et adolescents en difficulté nécessitant des prises en charge multiples et coordonnées » réunissant les quatre CG et les membres de l'ARS concernés par la démarche se tiendra aux alentours de fin juin / début juillet afin de réaliser un premier point d'étape.

En parallèle, intervient le second volet de l'état des lieux qui concerne :

- Le pilotage et l'animation de la démarche. Dans ce contexte, un comité de pilotage régional a été mis en place et a pour missions :
  - La détermination des étapes de travail relatif aux jeunes et adolescents ayant des difficultés multiples et nécessitant une prise en charge coordonnée »,
  - Le suivi des différentes étapes de l'état des lieux,
  - La validation de l'état des lieux,
  - Et la détermination des éventuelles pistes d'actions.

Ce COPIL est comme indiqué ci-dessus composé des quatre interlocuteurs CG en charge des problématiques liées aux jeunes et adolescents difficiles, de Mme Salima TAYMI, ainsi que de certains membres de l'ARS intéressés par la problématique: M. Jean-Michel DOKI-THONON, Directeur de la santé publique ; Mme Stéphanie FARGE, Directrice adjointe à la santé publique ; Mme Anne-Yvonne EVEN, Directrice adjointe à l'offre médico-sociale ; Dr Olivier JOSEPH, Médecin conseiller à la direction de la santé

publique ; Dr Sylvie DUGAS, Médecin à la direction de l'offre médico-sociale en charge de la thématique santé mentale.

Par ailleurs, il est prévu que deux comités techniques départementaux soient mis en place suite au déploiement du second volet de l'état des lieux mais leur composition reste à déterminer.

La deuxième grande étape de cette démarche correspond à l'analyse des facteurs qui facilitent ou au contraire qui mettent en échec les prises en charge de ces jeunes et adolescents.

Les modalités de pilotage et d'animation de cette étape seront précisées à l'issue de la première étape.

Néanmoins, il conviendra à ce stade, à partir d'une étude des dispositifs de prise en charge et de coordination existant tels qu'ils sont définis par les textes réglementaires, d'analyser avec l'ensemble des acteurs, (a minima les professionnels de la psychiatrie, les ITEP, les maisons des adolescents, les MDPH) :

- Leur perception des dispositifs de prise en charge vis-à-vis des jeunes et adolescents ayant des difficultés multiples,
- Leurs modalités de recours aux dispositifs de prise en charge,
- Les facteurs qui mettent en échec les réponses apportées ou facilitent les prises en charge proposées.

Il est possible que d'autres acteurs soient associés à cette démarche mais la liste précise des personnes à rencontrer sera à déterminer en concertation avec les conseils généraux.

Préalablement à la mise en œuvre de cette deuxième étape de la démarche, sera très certainement organisée une réunion d'information à destination de l'ensemble des acteurs potentiellement concernés par le projet. Cette rencontre aura pour objectifs de :

- Présenter la démarche ainsi que les résultats issus du premier volet de l'état des lieux,
- Valider collectivement la démarche initiée (monographies, acteurs impliqués...)
- Permettre un échange de points de vue et de connaissances sur les problématiques qui font l'objet de ce travail commun.

Il est aujourd'hui prévu que cette deuxième étape se fasse entre octobre 2013 et janvier 2014 mais face aux différentes contraintes des acteurs en présence, il n'est pas impossible que le processus prenne du retard.

Enfin, la troisième et dernière étape de la démarche dite « jeunes et adolescents ayant des difficultés multiples et nécessitant une prise en charge coordonnée » sera consacrée à la restitution de l'état des lieux et à la réflexion sur d'éventuelles pistes d'amélioration.

De même, les modalités de pilotage et d'animation de cette étape seront précisées à l'issue de la première étape.

Il est probable que l'état des lieux fasse l'objet d'une restitution à l'occasion d'une journée de travail avec l'ensemble des acteurs concernés par ce projet. On peut envisager que ce temps de rencontre se fasse courant février 2014. Il permettrait aux acteurs de :

- S'approprier l'état des lieux réalisé, de l'enrichir éventuellement,
- Réfléchir ensemble à des pistes d'amélioration, avec peut être une possibilité de travailler en ateliers par thématique et par territoire sur les modalités de construction de parcours pour ces jeunes et adolescents,
- Confronter leurs points de vue sur la problématique, leurs pratiques.

Il ne s'agit à l'heure actuelle que de propositions qui seront discutées par les acteurs concernés au fur et à mesure de l'avancement dans le projet.

#### **1.2.4 Quatrième mission : Recensement des projets qui relèvent de la prévention et promotion de la santé et «santé-précarité» dans chaque Programme Territorial de Santé (PTS)**

L'objectif de cette mission était de réaliser d'un tableau retraçant l'ensemble des objectifs et actions de chaque PTS par thématique inscrite dans le Schéma Régional de Prévention (SRP). L'analyse de ce travail est intégrée à la réflexion ci-dessous sur les outils à la disposition de l'ARS pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

### **1.2.5 Cinquième mission : Une mission d'analyse de l'offre existante, au-delà du champ de la prévention et promotion de la santé, répondant aux objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**

En d'autres termes, il s'agit de la question de l'articulation de l'offre de l'ARS en direction des publics démunis au travers notamment un travail sur les déterminants territoriaux de défaveur sociale des inégalités.

Faute de temps suffisant, je n'ai pas pu mener cette mission à son terme. Néanmoins, j'ai pu participer à cette démarche par l'intermédiaire d'un projet d'étude naissant en partenariat avec l'INSEE sur « les inégalités sociales dans le recours aux soins en Bretagne ». Cette réflexion en lien avec la démarche du Ministère est une illustration de la manière dont l'ARS s'interroge sur les besoins des publics et sur l'organisation des dispositifs. Ce projet d'étude vise à élaborer une véritable réflexion sur la réalité du recours aux soins des populations les plus exclues des soins médicaux et à s'interroger sur le bien fondé de ces derniers.

Le choix de ce sujet d'étude avait été validé lors du Comité des études de l'ARS au cours de l'année 2012. Dès juin 2012, avant les premières prémices de cet engagement partenarial, l'ARS avait déjà engagé des travaux de recherches bibliographiques sur le thème plus large des déterminants des inégalités sociales de santé. En effet, un groupe de travail interne à l'ARS accompagné par le service de documentation a réalisé une revue de littérature sur cette thématique. Au sein de ce dossier ayant pour but de compléter les données issues du diagnostic réalisé dans le cadre du PRAPS, plusieurs concepts ont été définis au travers la réalisation de fiches de lecture sur les termes suivants: habitat, catégories socioprofessionnelles, environnement, revenus et éducation.

Pour permettre de définir le périmètre et le contenu de ce projet d'étude ainsi que préciser le calendrier et les ressources, un comité de pilotage (COFIL), auquel j'ai assisté, s'est tenu le 27 mars 2013.

Les premiers jalons de cette étude s'inscrivent dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins. Cette préoccupation est une des priorités de la politique de santé en Bretagne. Notons qu'en termes de connaissance des inégalités territoriales dans l'accès aux soins, de nombreuses études existent déjà. Deux d'entre

elles, dont il a déjà été fait mention, ont par exemple été menées en lien également avec l'INSEE :

- « Les soins hospitaliers en Bretagne : des conditions d'accès et d'usage différenciées selon les spécialités et les pratiques réels des patients ». *Octant Analyse n°44 – Février 2013*
- « Une offre de soins de premier recours à moins de 10 minutes pour 97% des Bretons ». *Octant Analyse n°45 – Février 2013*

Le diagnostic qui sera réalisé dans le cadre du projet d'étude « inégalités sociales dans l'accès aux soins en Bretagne » doit pouvoir apporter une réelle plus value en termes de connaissance des inégalités sociales de santé.

Une première ébauche de plan de cette étude avait été soumise par l'INSEE aux membres de l'ARS, devant servir de base à la discussion lors du COPIL du 27 mars 2013 :

Deux principales parties constituaient cette première version :

- Partie 1 : Qui sont les populations les plus exclues des soins médicaux?

Dans ce premier point, on s'interroge sur le périmètre de la population à analyser. Est-il pertinent de réfléchir en termes de populations éloignées des soins, ou bien est-il plus intéressant d'étudier sous un angle différent : à savoir quelles sont les populations réputées faire l'objet d'une surconsommation de soins médicaux, et qui localement engorgeraient ou satureraient l'offre, au détriment des populations les plus précaires ?

Dans un premier temps des hypothèses sont émises afin de déterminer les tranches de populations à cibler : S'agit-il davantage des jeunes ? Des personnes à faible niveau de revenu ? Des ouvriers ? Des ruraux ? Des non diplômés ? Des inactifs ? Des chômeurs ? Des personnes vivant seules ? Des allocataires des minima sociaux ? Des croisements de ces variables ?

Puis dans un second temps, il s'agit de savoir si ces populations sont présentes en Bretagne.

Il apparaît alors nécessaire de choisir une maille d'observation du territoire, par exemple les bassins de vie ? Il faut également définir des territoires de référence : national/régional/territoires de santé ?

- Partie 2 : Quelle est la réalité du recours aux soins de ces populations en Bretagne ?

On cherche à déterminer si les données de consultation de ces populations en Bretagne confirment ou non les résultats attendus au niveau national. Par exemple, les jeunes en Bretagne ont-ils un recours aux soins inférieur/comparable/supérieur à celui des jeunes en France ?

Avant de procéder à ce travail, il faut au préalable recenser les informations qui sont disponibles dans les données de consultation ? (Sexe, âge, commune de résidence, CMUC, ALD, secteur de conventionnement...).

L'objectif de l'étude, tel qu'il se dessine au sein de cette première version, est de parvenir à déterminer si à l'échelle des territoires, la réalité du recours aux soins est oui ou non concordante avec celle de sa composition sociale. A terme, il sera peut être possible d'observer certains territoires particulièrement exclus des soins alors que leurs caractéristiques sociales laissaient présager le contraire. Dans cette partie, il sera aussi peut être utile de mobiliser un (des) indicateur(s) synthétique(s) de fragilité sociale.

Lors du COPIL du 27 mars 2013, il a été décidé de limiter le périmètre de l'étude en projet au recours aux soins d'un médecin généraliste, sur la base de l'utilisation des données de l'assurance maladie. La part des personnes ayant désigné un médecin traitant pourra également être examinée, sous réserve que l'information permettant de caractériser cette population soit disponible. En revanche, le recours à l'offre de soins au sens plus large, notamment à la médecine hospitalière, ne sera pas intégré au projet pour le moment mais pourra faire l'objet d'une étude ultérieure.

Les variables prises en compte seront relativement limitées : sexe, âge, commune de résidence, bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc).

Concernant la maille d'analyse, celle retenue est le bassin de vie. Ce zonage d'étude a été actualisé en décembre dernier par l'INSEE. Il est basé sur la structuration du territoire par les commerces, les équipements et les services de la gamme intermédiaire, et constitue des périmètres dans lesquels les habitants accèdent facilement aux équipements et services de la vie courante. Il a l'avantage de couvrir sur des critères statistiques homogènes tout le territoire national, et d'avoir une taille critique (le plus petit bassin de vie en Bretagne regroupe près de 4000 habitants) qui permet de mobiliser finement de l'information

statistique, dont des indicateurs d'inégalités sociales. Après analyse, une maille plus large pourra être retenue en agrégeant les bassins de vie ayant des profils similaires.

Enfin, il a été envisagé que des informations complémentaires pourront être intégrées comme données contextuelles dans l'analyse, sous réserve qu'elles puissent être territorialisées par l'ARS, en particulier des données épidémiologiques et des données relatives à l'offre de soins.

Pour des raisons de contraintes organisationnelles de l'INSEE, ce projet d'étude ne débutera pas avant le début de l'été 2013.

A l'heure actuelle, seule la question du maillage des médecins traitants en lien avec les spécificités socio-économiques de la population est arrêtée par les membres du COPIL. Néanmoins, d'autres pistes sont possibles, notamment un élargissement de cette étude, au-delà de l'unique accès au médecin traitant pourra être envisagé par la suite.

#### **1.2.6 Un point particulier sur les CLS et PTS en tant qu'outils pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé – Illustration avec le CLS de la ville de Rennes:**

Le CLS, en donnant lieu à la signature d'un contrat entre l'ARS et les collectivités locales souhaitant développer des projets territorialisés en matière de santé, constitue un levier efficace pour favoriser le développement des partenariats. Il est un outil de contractualisation entre les niveaux régional et local renforçant la cohérence des actions au niveau local. Les territoires particulièrement vulnérables sont ciblés par les CLS dans un souci de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé. Dès lors, un véritable travail de coopération est engagé entre l'ARS et la collectivité territoriale engagée dans le projet. Le CLS s'appuie sur un diagnostic élaboré conjointement qui s'attache à rendre compte de la situation économique, sociale et sanitaire sur un territoire donné. Il impulse l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques partagées concourant à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé sur un même territoire.

La mise en œuvre du PRAPS se fait également à travers diverses modalités de contractualisation. En ce sens, le CLS est un outil fortement mobilisé par l'ARS car il

favorise le dialogue et la collaboration notamment entre différents acteurs intéressés par la santé des publics démunis (collectivités, ARS, DRJSCS, CPAM, CAF, associations, mutuelles...). D'ailleurs, les délégations territoriales, dont les missions sont au plus près des besoins locaux, témoignent d'un grand intérêt pour les CLS et restent des interlocuteurs privilégiés pour les collectivités.

D'autant plus qu'en associant autant que possible les usagers aux différentes actions mises en œuvre, ces dispositifs de contractualisation contribuent également à la réalisation de la démocratie sanitaire.

En permettant de pérenniser les relations partenariales et de mobiliser les acteurs locaux, on comprend aisément que le CLS est un outil doté d'un fort potentiel pour l'amélioration de la gouvernance du PRAPS. Sa proximité avec le terrain, lui donnant légitimité à agir pour répondre au plus près aux problématiques de santé des populations les plus précaires, explique probablement le fort engouement des ARS pour ce dispositif.

Dans le cadre de mon stage, j'ai pu participer à quelques réunions de « groupe expert » et COPIL(s) sur le CLS de la Ville de Rennes, aussi bien à l'ARS qu'à la Ville de Rennes.

Rappelons que préalablement à l'élaboration du CLS, la Ville de Rennes s'était déjà investie en matière de santé publique en élaborant un Plan Local de Santé (PLS) dont l'objectif affiché était la lutte contre les inégalités de santé sur le territoire communal.

Il semble opportun de rappeler que la ville de Rennes présente certains enjeux urbains d'une politique de santé. En effet, il existe de véritables spécificités du territoire rennais en tant que Ville Centre qui justifient la mise en place d'un CLS<sup>4</sup> :

- Une population en situation de vulnérabilité importante : population précaire (10% de la population migrante), zones urbaines sensibles 25%, 1/3 de la population rennaise est étudiante.
- Une offre de soin importante et exhaustive mais disparate sur le territoire avec une problématique de mise en accessibilité des cabinets médicaux et une carence en infirmiers.
- La mortalité rennaise : un état de santé globalement favorable vis-à-vis de la moyenne nationale mais une mortalité prématurée (survenue avant 65 ans) et

---

<sup>4</sup> Données issues du Plan Local de Santé de la Ville de Rennes

prématurée évitable bien supérieure au reste du territoire national, à la Bretagne et au Pays de Rennes.

- Les causes de décès : une situation très défavorable concernant les pathologies liées à l'alcool ainsi que pour le suicide.

Face à cette situation, l'objectif global du CLS sur le territoire rennais est d'améliorer les réponses publiques développées sur le territoire en faveur de la santé des rennais et réduire les inégalités en :

- Engageant une meilleure connaissance entre les acteurs qui œuvrent en faveur de la santé sur le territoire rennais, et en partageant les diagnostics et les actions,
- Favorisant les coopérations et la cohérence des actions développées sur le territoire en décloisonnant les approches,
- Mettant en place une programmation partagée sur la durée du contrat au service d'une stratégie locale en santé : «sécuriser» les coopérations partenariales au-delà des personnes en les structurant, et «sécuriser» en termes financier ou en ingénierie les projets soutenus collégalement.

Lors d'un COPIL au mois de juillet 2012 entre la ville de Rennes et l'ARS Bretagne, plusieurs axes structurants du futur CLS ont été définis :

- Savoir pour agir: développer l'information sur la santé des rennais et les actions menées sur le territoire,
- Promouvoir un accès aux droits, à la prévention et aux soins pour les vulnérables,
- Agir en faveur de la santé des enfants et des jeunes,
- Promouvoir la santé mentale,
- Agir pour la santé des personnes âgées,
- Promouvoir un environnement physique favorable à la santé.

Afin de travailler sur ces thématiques, chaque institution a du se charger de désigner un référent interlocuteur technique pour la Ville et pour l'ARS afin d'assurer le suivi du contrat. Egalement, des groupes experts pour chaque axe en lien avec les référents des institutions ont été constitués.

Chaque groupe expert s'est réuni à plusieurs reprises selon des modalités d'organisation qui lui étaient propres avec pour objectif final de réaliser plusieurs fiches actions déclinant

l'axe structurant. Chaque action devant être décrite dans une fiche projet remplie par le pilote du groupe. Plus précisément, le travail devait consister à formaliser les constats partagés sur la thématique retenue, décrire les enjeux, annoncer les objectifs communs et identifier les actions qui seront inscrites dans le contrat et le pilotage.

L'avancement dans le travail a été marqué par plusieurs « aller-retour » entre les membres des instances constituées à cette occasion : groupes experts, groupe projet, comité de pilotage, comité consultatif. Ces temps d'échanges, de réflexions et de rédaction constituent la base essentielle à la bonne mise en œuvre du futur du CLS.

La signature du contrat étant prévue pour le début du mois de juillet 2013.

La Bretagne a également fait le choix d'utiliser les programmes territoriaux de santé (PTS) pour mieux répondre aux priorités de santé identifiées sur certains territoires, en concertation avec les CLS. En permettant aux différents acteurs de s'entendre sur des stratégies et actions communes à développer sur un même territoire, ces dispositifs locaux favorisent le travail en transversalité et la mise en réseau. Cette forte dynamique partenariale constitue une véritable plus value en matière d'actions de santé publique.

### Les huit territoires de santé en Bretagne :



ARS Bretagne – Octobre 2010

Territoire de santé 1 : Brest – Carhaix – Morlaix

Territoire de santé 2 : Quimper – Douarnenez - Pont l'Abbé

Territoire de santé 3 : Lorient – Hennebont

*Audrey APERT - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
 Sciences Po Rennes - <2012-2013>*

Territoire de santé 4 : Vannes – Ploërmel – Malestroit

Territoire de santé 5 : Rennes – Redon – Fougères – Vitré

Territoire de santé 6 : Saint Malo – Dinan

Territoire de santé 7 : Saint Briec – Lannion – Guingamp

Territoire de santé 8 : Loudéac – Pontivy

La déclinaison opérationnelle du PRS se fait au travers ces huit PTS de manière à répondre aux priorités identifiées sur les territoires de santé. L'enjeu consiste à parvenir à une mise en œuvre territorialisée et décloisonnée de la politique régionale de santé, ainsi qu'à fluidifier le parcours de santé de la personne. Chaque PTS est construit selon un modèle identique.

L'ensemble des thématiques développées au sein du PRS ne sont pas toutes abordées, une sélection est faite en fonction des priorités identifiées sur le territoire. Néanmoins, sept thématiques sont communes à tous les PTS. Il s'agit de:

- La prévention et la prise en charge des conduites addictives,
- La prise en charge des personnes âgées (dont la mise en œuvre des filières gériatriques et gérontologiques),
- La mise en œuvre d'une permanence de soins, articulée entre la ville et l'hôpital,
- L'organisation des gardes et des astreintes en établissement de santé,
- Le développement des modes d'exercice collectifs et coordonnés,
- La mise en œuvre d'une offre de soins territoriale (gradation de l'offre) en chirurgie, en obstétrique et en imagerie,
- Le développement d'outils de coordination/ de décloisonnement des acteurs de la santé.

L'ARS Bretagne a souhaité privilégier la co-construction des huit PTS. En effet, pour s'assurer de la pertinence des PTS, la construction de ces programmes est le résultat d'une méthode participative. Elle est la synthèse à la fois de projets émergents des acteurs de terrain et des orientations et recommandations régionales définies dans le cadre du PRS.

Afin de s'assurer du caractère participatif dans l'élaboration des PTS, un comité de pilotage PTS local ainsi que différents groupes de travail ont été constitués pour chaque thématique retenue sur une période allant de janvier 2012 à janvier 2013. Ces groupes de travail ont eu la charge de rédiger les différents volets thématiques du PTS. Ils se sont

également révélés être des espaces de partage et de rencontres entre des partenaires auparavant dispatchés, ce qui a ainsi permis de dégager des dynamiques et des projets porteurs pour le territoire.

La représentativité des acteurs au sein des comités de pilotage s'est avérée bonne puisque globalement étaient présents à la fois des professionnels de santé libéraux, des acteurs du sanitaire, de la prévention, de l'accompagnement médico-social, des représentants des usagers, également des membres des conseils généraux...

Les Directeurs des délégations territoriales de l'ARS Bretagne et les Présidents des conférences de territoires ont défini conjointement les objectifs à atteindre. Les chargés de mission des conférences de territoire et les coordonateurs de territoire ont quant à eux organisé les échanges afin de construire des PTS cohérents.

La démarche participative a porté ses fruits puisque dans l'ensemble de nombreuses actions sont issues des réflexions menées par les groupes de travail.

Ces douze mois de travail et d'investissement par les membres de l'ARS et l'ensemble des partenaires de terrain se sont concrétisés par la signature officielle des huit PTS entre M. Alain GAUTRON, Directeur Général de l'ARS et les huit présidents des conférences de territoire le jeudi 28 mars 2013. Lors de cette cérémonie, à laquelle j'ai eu l'opportunité d'assister, une centaine de personnes étaient présentes: élus, conseils généraux, conseil régional, préfecture de région, professionnels de santé, directeurs d'établissement, représentants des usages...ce qui traduit la très forte implication des acteurs de santé en Bretagne.

Parallèlement à cette première découverte des PTS, j'ai eu par la suite l'occasion d'en approfondir davantage la connaissance en effectuant un travail de recensement des thématiques du SRP au sein des huit PTS.

La commande initiale consistait à réaliser un schéma récapitulatif permettant de comparer dans une dynamique globale les actions mises en œuvre sur chaque territoire par thématiques : conduites addictives, santé mentale / suicide, vie affective et sexuelle, éducation thérapeutique du patient, cancers, vaccinations, nutrition/activité physique, santé précarité et santé environnement.

Comme indiqué ci-dessus, seule la thématique des addictions est obligatoire à l'ensemble des PTS. Les huit autres thématiques sont complémentaires et ont donc été laissées à

l'appréciation des membres des conférences de territoire et des délégations territoriales concernées.

Pour réaliser ce travail de recensement, j'ai effectué dans un premier temps une fiche synthétique pour chacun des territoires de santé, dont la finalité visait à présenter les thématiques choisies sous forme d'un tableau en trois parties :

- Les axes/objectifs retenus pour la thématique
- Leurs déclinaisons opérationnelles, à savoir le titre des fiches action, de chaque axe/objectif
- Et les enjeux qui y sont associés : bien que les huit PTS présentent une structuration relativement similaire, une confusion était possible dans la mesure où le titre de l'axe/objectif était parfois identique à celui de l'action. Dès lors, les précisions se situant dans la catégorie « enjeux » ont permis d'apporter des compléments d'informations nécessaires à la compréhension de l'action.

Dans un second temps, suite au balayage de l'ensemble des PTS au travers la réalisation de ces fiches synthèses, j'ai pu reporter l'ensemble des données recueillies sous forme de tableau en utilisant le logiciel Excel.

L'analyse du tableau permet de faire sortir quelques éléments :

On constate tout d'abord que parmi les thématiques complémentaires, la préoccupation des acteurs de terrain concernant la problématique santé mentale / suicide apparaît très forte. L'implication des huit territoires sur cette question est probablement liée aux spécificités du territoire breton dans son ensemble. En effet, en Bretagne, le suicide est une priorité de santé régionale constamment réaffirmée en raison notamment d'une position défavorable par rapport aux autres régions françaises, d'une surmortalité persistante, d'un taux de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentatives de suicide supérieur à la moyenne française et avec néanmoins des disparités infrarégionales marquées.

Concernant la thématique de la vie sexuelle et affective, il ressort du schéma que seule la moitié des territoires de santé (TS) a souhaité travailler sur ces questions (TS n° 1-2-5.6).

En revanche, les problématiques liées à l'éducation thérapeutique du patient semblent mobiliser davantage les acteurs de terrain puisqu'à l'exception d'un territoire (TS n°4), tous ont élaboré des actions allant dans ce sens.

A l'inverse, les thématiques vaccinations et santé environnement ne sont abordées que par un seul territoire (respectivement le TS n°5 et le TS n°6).

Des actions relatives à la thématique des cancers n'ont été définies que par les TS n°1-2 et 6.

De même, seuls deux territoires (TS n°5 et 6) ont désiré mettre en place des actions en matière de nutrition et activité physique.

En complément, tous les axes/objectifs relevant de la thématique coordination des acteurs ont été mis en évidence. Elle apparaît majoritairement présente au sein des thématiques addictions, santé mentale, vie affective et sexuelle ainsi que pour l'éducation thérapeutique du patient, thématiques pour lesquelles la mobilisation des acteurs a été la plus forte.

La thématique santé précarité est un peu particulière puisqu'elle n'est abordée que de manière transversale. On ne trouve pas de fiche action spécialement dédiée aux problématiques de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes démunies. En revanche, excepté un territoire (TS n°3), tous ont commencé à initier des travaux sur cette thématique dans le cadre de l'élaboration des PTS. Ainsi, en termes de mise en œuvre opérationnelle du PRAPS, les PTS ont également tout leur intérêt puisqu'ils viennent en appui aux actions qui y sont développées en direction des publics précaires.

Parallèlement à cette mission de recensement, un premier état des lieux des actions menées en direction des publics démunis par le prisme des PTS avait déjà été réalisé par M. MOHANU au sein du document « recensement des actions conduites, impulsées ou financées par l'ARS en direction des publics démunis ».

Ces deux chantiers ont permis une meilleure identification des actions mises en œuvre en direction des publics démunis. Il est ainsi possible de mettre en évidence certains éléments :

Pour les territoires de santé n° 1 et 2, la thématique santé précarité est abordée sous deux angles en particulier : la thématique vie affective et sexuelle ainsi que la thématique gradation de l'offre de soins (volet obstétrique).

Dans le premier cas de figure, l'action vise à garantir une bonne information sur la sexualité et la contraception dans le territoire, notamment pour les publics en situation de précarité.

Dans le second cas de figure, l'action porte sur l'élaboration d'un protocole de dépistage et de prise en charge des vulnérabilités. L'enjeu est de systématiser l'entretien prénatal afin d'être en mesure de proposer une prise en charge et un suivi adaptés aux femmes enceintes en cas de détection d'une situation de vulnérabilité. Concrètement l'objectif est d'améliorer le repérage, pendant la grossesse, des vulnérabilités psychologiques et sociales.

D'autre part, le sujet n'est pas totalement ignoré des autres thématiques car ces questions de santé précarité assez transversales ont pu être également abordées dans les discussions des groupes de travail sur :

- l'accès aux soins des personnes handicapées,
- la promotion de la santé mentale (mobilisation des établissements de soins psychiatriques pour établir des conventions avec le secteur social et médico-social)
- et la prévention des conduites addictives.

Il en est de même concernant le territoire de santé n°4, la question des publics démunis ne fait pas l'objet d'un point spécifique au sein du PTS n°4, néanmoins le sujet n'est pas inconnu puisqu'il est abordé dans le cadre de la thématique prévention du suicide. En effet, l'une des déclinaisons opérationnelles de l'objectif stratégique « Améliorer l'accès et la visibilité des dispositifs de prévention », est la mise en place d'actions de promotion de la santé mentale au bénéfice des publics les plus en difficultés : personnes en situation de précarité, personnes vulnérables. L'enjeu qui est sous tendu est de rendre plus lisibles les dispositifs et améliorer la coordination.

Pour le territoire de santé n°5, la thématique d'accès aux soins, aux droits et à la prévention des plus démunis n'a pas été choisie en tant que telle. Elle est simplement abordée en transversal dans le cadre de la thématique « Prévention et Promotion de la santé » (PPS) qui a été rajoutée plus tardivement par la conférence de territoire (une réunion en novembre et une en décembre 2012).

Trois volets ont été développés, dans une approche globale, au sein du groupe de travail PPS :

- La promotion des politiques vaccinales : Les populations précaires souffrent d'un déficit important dans ce domaine et on note en parallèle une forte demande des structures travaillant auprès de cette population. Un travail auprès des populations précaires ayant peu accès aux médecins généralistes avait été retenu initialement par le groupe de travail ce qui illustre l'intérêt porté à cette thématique. D'autre part, la nécessité de communiquer sur les centres de vaccination gérés par le Conseil Général 35 a été soulignée.
- La promotion de l'éducation à la vie affective et sexuelle (VAS): Sur le territoire de santé n°5, on constate un inégal accès à la contraception et à l'IVG notamment. C'est une problématique qui peut particulièrement concerner les populations les plus démunies. Les actions mises en œuvre en ce sens visent à améliorer l'information des professionnels de premier niveau (animateurs, éducateurs, professionnels de santé...) sur les ressources du territoire et les modalités d'interventions en VAS. Le développement des compétences des professionnels et /ou accompagnants intervenants, par la mise en place d'une offre de formation adaptée, auprès de publics ciblés (dont les publics précaires) est recherché.
- La promotion de la nutrition et de l'activité physique : Dans le groupe de travail deux axes avaient été clairement identifiés : un axe « améliorer la nutrition chez les populations précaires » et un axe « améliorer la santé bucco-dentaire des plus démunis ». Ces deux éléments n'ont pas été conservés tels quels dans le document final. Néanmoins, une approche plus globale a été retenue et porte sur le développement d'une dynamique de réseau entre les acteurs de la promotion de la santé afin de renforcer leurs compétences en matière de nutrition et activité physique. Un des volets de cette approche est dédié à l'élaboration d'une stratégie d'information en direction des publics précaires.

Au sein du PTS du territoire de santé n° 6, la problématique de l'accès aux soins, aux droits et à la prévention des publics démunis a été prise en compte à travers plusieurs thématiques :

- La thématique Addictions : Un des axes stratégiques de cette thématique concerne le développement de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et de perte d'autonomie. Deux objectifs opérationnels en découlent :

Le premier objectif retenu incite à aller au devant des populations en situation de précarité afin de repérer les situations d'addiction et permettre l'accès aux soins.

Le second objectif se définit par un meilleur accompagnement des personnes en situation complexe et par une meilleure coordination des acteurs de proximité.

- La thématique PPS : Un des axes stratégiques concerne le développement de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité. Cet axe se décline au travers trois objectifs opérationnels :

- Informer et former les acteurs sur les dispositifs d'accès aux droits, aux soins et à la prévention,
- Améliorer l'accès aux dispositifs de prévention et de soins,
- Promouvoir des dispositifs coordonnés d'accompagnement et de prise en charge à destination des personnes en situation de précarité.

- La thématique Santé mentale : Deux axes stratégiques font référence à la thématique de santé précarité :

Le premier relatif au développement de la prévention mentale prévoit un renforcement des actions de prévention du suicide auprès notamment des adultes en situation d'isolement ou de précarité.

Dans le cadre du second axe qui concerne l'accès aux soins, à l'accompagnement et la continuité des soins, il est prévu de renforcer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité en évaluant l'Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité et en organisant son extension sur le pays de Dinan.

Pour les territoires de santé n°7 et 8, il n'y a pas non plus de rubrique traitant exclusivement de la question de l'accès à la prévention et aux soins des publics démunis. Néanmoins, une fiche action au sein de la thématique santé mentale / suicide englobe cette problématique.

Pour le PTS du territoire de santé n°7, la fiche action « structurer et organiser une filière de prise en charge globale et diversifiée en addictologie » identifient deux enjeux qui concernent les publics démunis :

- Contribuer à diminuer l'inégalité d'accès et de poursuite des soins,
- Favoriser la réinsertion des personnes.

Pour le PTS du territoire de santé n°8, la fiche action portant sur l'identification, le repérage des « personnes sentinelles » et sur la sensibilisation à la problématique suicidaire prévoit des formations spécifiques à destination des professionnels intervenants auprès de public en situation de précarité.

**Prolongements : Les Ateliers Santé Ville et l'Animation Territoriale de Santé :**  
***Deux dispositifs d'aide à la contractualisation par lesquels l'ARS et ses partenaires agissent pour réduire les inégalités sociales de santé sur le territoire.***

Au titre des outils de contractualisation disponibles, les Ateliers Santé Ville (ASV) permettent de mobiliser sur un même territoire des acteurs concernés par la santé des populations précaires. En effet, en place depuis les années 2000, ils sont un lieu d'élaboration pour mieux appréhender des objectifs de santé publique en tenant compte des spécificités sur un territoire. Ce dispositif qui se situe au croisement du volet santé de la politique de la ville et du volet santé de la loi de lutte contre les exclusions rend possible l'élaboration d'un diagnostic des besoins et la participation des habitants. Les principaux acquis des démarches ASV tant sur le plan méthodologique (définition de territoires de projet en santé pertinents au niveau local, élaboration de diagnostics de besoins participatifs, fédération d'acteurs, élaboration partagée d'un plan et d'une programmation d'actions de santé, coordination et suivi de celle-ci ... ) que stratégique, peuvent faciliter la mise en place de nouveaux Contrats Locaux de Santé (CLS).

A ce titre, j'ai eu l'occasion de participer à une réunion à la DRJSCS le 28 mars 2013 portant sur la thématique des ASV en Bretagne. Cette rencontre avait été l'occasion de présenter un projet porté par « Réso Villes », acteur engagé en matière de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Leur proposition portait sur la construction d'un

réseau ASV et l'organisation d'une journée thématique, déclinée sous différents axes d'intervention stratégique :

- Construire un réseau d'échange et de qualification des Ateliers-Santé-Ville,
- Renforcer l'interconnaissance du système régional de santé,
- Rendre visible les démarches innovantes de santé,
- Participer aux réseaux régionaux et nationaux sur la thématique de la santé,
- Capitaliser et diffuser les ressources.

Dans le cadre de ce projet, l'ARS a été sollicitée pour une demande de subvention. Néanmoins, pour l'heure, l'ARS Bretagne souhaite aborder progressivement la démarche de construction d'un réseau d'échange et de qualification des Ateliers Santé-Ville. Comme étape préalable, il semble important d'entreprendre, avec les ASV et en lien avec la DRJSCS, une démarche d'interconnaissance, d'autant plus que nous sommes aujourd'hui dans le contexte de la réforme récente de l'administration sanitaire et sociale. Ce travail préalable semble nécessaire afin de disposer d'éléments de réflexion plus contextualisés pour éventuellement définir par la suite des modalités d'une animation régionale et partenariale et articulées avec d'autres démarches territoriales du PRS (notamment les PTS et les CLS) et du PRAPS.

Egalement, nous pouvons faire allusion à l'Animation Territoriale de Santé (ATS) qui se pérennise sur le territoire breton.

Les animations territoriales de santé (ATS) sont nées en 2002 sous l'impulsion du Comité régional des politiques de santé réunissant l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités sur la base d'expérimentations sur différents territoires. Le Conseil régional de Bretagne s'est associé à cette démarche depuis 2005. L'ATS Bretagne compte aujourd'hui huit animatrices pays et une animatrice de ville à Rennes. J'avais d'ailleurs eu la possibilité de les rencontrer lors d'une réunion qui s'était tenue en février 2013 au Conseil Régional de Bretagne.

Leur travail consiste à créer et dynamiser un maillage sur leur territoire permettant de mobiliser les acteurs principaux des institutions et les opérateurs associatifs pour mener à bien leur mission de prévention et promotion de la santé et réaliser des diagnostics précis et partagés des besoins locaux. Plus précisément, leurs rôles sont:

- L'articulation d'un programme territorial d'actions de promotion de santé avec les priorités régionales de santé,
- Le conseil et l'accompagnement en lien avec les autres organismes spécialisés dans ce domaine,
- L'information et la communication sur les actions territoriales en lien avec les autres organismes spécialisés dans ce domaine.

En 2011, une évaluation des ATS avait été entreprise. Issue d'une volonté commune des parties prenantes du dispositif, cette évaluation s'inscrit explicitement dans un objectif d'amélioration et d'optimisation du dispositif. Les résultats de cette démarche soulignent la plus-value du dispositif actuel en termes d'investissement durable et d'impulsion dans le champ de la promotion de la santé.

Cette évaluation a été un moyen de réaffirmer l'engagement des partenaires sur de nouvelles bases. Quatre principales préconisations ont été identifiées :

- Un équilibre à retrouver entre volontés régionales et volontés locales par la mise en place d'un contrat tripartite (ARS/Région/Pays ou villes). Ce contrat, triennal, comportera un socle commun régional et des éléments variables selon les territoires.
- L'articulation à trouver du dispositif ATS avec les différents modes de territorialisation de l'action publique en santé (Contrat Locaux de Santé, Programme Territoriaux de Santé). Les ATS devraient intégrer les comités de pilotage des CLS.
- Le pilotage et l'animation des dispositifs régionaux mieux précisés, avec une instance régionale de suivi (ARS, Conseil régional, élus et directeurs des pays) et une instance « réseau » des animateurs territoriaux (les animatrices territoriales de santé, techniciens ARS et Conseil régional).
- La précision des modalités de financement, notamment vis-à-vis de l'ingénierie du dispositif ATS.

Par ailleurs, il est prévu qu'une convention pluriannuelle 2013-2016 soit signée courant juin 2013, dans la perspective d'établir le socle commun régional et les volets territoriaux

préconisés par l'évaluation. Cette convention s'inscrit dans la lignée de celle signée en 2012.

Ces différents dispositifs de contractualisation: CLS, PTS, AVS et ATS constituent pour l'ARS de véritables outils privilégiés permettant l'exercice d'une dynamique locale au service d'un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

### **1.3 Une mise en perspective opérationnelle du stage**

Parallèlement aux missions présentées ci-dessus, j'ai eu l'occasion de participer à quelques autres réunions ou travaux qui ont contribué, dans une perspective opérationnelle, à ma réflexion sur les inégalités sociales de santé.

#### **1.3.1 Réunion de présentation du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale le 28 février 2013**

La réunion de présentation du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale à la préfecture de région le 28 février 2013 constitue en quelque sorte un point de départ à mon stage.

En effet, Le Premier ministre avait annoncé le 20 septembre 2012 la tenue d'une Conférence contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (les 10 et 11 décembre 2012). Pour préparer cette conférence, sept ateliers avaient été créés, qui couvraient la plupart des secteurs de la vie sociale, dont un groupe « santé et accès aux soins » pour lequel la présidence a été confiée par Madame la Ministre à Monsieur Michel LEGROS.

Michel LEGROS a souhaité alimenter le rapport de ce groupe en s'appuyant notamment sur l'expérience de la Bretagne. Pour cela une réunion des partenaires comprenant 27 participants du PRAPS avait été organisée au mois de novembre 2012 par l'ARS en présence du Directeur général, du Directeur de la Santé publique et de la référente santé-précarité de la Direction Générale de la Santé (DGS). Cette réunion a permis de rassembler le témoignage des participants relatif à deux problématiques : les dispositifs spécifiques et l'accès aux soins de premier recours. Ces deux thématiques sont étroitement liées en ce qui concerne les publics démunis et seule une approche globale et transversale semble

appropriée. La préparation du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale a été un lieu d'échanges propice pour aborder le vécu de terrain des professionnels sur ces questions, connaître les problèmes rencontrés et discuter de propositions d'amélioration à intégrer dans ce futur plan.

Plus récemment, dans une circulaire du gouvernement n°1057/13/SG en date du 7 juin 2013, ayant pour objet la mise en œuvre de ce plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, quelques éléments ont été soulignés.

Concernant le domaine de la santé, il est rappelé que la réduction des inégalités sociales et territoriales est une priorité de santé. Cette préoccupation doit irriguer l'ensemble des politiques de santé et d'organisation des soins. Il est également indiqué qu'elle doit s'appuyer sur une action forte en faveur d'une meilleure connaissance des déterminants sociaux de la santé.

Cette circulaire rappelle l'intérêt de l'approche « parcours de soins » pour favoriser la mise en œuvre des orientations et actions prévues notamment au sein du PRAPS. Cette démarche doit être encouragée pour permettre de mieux répondre aux besoins et faciliter le cheminement des personnes dans un système de santé souvent complexe pour elles.

Egalement, la circulaire évoque la question de l'accès aux droits qui doit rester une condition essentielle à l'inscription dans un tel parcours. La synergie entre les différents opérateurs est fortement encouragée afin de lutter autant que possible contre le non recours à la CMUc et à l'Aide Complémentaire Santé (ASE).

D'autre part, dans une perspective de lutte contre les inégalités de santé, et faisant écho à ma première mission de stage, le développement d'initiatives fondées sur une approche intégrée permettant de croiser les dimensions sociale, éducative, environnementale et territoriale est incité. Afin de faciliter le décloisonnement des politiques publiques en ce sens, les dispositifs locaux tels que les CLS, à même de favoriser le partenariat entre les services de l'Etat et les collectivités territoriales pour agir sur les déterminants de la santé et de l'accès aux soins, au plus près du cadre de vie des personnes doivent être mobilisés autant que possible par les ARS.

Enfin, cette circulaire demande notamment à ce qu'une attention particulière soit accordée à la santé des enfants et des jeunes en difficulté. Cette sollicitation s'inscrit également étroitement dans le cadre de ma mission relative aux jeunes et adolescents ayant des difficultés multiples nécessitant une prise en charge coordonnée.

### **1.3.2 Réunion auprès de la FNARS à Saint- Brieuc le 26 mars 2013**

La FNARS Bretagne, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale anime notamment une « commission régionale santé » depuis le début des années 2000. Cette commission a travaillé sur les thématiques suivantes : les conduites addictives, les collaborations avec les acteurs du médico-social, etc.

En Bretagne, la FNARS fédère 30 établissements intervenant auprès de publics en situation de précarité voire de grande précarité, répartis sur l'ensemble de la Bretagne. Par ailleurs, au niveau régional, la FNARS participe aux travaux de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) et aux travaux du PRAPS.

L'une des préoccupations des professionnels de la FNARS Bretagne, ces dernières années, a été de développer l'accompagnement santé au sein de leur réseau. Ils sont désireux de promouvoir une culture santé dans leur réseau par la mise en place d'un Observatoire Santé. C'est d'ailleurs à ce titre que M. Adrian MOHANU et moi-même les avons rencontrés ce jour là.

En effet, la FNARS Bretagne a amorcé, durant l'année 2012, une démarche de mise en œuvre d'une étude / action participative avec les personnes accompagnées et des professionnels du réseau à partir de deux commissions de travail thématiques : la commission usagers et la commission santé. Cette étude action vise à être élargie à des professionnels du domaine de la santé impliqués auprès des publics précaires.

Selon leur projet, l'année 2013 doit être l'occasion de travailler dans le cadre d'une démarche participative avec des personnes accueillies, la méthodologie de construction, d'opérationnalisation et d'appropriation de cet outil au sein du réseau FNARS.

D'après leur présentation, cet observatoire doit pouvoir également nourrir la réflexion des instances régionales et amorcer des collaborations avec le secteur médico-social afin d'avoir une approche globale de la santé en lien avec les préoccupations concrètes vécues

par les personnes en situation de précarité et le regard qu'elles portent sur les actions existantes.

Cette démarche intéressante s'inscrit étroitement dans les orientations stratégiques du PRAPS, notamment en cherchant à:

- Améliorer le système régional d'information,
- Mieux cibler les publics et les territoires,
- Favoriser l'accès des publics précaires aux soins de premier recours.

C'est pourquoi, afin de faire connaître ce projet, les personnes rencontrées lors de cette réunion avaient été conviées à venir présenter leur démarche au cours de la réunion du groupe de travail PRAPS qui s'est tenue le 16 mai dernier.

### **1.3.3 Comité de pilotage extraordinaire de la Maison des Adolescents des Côtes d'Armor le 19 avril 2013**

Dans le cadre de ma mission sur les jeunes et adolescents ayant des difficultés multiples et nécessitant une prise en charge coordonnée, j'ai jugé intéressant de me joindre à cette réunion organisée par Mme Salima TAYMI en charge de ces problématiques. En effet, la Maison des Adolescents (MDA) est une structure susceptible de faire partie des partenaires des conseils généraux au titre de leur compétence en matière de protection de l'enfance.

Ce COPIL extraordinaire organisé par l'ARS avait pour objectif de laisser s'exprimer les différents partenaires (PJJ, éducation nationale, conseil général des Côtes d'Armor, Centre hospitalier Saint-Jean de Dieu (SJDD), référent médical de la MDA...) sur leur appréciation du rôle et du fonctionnement actuel de la MDA 22. Ce Comité de pilotage a fait apparaître la nécessité de redéfinir un projet de la MDA qui répondrait aux besoins des acteurs et des usagers et dont le management serait à clarifier.

Ce point de rencontre a permis de mettre à jour plusieurs éléments : les difficultés de fonctionnement de la MDA semblent largement partagées par l'ensemble des acteurs

concernés. De plus, un projet de la MDA a visiblement des difficultés à poindre car chaque acteur y trouve un intérêt particulier qui n'est pas partagé par tous et conditionne son investissement en conséquence. En tout état de cause, il ressort que la situation actuelle de la MDA ne peut-être maintenue en l'état et il conviendrait pour cela de trouver un nouveau montage (peut être via par exemple le lancement d'un appel à projet).

De plus la question de la suspension immédiate de la MDA s'était également posée, mais quid du coordonateur et de l'action prévention par les pairs que l'ARS finance et qui semble porter ses fruits auprès de certains acteurs de terrain.

Pour tenter de répondre à ces diverses problématiques issues du COPIL extraordinaire, une réunion en interne au siège de l'ARS s'est tenue courant juin. Il en ressort les éléments suivants :

- Le maintien de la MDA et de l'action « prévention par les pairs » pour cette année mais se pose la question de la temporalité de cette action : elle se déroule sur une année scolaire pour un financement de l'ARS prévue sur une année civile.
- Une nouvelle convocation d'un COPIL extraordinaire avec si nécessaire, la présence de M. Pierre BERTRAND, Directeur général adjoint de l'ARS et Directeur de la stratégie et des partenariats, et des élus pour préciser le maintien du dispositif pour l'année 2013 avec une proposition de refonte pour 2014.
- Une Refonte du dispositif basé sur les éléments suivants:
  - Sur le recueil des besoins et attentes des acteurs institutionnels et de terrain au-delà des seuls membres du comité de pilotage afin de réaliser une analyse des dysfonctionnements actuels et surtout permettre, la formulation de recommandations permettant de proposer un dispositif plus à même de répondre aux besoins des acteurs de terrain et de la population.
  - A partir de ce recueil, mener des réflexions sur la pertinence du dispositif MDA. Cela pose la question de la structuration juridique d'un éventuel dispositif par rapport aux attentes et besoins exprimés par les partenaires. Il sera nécessaire de prendre en compte l'évaluation à venir des MDA par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ainsi que les conclusions de l'étude avec les CG relative

aux jeunes et adolescents ayant des difficultés multiples et nécessitant une prise en charge coordonnée.

- Concernant l'action de « prévention par les pairs », inscrite au sein du PTS n°7, le financement de l'ARS est venu compenser pour une part le retrait des financements de l'appel à projet du fond européen à la jeunesse. L'action est soutenue par d'autres financeurs (Conseil Régional, éducation nationale). Au cours de cette réunion, il a été envisagé de maintenir un financement pour cette année (à conditions que les autres financeurs continuent de soutenir l'action) et réfléchir éventuellement de manière concertée à un autre porteur pour l'année 2014.

Cette problématique, dont l'importance a été rappelée par la circulaire n°1057/13/SG du 7 juin 2013, ayant pour objet la mise en œuvre de ce plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, fait partie à ce jour des dossiers prioritaires de l'ARS. Néanmoins, aucune solution pérenne ne semble avoir été réellement trouvée pour l'heure, les processus de négociations restent en cours à ce sujet.

#### **1.3.4 Evaluation des actions de l'Agence en direction des publics démunis - Rencontre avec le consultant M. Francis Nock**

Le Conseil de surveillance de l'ARS de Bretagne a souhaité engager sur quelques thématiques prioritaires une évaluation externe des résultats de l'action de l'agence et un suivi de leur évolution sur la durée du Projet Régional de Santé (2012-2016). A ce titre, un appel d'offres a été lancé pour mener une mission d'évaluation de l'action de l'Agence dans l'élaboration, la conduite et la mise en œuvre d'actions, en matière d'accès aux droits, d'accès aux soins et d'accès aux actions de prévention et promotion de la santé.

Pour rappel, le Conseil de surveillance est l'instance délibérante de l'ARS. La présidence est assurée par le Préfet de région. Cette instance approuve le compte financier et émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'Agence, et les résultats de l'action menée par l'Agence. Il est composé de représentants de l'Etat, des partenaires sociaux, de l'Assurance maladie, des élus, des

usagers, et de personnes qualifiées, de membres siégeant avec voix consultative (représentants du personnel de l'Agence, directeur général).

L'action de l'ARS Bretagne pour réduire les inégalités d'accès aux soins des plus démunis s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du PRAPS. En définissant et en organisant les actions permettant d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, le PRAPS constitue un programme transversal aux trois schémas qui composent le PRS.

A titre de rappel, l'objectif de l'ARS Bretagne en matière d'accès aux soins des plus démunis est de permettre aux personnes les plus précaires d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun par des mesures spécifiques élaborées avec elles. Ces mesures spécifiques devront conduire à favoriser à la fois l'ouverture des droits et l'accès aux soins.

Le marché a pour objet une prestation d'évaluation de l'action conduite par l'ARS Bretagne depuis sa mise en place sur le thème de l'accès aux soins des personnes les plus démunies. La finalité de l'étude est d'émettre des recommandations quant aux actions futures à entreprendre pour réduire les inégalités d'accès aux soins constatées dans la région.

Le cabinet Francis Nock Consultants et la SCOP Atelier de l'évaluation en prévention et promotion de la santé, dont la candidature a été retenue parmi trois autres, désirent mettre en place une approche participative de l'évaluation qui doit permettre, outre la production du jugement évaluatif demandé par le Conseil de surveillance, l'amplification de la dynamique régionale et territoriale du pilotage du PRAPS, et donc de son efficacité.

La réunion de lancement de la mission du 5 avril 2013, à laquelle j'ai eu l'opportunité de participer, a permis de préciser le cadre de la mission et de dessiner les contours de la méthodologie ainsi qu'un calendrier. A l'issue de cette rencontre, trois objets de l'évaluation ont été retenus :

- La gouvernance du PRAPS : c'est-à-dire analyser la capacité de l'ARS à assurer la transversalité du programme à travers les trois schémas régionaux d'organisation du système de santé, à rassembler autour du programme les institutions concernées par

l'accès à la prévention, aux droits et aux soins des plus démunis, à encourager la qualité et l'efficacité des dispositifs et des actions mises en œuvre par le pilotage et l'animation du programme au niveau régional et territorial, et enfin à produire les informations permettant de mesurer l'état d'avancement du plan d'action et de préparer la génération suivante du programme.

- La qualité et l'efficacité des dispositifs spécifiques pour l'accès aux droits, et à l'accompagnement aux soins des plus démunis, relevant de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale, et à ce titre pilotés par l'ARS. Ici, il est notamment question de la capacité de ces dispositifs à se faire connaître et à mettre en œuvre une collaboration étroite avec les acteurs de leur territoire.
- L'accès des populations les plus démunies aux actions de prévention et de promotion de la santé menées dans le cadre des thématiques prioritaires du projet régional de santé.

A travers les actions qui feront l'objet d'une évaluation, certains thèmes, populations et dispositifs seront tout particulièrement étudiés :

Dans le cadre de cette étude, une analyse des accès aux soins entendus dans un sens large sera réalisée. A ce titre, plusieurs thématiques vont être balayées : la prévention en direction des plus précaires sur les thèmes des conduites addictives, de la nutrition, et du mieux-être ; l'accès aux soins de premier recours, et aux soins spécialisés ; l'accès aux soins dentaires, à l'optique, en analysant notamment sur ces thèmes la situation des territoires au regard des obstacles financiers (dépassements d'honoraires, reste à charge, renoncement aux soins pour raisons financières) ; les soins d'urgence ; les soins psychiatriques ; la prise en charge hospitalière et la prise en charge médico-sociale.

Au sujet des populations concernées, on trouvera surtout les publics démunis figurant dans le PRAPS, c'est-à-dire les personnes « sans chez soi », les jeunes en errance en situation de précarité et/ou sous l'emprise des addictions et/ou souffrant de maladies mentales ; les jeunes de 16 à 25 ans en difficulté d'insertion ; les étudiants en difficultés sociales ; les adultes en situation de précarité, de pauvreté et en priorité, les chômeurs de longue durée ; les travailleurs saisonniers et employés précaires du secteur de l'agro-

alimentaire ; les familles monoparentales en difficulté sociale, les personnes âgées isolées ; les personnes sous main de justice, détenues et enfin les étrangers en situation de précarité. L'étude s'intéressera en priorité aux populations bénéficiant de certains dispositifs d'accès aux droits tels que : l'accès à la CMU, l'accès à la CMUc, l'accès à l'aide à la complémentaire santé (ACS), l'accès à l'aide médicale d'Etat (AME) et également les dispositifs d'accès aux droits financés par l'ARS Bretagne sur certains territoires de santé.

Enfin, en termes de dispositifs spécifiques, les lits halte soins santé, les PASS, les EMPP et appartements de coordination thérapeutique feront également partis de l'étude.

Au delà des objectifs de toute évaluation, à terme le but du Conseil de surveillance est de parvenir à déterminer notamment si la stratégie mise en œuvre par l'Agence apparaît claire, lisible, adaptée aux enjeux en direction des publics démunis ? Si l'organisation est adaptée au pilotage et à la promotion d'une telle politique ? Si les moyens mobilisés sont efficaces ?

La démarche initiée par le Conseil de surveillance se veut positive et dynamique, et non coercitive. En effet, les recommandations issues de cette étude devront être les plus concrètes possibles et viseront à améliorer l'efficacité et l'opérationnalité du dispositif pour contribuer le plus activement possible à la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins et des difficultés rencontrées dans l'accès aux soins par les plus démunis. Elles devront concerner soit l'action directe de l'agence, soit son action indirecte par une incitation et une coordination de ses partenaires exercées dans le cadre de la mise en œuvre du PRAPS.

## **2 Préconisations et analyse réflexive sur le pilotage d'une politique en santé publique**

Pour mettre en œuvre sa politique transversale de réduction des inégalités sociales de santé, l'ARS Bretagne a à sa disposition plusieurs leviers d'action. Dans une perspective de mise en situation professionnelle et au travers un regard distancié, les conditions de réussite ainsi que les points de vigilance de ce pilotage seront abordés.

### **2.1 Quelques éclairages autour sujet de la politique de prévention et promotion de la santé de l'ARS Bretagne**

Au titre de la mise en œuvre du Schéma Régional de Prévention, l'ARS a géré pour l'année 2012 une enveloppe annuelle de 8,5 millions d'euros, constituée de fonds émanant de l'Etat, du régime général de l'assurance maladie, de la mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants. Ces fonds sont attribués à des opérateurs de terrain pour la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé sur les thématiques prioritaires de la Bretagne (les conduites addictives, la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide, la santé des personnes en situation de précarité, la vie affective et sexuelle, la nutrition et l'activité physique, l'éducation thérapeutique du patient, cancers, vaccinations et la santé environnementale).

Dans le cadre de ce mémoire, il m'a semblé pertinent d'aller à la rencontre de certains de ces opérateurs, notamment ceux intervenants dans le champ de la santé précarité, afin de mieux appréhender la réalité des projets mis en œuvre. Il y sera fait référence ci-dessous dans la partie relative aux « regard des opérateurs ».

Pour l'année 2012, les crédits d'intervention en PPS se sont élevés à 8 497 064€. Ce budget alloué doit permettre de financer :

- Des actions de santé recentralisées, il s'agit notamment des campagnes de prévention, de dépistage et de lutte contre les grandes maladies (cancers, vaccinations, tuberculose). Ces actions font l'objet de dialogues de gestion annuels entre l'ARS et les

opérateurs concernés (Associations départementales de dépistage des cancers, les Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST), les centres de vaccination et les Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT)). Ces échanges doivent être l'occasion d'harmoniser les règles de cadrage et définir les objectifs prioritaires dans ces domaines. L'enveloppe PPS est dédiée à plus de 50% à ces actions.

- Des conventions d'objectifs et de moyens annuels (COM) ou pluriannuels (CPOM) : ces conventions sont passées avec les principaux opérateurs de promotion de la santé en Bretagne. Il s'agit essentiellement de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS), l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie, (ANPAA), l'Association d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances et sur le SIDA (AIRDDS), AIDES et les Points santé afin de leur permettre de mener dans la durée et dans un cadre structuré des actions directes ou de soutien en prévention et en promotion de la santé.

Ces conventions reposent sur des échanges annuels avec les opérateurs pour définir des objectifs et assurer un suivi des actions qui ont été élaborées. L'enveloppe PPS y est consacrée à hauteur de 25%.

- Des appels à projets (AAP) PPS, sont ouverts à tous les autres porteurs de projets. Ils sont définis annuellement et doivent permettre le financement d'actions innovantes, complémentaires ou additionnelles aux COM ou aux CPOM sur les thèmes et objectifs prioritaires de l'ARS. Ils représentent 15% de l'enveloppe allouée.

Ces deux derniers modes de financement COM/CPOM et AAP ont permis en 2012 de soutenir 348 actions au bénéfice des publics concernés dans les domaines de la santé mentale, des addictions, de la santé en lien avec la précarité, de la vie affective et sexuelle, de la nutrition/ activité physique et de la santé environnement. Les COM/CPOM, notamment celle signée avec l'IREPS, ont permis également d'apporter un appui méthodologique aux acteurs en promotion de la santé contribuant ainsi à leur professionnalisation.

Dans les deux cas de figure, il s'agit principalement d'actions de communication, sensibilisation, information et des actions d'accueil, écoute et orientation. Dans une moindre mesure, nous trouvons des actions d'éducation pour la santé ou encore de travail en réseau, de formation ou de coordination locale.

La plupart des actions financées ont concerné en priorité les conduites addictives et la santé mentale, et celles visant la réduction des inégalités sociales de santé.

De manière générale, l'allocation des ressources, quelque soit le mode de financement prévu, doit viser à promouvoir l'égalité devant la santé en agissant sur la qualité de l'offre tout en ciblant des actions et des publics prioritaires. C'est pourquoi, les actions éligibles doivent :

- Contribuer à réduire les inégalités de santé (en ciblant prioritairement les publics précaires),
- Apporter des garanties sur la qualité de l'action mise en œuvre,
- S'appuyer sur un travail partenarial de proximité (notamment au travers les CLS, PTS, ATS...).

Pour l'année 2012, on a pu observer une augmentation des crédits d'intervention en PPS de 7% par rapport à l'année précédente avec pour caractéristique un renforcement de la contractualisation.

En termes d'évolution des modes de financement, on note enfin que la procédure des AAP à vocation à terme à devenir de plus en plus résiduelle au profit des COM/CPOM qui tendent, a contrario à se développer. Par ailleurs, les actions de santé recentralisées vont a priori se maintenir en l'état.

Parallèlement, l'article 65 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2012 a créé un fonds d'intervention régional (FIR) pour les ARS qui vise à renforcer la capacité d'action transversale des ARS et la fongibilité des crédits. Le FIR regroupe au sein d'une même enveloppe globale des crédits antérieurement fléchés, dont le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) qui répondent à des objectifs complémentaires de politique de santé : la permanence des soins, la performance et la qualité des soins, ainsi que les actions de prévention / santé publique.

## **2.2 Réflexions sur le pilotage de la politique de réduction des inégalités sociales de santé : approfondissements et perspectives**

### **2.2.1 Éléments de contexte**

La santé et plus spécifiquement les déterminants sociaux de la santé devraient pouvoir être pensés et inscrits dans toutes les politiques publiques. Ce constat a été affirmé par le rapport de la Commission OMS sur les déterminants sociaux de la santé de Michael Marmot en 2008.

Rappelons que le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer la manière dont les inégalités/différences sociales se « transforment » en inégalités/iniquités de santé. Les inégalités sociales de santé résultent de multiples interactions entre différents facteurs: caractéristiques biologiques des individus, comportements et styles de vie personnels (dont la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation, l'exercice physique...), réseaux sociaux, les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, facteurs liés aux conditions et milieux de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels (offre alimentaire, éducation, logement, services de santé...), et les conditions économiques, culturelles et environnementales.

Au regard de cette définition, il est facile d'admettre que toute action tentant de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé apparaît extrêmement complexe. En effet, essayer d'agir sur ces facteurs entremêlés, au travers l'étude des mécanismes biologiques, comportementaux et psychosociaux qui opèrent tout au long de la vie pour influencer l'état de santé n'est pas une tâche évidente. La difficulté est liée également au fait que la majorité de ces déterminants sociaux de la santé s'inscrivent en dehors du système de soins et peuvent se renforcer mutuellement. C'est pourquoi, une action uniquement centrée sur les « soins » est limitée en termes d'impact sur les inégalités sociales de santé.

Une fois ce constat posé, il semble important de rappeler que les marges de manœuvre des institutions sont d'autant plus limitées aujourd'hui en raison du contexte budgétaire contraint dans lequel les politiques publiques évoluent. Alors que c'est bien dans un tel

contexte de ressources limitées, que le travail de l'ARS en matière de prévention et promotion de la santé, et particulièrement en matière de réduction des inégalités sociales de santé, devrait être renforcé et valorisé.

Il apparaît aujourd'hui crucial de mutualiser les moyens de tous les partenaires des champs du sanitaire, social et médico-social afin de mieux cibler les besoins et co-construire des réponses appropriées, malgré un contexte financier peu propice.

Rappelons que l'enjeu primordial pour l'ARS est de parvenir à une approche plus transversale des questions d'inégalités de santé. Le PRAPS illustre parfaitement la volonté politique affichée d'œuvrer pour réduire ces inégalités de santé, ce impulse également l'action des ARS.

Plusieurs pistes peuvent être envisagées afin d'accompagner et de renforcer davantage l'action de l'ARS en ce sens :

### **2.2.2 Une reconnaissance nationale de l'importance du gradient social**

La lutte contre les inégalités sociales de santé fait partie des priorités de l'ARS. Pour y parvenir, il a été reconnu, notamment par l'OMS, qu'en termes d'efficacité, les actions agissant sur le gradient social présentent des résultats significatifs. Bien que ce constat ne soit pas nouveau, à l'heure actuelle l'approche reste encore essentiellement centrée sur les groupes précaires.

Ces actions qui cherchent à attendre des populations particulièrement vulnérables sur le plan de la santé ont bien entendu leur intérêt mais en parallèle et de manière complémentaire, il est fondamental de réfléchir et d'agir dans une approche universelle, c'est-à-dire élaborer des actions s'adressant à tous et sans distinction en termes de risques.

On peut imaginer qu'un affichage national de l'importance du gradient social de santé favoriserait une plus grande prise en compte de cet enjeu au sein des politiques et interventions publiques. L'objectif est de s'assurer que toute action ou stratégie développée ne participe pas à accentuer le gradient social de santé, bien au contraire. Ainsi, afin de soutenir durablement l'action sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire le

gradient social, l'idéal serait que les ARS aient à leur disposition un cadrage national fort (plan ou programme) définissant une stratégie explicite en ce sens.

L'ARS doit avoir une vision globale en matière de réduction des inégalités sociales de santé, d'où l'intérêt d'opter pour une stratégie populationnelle, c'est-à-dire en direction d'un maximum de personnes. D'autre part, pour des actions ayant un effet sur la durée, il semble nécessaire de parvenir à élaborer des mesures universelles et proportionnées.

Ces deux aspects constituent des éléments de réponse permettant une action renforcée sur le gradient social.

Les ARS doivent également exploiter leur « leadership » en matière de conditions de vie afin de mobiliser l'ensemble des acteurs et secteurs susceptibles d'engendrer des inégalités sociales de santé, notamment auprès de l'éducation nationale qui est un moteur constitutif important en ce sens. Elles sont incitées à renforcer leur rôle de chef de file, en faisant de l'action sur les déterminants sociaux de la santé, un fil conducteur pour tous les programmes de santé de l'Agence.

### **2.2.3 Mobilisation des acteurs et partage d'une culture commune**

Quelque soit le projet élaboré, la réussite de celui-ci est conditionnée par le degré d'implication des acteurs concernés. La mobilisation des partenaires est un préalable obligatoire à toute mise en œuvre de politiques publiques.

Néanmoins, pour s'assurer que cette mobilisation soit la plus constructive possible, il est important qu'elle se fasse autour d'un enjeu identifié de façon commune et concertée.

Historiquement, en Bretagne la mobilisation des acteurs locaux dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé est forte. La grande implication des partenaires témoigne d'un volontarisme important en matière de réduction des inégalités sociales de santé. Cette diversité d'acteurs ancrée de longue date dans le territoire est une véritable force pour la région.

On observe cependant sur ce même territoire un niveau de connaissance inégal et non harmonisé de l'ensemble des acteurs sur les questions d'inégalités sociales de santé, de

déterminants sociaux de la santé et de gradient social de santé notamment. En effet, d'un acteur à l'autre, ces concepts fondamentaux ne recouvrent pas nécessairement la même réalité. Ce degré de compréhension inégal, pouvant s'expliquer en partie par des horizons professionnels divers entre acteurs, peut constituer un frein à l'action publique.

Dans le cadre d'un projet, de type CLS ou encore en matière d'animation territoriale de santé, une rencontre entre des partenaires de différents univers peut avoir lieu. Par exemple, travailler sur un enjeu commun de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé demande d'une part d'obtenir l'adhésion de l'ensemble des acteurs concernés à un diagnostic partagé et surtout de s'assurer dès le départ que tous s'entendent clairement sur les concepts à exploiter.

D'autre part, l'intérêt d'associer à ces temps d'échange dédiés à la fois des partenaires du champ de la santé, du social, du médico-social, de l'environnement, des représentants d'usagers ou encore des citoyens est d'arriver à une compréhension partagée des questions d'inégalités sociales et territoriales de santé. Ces temps consacrés aux débats et partages d'expérience doivent être l'occasion de prendre en compte les intérêts de l'ensemble des partenaires et de s'accorder sur une méthode de travail et d'analyse commune.

En d'autres termes, tout au long du projet, de la phase d'état des lieux jusqu'à son évaluation, il est fondamental que l'ensemble des partenaires concernés s'approprient la démarche. Chacun devant pouvoir identifier clairement les raisons qui l'amènent à adhérer et à s'investir dans le projet.

En termes de modalités pratiques, dès les prémices d'un chantier commun, dont la phase préalable est souvent la réalisation d'un diagnostic, le « pilote du projet » doit prévoir des temps d'échanges réguliers entre l'ensemble des acteurs concernés. Pour ce faire, des espaces collaboratifs facilitant la mobilisation de ces derniers autour d'un enjeu commun doit être assurés: réunions publiques d'informations, focus groupe, en vue d'arriver à un partage de données et une culture commune.

Néanmoins, on peut regretter que ces temps de négociation, par nature chronophages, se fassent trop souvent sur une durée relativement courte, en raison des délais contraints du

calendrier prévisionnel. Dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic, l'exploitation des données peut dès lors apparaître insuffisante.

Egalement, la représentativité parfois partielle des acteurs concernés par le projet peut constituer une limite en termes d'efficience à l'action publique. Dans le cadre de la mise en œuvre d'un dispositif local, les actions définies dans des groupes de travail peuvent résulter majoritairement des intérêts des membres présents et ne reflètent peut être pas l'ensemble des priorités propres au territoire.

A titre de conclusion, nous pouvons rappeler qu'il apparaît nécessaire de sensibiliser l'ensemble des acteurs, quel que soit leur niveau d'intervention (national, régional, local), la mission (décision, programmation, action) ou le secteur (santé, social, médico-social, environnement) afin que tous partagent une meilleure connaissance des déterminants sociaux de santé de la population. Il serait très certainement souhaitable que la priorité soit donnée tout particulièrement aux décideurs politiques dont la mission stratégique assurerait un ancrage fort dans les politiques régionales et locales.

#### **2.2.4 Renforcer le travail en intersectorialité**

Le développement d'une culture commune à travers le partage de pratiques entre les champs du sanitaire, du social, du médico-social et de la prévention et promotion de la santé pourrait participer à une mise en œuvre plus efficiente des politiques publiques concourant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Cette complémentarité d'expériences tend à s'accroître grâce à la volonté affichée par les ARS d'opérer un décloisonnement entre ces différentes directions métiers.

L'approche transversale au titre de la thématique santé précarité illustre l'objectif d'une meilleure articulation entre les différents champs de compétences de l'ARS. Une réflexion en termes de parcours des personnes qui peuvent cheminer entre plusieurs dispositifs montre la nécessité d'une telle articulation.

De même, cette réflexion doit associer les partenaires (collectivités territoriales, services de l'Etat, milieu associatif...) qui sont concernés par les parcours des personnes.

Dès lors, la formalisation de partenariats institutionnels doit être renforcée au travers la signature de conventions-cadre par exemple. Cette démarche est un élément favorisant le travail en intersectorialité. Elle doit être d'autant plus encouragée que les évolutions dans le paysage institutionnel de ces dernières années ont eu pour conséquence de mettre en lumière certaines inquiétudes. La question du cloisonnement des pratiques, des compétences, des financements... a été soulevée à plusieurs reprises. Plus précisément, suite à la séparation du volet sanitaire (ARS) et du volet social (Cohésion sociale), la question de l'articulation entre ces deux politiques s'est posée.

En effet, ces deux aspects sont indissociables en matière de réduction des inégalités sociales de santé. Ainsi, il est apparu primordial de renforcer les engagements partenariaux et contractuels à l'échelle des territoires afin que la lutte contre les inégalités sociales de santé demeure un objectif au sein de l'action publique.

Afin d'illustrer ce propos, on peut citer l'exemple du partenariat entre l'ARS et les services de l'Etat en charge de la cohésion sociale (DRJSCS, DDCS et DDCSPP) donnant priorité aux publics démunis. Ce partenariat s'est traduit par la signature d'une convention-cadre régionale entre ces deux institutions le 11 mai 2011 et repose sur trois sujets : l'inspection/contrôle, l'observation sociale et sanitaire et la formation.

Une réunion de Comité de suivi de la convention-cadre de coopération ARS/Etat en matière de santé/cohésion sociale s'est tenue le 25 avril 2012 durant laquelle des axes de travail ont été identifiés pour l'année en cours. Ils portaient sur :

- le circuit des signalements de maltraitance, gestion des plaintes, inspection/contrôle ;
- les dispositifs spécifiques d'accès aux soins et aux droits : Lits Halte-Soins-Santé (LHSS), Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), Appartements de coordination thérapeutique (ACT), Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
- et les Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) et Maison des Adolescents (MDA).

Parallèlement à ces engagements conventionnels, l'ARS peut également recourir à des dispositifs favorisant l'intersectorialité en s'appuyant par exemple sur des : Contrats Locaux de Santé ou sur les Ateliers Santé Ville. L'Agence est aussi représentée au sein

d'instances dédiées à la concertation telles que les commissions de coordination des politiques publiques, les instances de démocratie sanitaire....

Cependant, on note que l'intersectorialité reste difficile à mettre en œuvre, elle est à l'heure actuelle insuffisamment formalisée dans les politiques et actions ayant un impact sur la santé.

A terme, l'ARS doit réussir à tendre vers un renforcement de la démarche intersectorielle à chaque étape de l'intervention publique, c'est-à-dire de la phase de diagnostic à son évaluation. En effet, si l'on souhaite développer la concertation entre acteurs, l'intersectorialité doit alors s'illustrer à tous les niveaux hiérarchiques et favoriser la libre circulation entre les niveaux verticaux (national, régional, local) et horizontaux (santé, social, environnement, économie sociale et solidaire...).

Le niveau national a un rôle particulier à jouer, il peut intervenir comme facilitateur en mutualisant les expériences. Egalement, les niveaux régional et local devraient pouvoir s'appuyer sur les partenariats et dispositifs de contractualisations existants.

### **2.2.5 Une observation renforcée et partagée des inégalités de santé**

Les systèmes d'informations et bases de données existants sont souvent peu partagés ou connus par les acteurs.

A l'heure actuelle, les données statistiques en routine sur la thématique des inégalités sociales de santé sont relativement rares, limitant ainsi les possibilités de croisement de données socio-économiques et de données de santé. Et généralement, lorsqu'elles existent, les données sur les inégalités de santé sont rarement harmonisées ce qui rend leur partage et leur suivi difficiles.

Cette situation rend complexe la mobilisation des partenaires sur ce point. En effet, il apparaît difficile d'orienter les priorités sur certains territoires, faute de critères objectifs. En d'autres termes, la réalisation de diagnostics croisés, intégrant des déterminants sociaux, territoriaux, environnementaux..., permettrait d'objectiver les populations et ainsi l'efficacité de l'action publique serait renforcée.

Réaliser un diagnostic croisé intégrant plusieurs dimensions permettrait de définir les territoires prioritaires de l'ARS toutes thématiques confondues.

Egalement, la question du lien entre les thématiques : santé mentale / addictions / précarité est récurrente parmi les professionnels, mais l'ARS n'est pas en mesure aujourd'hui de mener une étude intégrant ces trois thématiques. En réalité, cette approche ne semble pas aujourd'hui assez fortement ancrée dans la stratégie de l'Agence.

Notons néanmoins que d'importantes réflexions sont d'ores et déjà engagées à ce sujet : notamment à travers des études en démarrage telles que l'étude ARS/INSEE sur les inégalités sociales dans le recours aux soins en Bretagne, mais également au travers la mise en œuvre des CLS et PTS, qui sont propices à la réalisation de croisements de données.

En effet, le rôle de l'ARS est de réussir à mieux cerner l'état de la population, et d'aller plus loin que les seules données de morbidité et mortalité qui ne reflètent que partiellement la diversité de la population en termes d'inégalités de santé. La réalisation d'une analyse pluridisciplinaire, reposant sur un croisement de données, permettrait d'objectiver les situations et ainsi de mieux cibler par exemple, certaines tranches de la population qui sont difficilement atteintes par les campagnes de prévention.

Par ailleurs, si l'on veut réaliser un diagnostic partagé, la question du recueil de données fiables sur la répartition de l'offre de soins et l'état de santé de la population est essentielle. En effet, c'est l'analyse de ces données qui doit permettre de caractériser les inégalités de santé. Lorsque les données sont disponibles, la difficulté est de déterminer une juste adéquation entre celles-ci et le niveau territorial concerné par le diagnostic. Le cas échéant, la recherche de nouvelles données peut devenir chronophage et coûteuse.

En s'appuyant sur des opérateurs locaux tels que l'Observatoire Régional de Santé, des systèmes d'informations existants ou en promouvant des études ad hoc, à la fois quantitatives et qualitatives, l'observation des inégalités doit en effet permettre de mieux identifier et comprendre les enjeux économiques de celles-ci et de pouvoir en assurer le suivi régulier. L'intérêt est de pouvoir observer une évolution dans le temps au regard des indicateurs exploités.

D'autre part, une impulsion nationale aiderait à l'harmonisation des données facilitant ainsi la comparaison entre les territoires. Cette réflexion pose la question de la définition du territoire pertinent. En effet, il semblerait opportun de définir une approche nationale du niveau territorial pertinent de structuration de l'offre de santé. La superposition de découpages territoriaux existant en France constitue un frein à l'action publique. Le territoire pertinent doit être un territoire de proximité qui permet à l'Agence de répondre localement à certains objectifs opérationnels des schémas d'organisation ou mettre en œuvre les actions inscrites dans les programmes (PRAPS, PRIAC...).

Les stratégies locales doivent pouvoir s'établir sur un territoire permettant d'intégrer des objectifs et actions de plusieurs champs : prévention et promotion de la santé, offre de premier recours, sanitaire ou médico-sociale, démocratie sanitaire. Egalement, le territoire identifié comme pertinent doit permettre une déclinaison efficiente des politiques nationales et régionales en les adaptant aux spécificités locales.

En outre, la mise en place d'un observatoire commun pourrait constituer un moyen efficace d'obtenir un suivi permanent et actualisé des données issues d'un diagnostic partagé. Une telle plateforme commune viserait à rassembler et structurer la richesse des données disponibles (notamment les données sociales et sanitaires), généralement portée par une multitude d'acteurs.

Au-delà d'assurer le seul rôle de recueil d'informations et de ressources, cet observatoire devrait être conçu comme un lieu d'échange de pratiques, de points de vue parmi l'ensemble des acteurs concernés; un centre de ressources offrant un éclairage, un regard partagé sur la question des inégalités sociales et territoriales de santé, afin qu'in fine il soit possible de réaliser des croisements de données.

L'objectif à terme est de réussir à définir des critères permettant une meilleure orientation des actions en direction des publics ou territoires prioritaires. Autrement dit, comment parvenir à mettre en œuvre des actions qui permettraient d'inverser la tendance souvent négative de certains indicateurs, majoritairement observés à l'Ouest Bretagne.

Afin d'illustrer ce propos, nous pouvons faire référence à l'Observatoire de la santé des Brestois dont l'objectif est de dresser un état des lieux des problématiques de santé dans la ville de Brest. Cette plateforme commune, présentée sous forme de revue, témoigne d'une volonté de plus en plus prégnante d'encourager la collaboration avec l'ensemble des

partenaires locaux et le service de santé publique de la Ville de Brest, coordonnateur de la démarche Atelier Santé Ville. L'observatoire constitue l'un des axes opérationnels du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) et doit permettre de mieux appréhender la situation de santé de la population, caractériser les territoires, lire les actions santé et connaître l'offre de soins et de services. La première édition sortie en mars 2009 avait pour vocation de s'enrichir au fil du temps en fonction de la disponibilité de nouvelles données et de l'émergence de problématiques intéressant les partenaires. N'ayant pas connu à ce jour d'actualisation, on peut supposer que maintenir une telle dynamique est un exercice difficile.

Enfin, soulignons que la création d'une plateforme « ad hoc » repose souvent sur le volontarisme des institutions partenaires, et suppose des moyens suffisants pour assurer sa pérennité. Cela pose également la question de leur légitimité. Idéalement, en raison de la complexité du projet, il s'agirait de trouver un organisme ayant la légitimité et les moyens suffisants pour amener chaque partenaire à mettre à disposition de la plateforme les données nécessaires.

Un tel projet d'observatoire commun pourrait éventuellement se faire en lien avec les deux commissions de coordination des politiques publiques dont le rôle est de veiller à la cohérence et à la complémentarité des actions menées dans les domaines concernés.

### **2.2.6 Impliquer les populations destinataires de l'action**

Pour améliorer l'efficacité d'une action qui vise à réduire les inégalités sociales de santé, il est nécessaire de prendre en compte tout au long du processus d'élaboration, et de manière effective et concrète, les intérêts de la population concernée les problématiques soulevées. Le public ciblé est alors associé à la définition des problèmes, des besoins, des solutions, et à l'intervention elle-même.

Cette méthode, réalisée dans le respect de tous les participants, sans stigmatisation, doit permettre la prise en compte des besoins, attentes et représentations de chacun relatives à la santé. La participation constitue une méthode efficace pour atteindre une meilleure santé globale, et elle représente aussi une valeur démocratique en santé publique.

« Les individus ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé »<sup>5</sup>. En effet, en conférant aux individus les moyens de s'exprimer sur des sujets qui les préoccupent personnellement, on leur donne les « capacités de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions »<sup>6</sup>.

Ce processus de participation démocratique, associant toutes les personnes aux actions qui les concernent, et en véhiculant des valeurs de solidarité, de justice et de lutte contre les inégalités et les exclusions est communément appelé sous le nom *d'empowerment*. En d'autres termes, la participation permet aux individus concernés par le processus d'élaboration d'une action de mobiliser leurs ressources de vie et de devenir acteur responsable de leur propre santé.

### **2.2.7 Agir dès le plus jeune âge**

L'état de santé d'une personne adulte dépend pour beaucoup des conditions et du milieu dans lesquelles elle a grandi et a été éduquée. Ces écarts constatés dès le plus jeune âge ont inévitablement des répercussions sur les conditions de vie et de santé des individus devenus adultes.

Si l'on veut avoir un impact positif sur le gradient social, l'ARS doit avoir à sa disposition les moyens nécessaires lui permettant d'élaborer des stratégies d'intervention prenant en compte cette dimension des conditions de vie et de santé.

En ce sens, toutes les actions et politiques menées prioritairement dans le secteur de la périnatalité et de la petite enfance ont un intérêt majeur.

Comme il est indiqué dans le rapport de la commission de l'OMS sur des déterminants sociaux de la santé, les meilleures chances de réduire les inégalités en santé en l'espace d'une génération est d'investir dans les premières années de l'existence, c'est-à-dire du développement du fœtus jusqu'à l'âge de huit ans.

<sup>5</sup> Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé 1986.

<sup>6</sup> « Une contribution de l'instance régionale d'éducation et de promotion de la sante de Bretagne – Quand la promotion de la santé parle de participation », 2011.

Pour un « retour sur investissements » le plus important possible des politiques de santé, il est nécessaire d'agir le plus tôt possible, avant la naissance parfois. En effet, l'action en tout début de vie sur les populations les plus défavorisées est celle qui affiche les meilleurs espoirs.

A titre d'illustration, le phénomène de la délinquance est selon Eric Breton<sup>7</sup> une sorte de « condamnation à mort ». Les interventions élaborées apparaissent trop tardives, elles ne correspondent qu'à des « effets sparadraps », d'où l'importance encore une fois d'agir le plus tôt possible.

### **2.2.8 Supports méthodologiques à destination des acteurs concernés**

Sur ce point, la Bretagne dispose d'une plateforme de ressources, appelé pôle régional de compétences, destinée à tout acteur intervenant dans le champ de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé. Coordonné par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) de Bretagne, ce pôle régional de compétences est soutenu par ARS et financé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

Par ailleurs, un document de référence régional sur les modalités d'intervention en prévention et promotion de la santé a été élaboré récemment par le pôle régional de compétences à la demande de l'ARS Bretagne.

Plus précisément, le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé a réalisé une recherche documentaire approfondie, centrée sur les chartes existantes et les «référentiels de bonnes pratiques» en promotion de la santé aboutissant à un document de synthèse.

En s'appuyant sur ce support de référence, l'ARS a élaboré un document intitulé «Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ? Un document pour favoriser la connaissance et les bonnes pratiques en région Bretagne».

Ce support documentaire est destiné à l'ensemble des acteurs concernés par les priorités de santé publique en Bretagne et repose sur quatre objectifs majeurs:

---

<sup>7</sup> Enseignant Chercheur, Directeur de la chaire « Promotion de la santé » INPES - EHESP  
*Audrey APERT - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
Sciences Po Rennes - <2012-2013>*

- Présenter de façon claire les principaux concepts et principes d'intervention en prévention et promotion de la santé;
- Développer un « langage commun », une « culture commune » en PPS dans la région ;
- Favoriser l'appropriation progressive par tous les acteurs, des pratiques recommandées en PPS;
- Améliorer progressivement la qualité des actions.

Notons que ces quatre objectifs répondent pour une part aux préconisations identifiées ci-dessus. Ce constat traduit les efforts fournis par l'ARS Bretagne et ses partenaires aux différents besoins identifiés sur le territoire, et ce toujours dans un objectif final de participer à la réduction des inégalités sociales de santé.

L'élaboration de ce document est suivie d'un temps de présentation et d'échanges dans les quatre départements bretons (Vannes, Saint-Brieuc, Quimper et Rennes) afin de permettre aux porteurs de projets de s'approprier les principes d'action posés dans ce guide. J'ai d'ailleurs eu la possibilité de participer à l'un d'entre eux, le 11 juin 2013 à Saint-Brieuc.

Bien que cette démarche soit tout à fait positive, on peut regretter qu'il n'y ait pas un encadrement commun pour toutes les régions par l'élaboration par exemple de guides au niveau national, qui pourraient être fournis aux professionnels et élus afin de faciliter l'intégration des déterminants sociaux de la santé dans les différents programmes et dispositifs ayant un impact sur la santé. D'autant plus que tous les secteurs peuvent se sentir concernés par ces problématiques de santé : éducation, environnement, transport...

### **2.2.9 Nommer un référent « ISS » au sein de chaque ARS**

Au titre des préconisations, on peut mentionner l'expérience réalisée par l'ARS de Provence Alpes Côtes d'Azur qui a désigné des « référents transversaux ISS » afin de permettre une meilleure articulation entre les volets sanitaire, médico-social et social ainsi qu'avec les partenaires externes (DRJSCS, collectivités territoriales...).

Il serait intéressant de reproduire cette initiative dans les différentes régions, notamment en Bretagne. Ces référents également pourraient assurer un rôle d'accompagnement des décisions et des actions menées par les acteurs régionaux et locaux.

### **2.2.10 Rapprocher le monde des chercheurs et le monde des décideurs politiques autour d'un objectif commun**

A l'heure actuelle, encore peu de connaissances sont disponibles sur les conditions favorables à l'intégration des déterminants sociaux dans les politiques et interventions de santé publique auprès des populations.

Les programmes de recherche interventionnelle permettent aux opérateurs de bénéficier d'une expertise scientifique et aux chercheurs d'améliorer l'état de connaissance des interventions en situation de vie réelle.

En ce sens, on peut mentionner le programme de recherche interventionnelle en Pays de Redon dirigé par Eric BRETON qui vise à améliorer la capacité d'action sur les déterminants sociaux et environnementaux pour réduire les inégalités sociales de santé face au cancer. En effet, au travers une approche intersectorielle et participative, le projet vise à accompagner le développement d'une stratégie locale d'amélioration des conditions de vie et de réduction des inégalités sociales de santé par une meilleure intégration des déterminants sociaux de la santé dans les pratiques et politiques locales.

Cette démarche semble intéresser l'ARS Bretagne, et plus particulièrement M. Jean-Michel DOKI-THONON, Directeur de la santé publique qui m'a offert l'opportunité de participer le 6 mars dernier à une conférence téléphonique réunissant à la fois des professeurs de santé publique ainsi que des directeurs de santé publique. Cet échange téléphonique portait sur le rapprochement du monde des décideurs politiques et le monde des chercheurs dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

Bien que la recherche en promotion de la santé ne soit pas encore très développée en France, les participants à la conférence se sont accordés sur l'intérêt de faire entrer la recherche dans le monde de la programmation d'intervention préventive. En effet, la

promotion de la santé est un changement de paradigme qui envisage la santé dans une perspective plus globale, et qui appelle donc à changer nos approches et nos méthodes.

Comme les domaines sanitaire et médico-social sont bien ancrés de longue date dans les stratégies et actions, les ARS sont fortement incitées à renforcer le rôle des interventions de prévention et promotion de la santé qui peuvent agir sur les déterminants sociaux de la santé.

En effet, il serait souhaitable de promouvoir une nouvelle stratégie de santé à l'échelle nationale, car la stratégie actuelle apparaît encore très portée offre de soins.

Ainsi, élaborer un partenariat entre le monde de la recherche et le monde de l'intervention publique devrait avoir pour objectif à terme d'élaborer de nouveaux outils de recherche afin de développer un type d'organisation innovant permettant d'intégrer davantage les problématiques de prévention et promotion de la santé au sein des ARS.

#### **2.2.11 Favoriser le partage d'expériences efficaces ou innovantes**

Malgré l'existence de centres de ressources régionaux qui disposent d'outils pour évaluer et suivre les nombreuses actions menées sur le territoire, celles-ci sont souvent peu valorisées et partagées. Les actions efficaces et/ou innovantes en matière de réduction des inégalités sociales de santé ne peuvent donc pas nécessairement profiter à d'autres territoires.

De plus, ces actions sont essentiellement le fruit d'une initiative locale, empirique. Bien que témoignant d'une prise de conscience grandissante à l'égard des enjeux de réduction des inégalités sociales de santé, ces actions « bricolées » à l'échelle d'un territoire souffrent d'un manque de reconnaissance. Idéalement, il faudrait parvenir à identifier des critères permettant d'orienter de façon plus formalisée des actions à mettre en œuvre sur des territoires prioritaires.

L'harmonisation des bases de données locales favoriserait un tel partage d'expériences. A ce titre, le logiciel OSCARS (Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales

de Santé) mis en œuvre dans certaines régions dont la Bretagne, et destiné à recenser et localiser les différentes actions ayant un impact sur la santé est un outil efficace.

Il recense à l'heure actuelle les actions de prévention et promotion de la santé financées au titre des années 2010 (uniquement celles reconduites en 2011) et 2011 par l'ARS Bretagne. A partir de 2013, les actions financées par l'ARS Bretagne en 2012 et 2013 seront progressivement intégrées, ainsi que les actions financées par d'autres partenaires (Conseil Régional, MILDT). En offrant une vision globale de l'ensemble des actions mises en œuvre, cet outil contribue ainsi à une meilleure connaissance de l'état de santé de la population bretonne et des facteurs qui le déterminent. La visibilité qu'il apporte permet également une meilleure connaissance des actions de prévention existantes (pas uniquement celles de l'ARS) et ainsi une meilleure orientation des priorités sur certains territoires.

Au titre de l'appel à projets 2013, l'ARS s'est à nouveau engagée dans le développement de l'outil de cartographie des actions de prévention et promotion de la santé OSCARS afin de mieux identifier les actions développées en Bretagne. Aussi, pour la deuxième année un fichier de suivi doit être complété pour chacune des actions afin d'assurer la fiabilité des informations qui seront disponibles sur le site dédié OSCARS.

Les actions financées par l'ARS dans le cadre de l'appel à projet PPS 2012 sont déjà disponibles sur OSCARS pour les thématiques du Schéma régional de prévention suivantes:

- La nutrition et l'activité physique,
- La vie sexuelle et affective,
- La promotion de la santé mentale et la prévention du suicide.

Les actions de l'AIRDDS, et AIDES financées par l'ARS dans le cadre des Conventions Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens en 2012 sont également disponibles.

On pourrait souhaiter à terme que la thématique santé précarité soit elle aussi intégrée à cette base de données, mais s'agissant d'une thématique transversale, identifier l'ensemble des actions santé précarité n'est pas un exercice évident.

Néanmoins, dans le souci d'améliorer la gouvernance du PRAPS, ce logiciel pourrait également avoir tout son intérêt. En assurant un recensement des différentes interventions faites par les acteurs compétents dans le champ de l'accès aux soins et de la prévention des plus démunis, un tel outil améliorerait très certainement la lisibilité du PRAPS. En effet, il constituerait un moyen efficace d'obtenir une cartographie des actions menées sur le territoire de Bretagne par chacune des institutions (PASS, EMPP, LHSS, etc.). En outre, son développement permettrait d'éviter la « superposition » et l'empilement des dispositifs existants en direction des publics précaires.

Ce logiciel OSCARS peut également être vu comme un moyen d'assurer le pilotage transversal du programme en évitant les doublons d'initiatives et en favorisant la mutualisation des actions ou la création de partenariats qui font défaut ou sont insuffisants sur un territoire donné.

On peut imaginer à terme obtenir une meilleure identification des acteurs ainsi qu'une appropriation renforcée des dispositifs par ces derniers, contribuant ainsi in fine à l'efficacité de la prise en charge des publics concernés.

#### **2.2.12 Adopter une démarche d'évaluation adaptée**

La mesure des impacts des interventions sur la santé des populations et sur l'équité fait souvent défaut par manque de cadrage méthodologique. Aujourd'hui, les logiques d'évaluation apparaissent relativement fragmentées. En termes de mesure d'impact et d'efficacité des actions mises en œuvre, l'Évaluation d'Impact sur la Santé est une bonne alternative qui tend à se faire connaître.

En effet, l'EIS offre les moyens d'anticiper les effets d'une politique ou d'un projet sur la santé et permet par la suite de proposer des réorientations pour réduire les effets négatifs sur la santé et pour maximiser ses effets positifs. Cette méthode d'évaluation gagnerait à être davantage connue et proposée comme ressource pour l'évaluation d'interventions ayant un impact sur la santé. L'EIS est avant tout une démarche pragmatique à adapter à chaque projet. Elle a également vocation à favoriser la collaboration et la communication entre les différents acteurs du projet, à développer une culture commune pour les agents et services, et à favoriser la participation des citoyens.

En ce sens un projet expérimental relatif à la Halte Ferroviaire de Ponchaillou, déjà mentionné, a été mis en œuvre par la Ville de Rennes. La ville cherche d'ailleurs à développer son usage, en lien avec le Centre Collaborateur de l'OMS (S2D), l'ARS et EHESP.

A ce titre, dans la circulaire déjà évoquée du 7 juin 2013, ayant pour objet la mise en œuvre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, la promotion de la réalisation d'études d'impact en santé sur le territoire est fortement encouragée.

### **2.3 Un regard extérieur sur la question des inégalités sociales de santé: rencontres avec des porteurs de projets de l'ARS**

De nombreux acteurs en région Bretagne œuvrent aux côtés des publics démunis afin de les accompagner dans leur parcours de soins. Dans le cadre de ce stage, il m'a alors paru intéressant de rencontrer quelques opérateurs de terrain afin d'obtenir leur regard sur la question de l'accès aux soins et aux droits des publics en difficultés.

Ma démarche consistait à les rencontrer au sein de leur structure afin d'évoquer avec eux plusieurs éléments : le mode de fonctionnement de leur établissement, les principales problématiques de santé rencontrées, leurs principales missions/actions, leur réseau partenarial, leurs relations avec l'ARS, des évolutions du public, des problématiques de santé... ? En tant que stagiaire, j'ai pu adopter un positionnement neutre ce qui a permis des échanges relativement ouverts.

Initialement, j'avais envisagé de rencontrer trois structures : la PASS du CHU de Rennes, la SEA 35 ainsi que le Réseau Louis Guilloux. Malheureusement, pour des questions d'agenda, la dernière rencontre n'a pu avoir eu lieu.

### 2.3.1 Rencontre avec M. PIROT : Directeur du pôle Précarité Insertion à la Sauvegarde de l'Enfance à l'Adulte (SEA) en Ille et Vilaine le 23 mai 2013

La SEA 35 est composé de 3 pôles :

Un pôle d'accueil familial qui comprend :

- un Centre de Placement Familial Spécialisé (CPFS)
- ainsi qu'un Service d'Accueil Familial Thérapeutique (SAFT).

Un pôle milieu ouvert composé :

- d'un service Prévention Spécialisée
- et d'un Service d'Evaluation et d'Actions Educatives

Un pôle Précarité Insertion composé de :

- d'un point de Coordination Accueil Orientation (C.A.O),
- d'un lieu d'accueil de jour « Puzzle »,
- d'une structure de Logements Jeunes en Insertion (L.O.J.I),
- d'un service d'Election de Domicile (E.D.D)
- d'un centre d'hébergement d'urgence (ABRI)
- d'un dispositif "Sortir de la rue" volet DOMINO
- et d'un Accompagnement Dans Et vers le Logement (A.D.E.L)

M. Dominique PIROT, directeur du pôle Précarité Insertion, assure la coordination de ces sept actions. Excepté le point CAO qui bénéficie d'une dotation globale de financement de l'Etat (au titre du BOP 177), les autres actions relèvent de budgets annuels reposant généralement sur une multiplicité de financements. Le point santé bénéficie depuis peu d'un nouveau mode de financement.

Sur un total de 19 budgets pour l'ensemble de la SEA 35 pour l'année 2012, douze sont consacrés au Pôle Précarité Insertion. Les principaux financeurs sont l'Etat, le Conseil Général, la ville de Rennes et Rennes Métropole ainsi que l'ARS.

Le point de santé de la SEA s'établit sur deux antennes :

- Le lieu d'accueil de jour « le Puzzle »

- Le restaurant « Le Fourneau »

Les points santé s'inscrivent dans le maillage des dispositifs qui accueillent les publics démunis et facilitent leur accès à la prévention, aux droits et aux soins. Ils se veulent être un « tremplin » permettant un retour vers le droit commun. En d'autres termes, le point santé constitue une interface facilitant les liens entre la personne et les dispositifs de droit commun.

L'ARS a fourni récemment un travail spécifique d'analyse et de redynamisation sur les huit points santé en Bretagne. Ce travail collaboratif avec les points santé, auquel a participé M. PIROT, a été réalisé dans le cadre de la mise en œuvre du PRAPS 3<sup>ème</sup> génération.

Auparavant financés dans le cadre des appels à projets de l'ARS Bretagne, les points santé ont signé une Convention d'Objectifs et de Moyens (COM) en 2012, pour préciser leurs objectifs. Une Convention Pluriannuelle d'Objectif et de Moyens (CPOM) pour la période 2013-2016 est en préparation actuellement avec chaque point santé pour aboutir à une signature prochainement.

A ce titre, huit objectifs spécifiques ont été définis dans le cadre de la CPOM :

- Développer une meilleure coordination entre les points accueil santé et d'autres dispositifs (PASS, EMPP, centres d'hébergement, établissements en addictologie, CCAS, etc.) ;
- Favoriser les interconnexions entre les systèmes de droit commun de santé et les publics ;
- Informer les professionnels sur les spécificités des publics précaires et leur parcours de santé ;
- Accompagner les personnes dans les démarches d'ouverture de droits ;
- Prodiguer des petits soins, mais toujours encourager et favoriser la démarche de soins dans le droit commun ;
- Intégrer dans tout accompagnement une dimension de prévention et promotion de la santé ;

- Prendre en compte la souffrance psychique et le mal-être. Favoriser le partenariat avec le secteur de la psychiatrie ;
- Favoriser les passerelles avec d'autres dispositifs de réinsertion (logement, emploi).

Cette démarche de contractualisation est fortement appréciée puisqu'elle apporte davantage de sécurité et ainsi la possibilité d'envisager des actions sur une durée plus longue. M. PIROT apprécie cette évolution, et constate qu'aucun de ses autres partenaires extérieurs n'a initié une telle procédure.

Pour l'essentiel, l'équipe de professionnels de la SEA 35 est composée d'assistantes sociales, éducateurs spécialisés, conseiller(e)s EFS... Le point santé de la SEA 35 accueille majoritairement des personnes cumulant plusieurs difficultés : des personnes «sans chez soi», jeunes en errance en situation de précarité et/ou sous l'emprise des addictions et/ou souffrant de maladies mentales, des jeunes en difficulté d'insertion, des adultes en situation de précarité, de pauvreté, et en priorité les chômeurs de longue durée, des familles monoparentales en difficulté sociale, les personnes sous main de justice, détenues, les étrangers en situation de précarité en marge de l'économie ordinaire....

Ces personnes ont toutes en commun d'être éloignées des structures de soins avec généralement des parcours de vie et des conditions sociales difficiles. Elles n'ont pas d'accès aux droits ou elles n'y recourent pas soit en raison de leur maladie, de leur isolement, soit parce qu'elles sont sans ressort et n'ont pas d'accompagnement possible...

Les principales pathologies concernent des soins dentaires, ophtalmologiques et dermatologiques.

Parallèlement à la santé qui n'est pas perçue comme une priorité parmi ces publics, la question de l'accès aux droits est essentielle.

Sur les deux antennes du point santé, une infirmière est présente régulièrement dont le rôle est « d'aller vers », au contact de ces personnes afin de les écouter, les conseiller, les orienter, et prodiguer des soins au besoin. Ces échanges doivent être l'occasion d'introduire la notion de bien être auprès de ces publics démunis, mais le faible intérêt pour les préoccupations d'ordre sanitaire complexifie bien entendu cette volonté.

### **2.3.2 Rencontre avec Mme PELTIER-CHEVILLARD : Responsable de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Rennes le 06 juin 2013**

A titre de rappel, c'est la loi d'orientation n°96-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions qui instaure des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans tous établissements de santé.

En rendant les soins accessibles aux personnes les plus démunies, la PASS contribue à une prévention efficace chez ce public vulnérable et évite les complications de pathologies au départ peu sévères mais si le traitement est retardé par défaut d'accès aux soins, peuvent s'aggraver. Les PASS représentent ainsi un outil efficace pour faciliter l'accès au système de santé et la prise en charge des personnes démunies.

La prise en charge sociale qui y est associée doit permettre un retour effectif au droit commun (par exemple, une aide à la constitution du dossier social administratif est assurée une fois que les droits sont acquis). En effet, les PASS ont aussi pour fonction d'accompagner les personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale.

Néanmoins, cette situation n'est pas toujours simple à gérer. Certes, la mission de service public hospitalier oblige les établissements à accueillir aux urgences tous les patients, mais sans pour autant pouvoir obtenir la garantie de la prise en charge de leurs soins. En effet, beaucoup de patients se retrouvent sans droits de couverture sociale et dans une situation financière qui ne leur permet pas de régler leur prise en charge. Pour l'établissement, le risque de non recouvrement pour motif d'absence de couverture sociale n'est pas négligeable. Dès lors, l'établissement est dépourvu de toute marge de manœuvre.

Au cours de l'année 2012, l'ARS a financé dans le cadre des enveloppes financières relatives aux missions d'intérêt général (MIG), 23 PASS, dont celle du CHU de Pontchaillou. Il y a au total quatre PASS sur le territoire de santé n°5.

En termes d'évolutions<sup>8</sup>, on peut constater que les personnels socio-éducatifs du CHU (essentiellement des postes d'assistants sociaux) de Rennes sont de plus en plus sollicités pour accompagner les patients ou leur famille (+ 2 % d'activité en moyenne, mais la progression est plus soutenue dans les secteurs des pôles concernant spécifiquement les

---

<sup>8</sup> Rapport d'activité 2011 – CHU de Rennes

femmes et les enfants) car les indicateurs de précarité : logement, niveau de ressources, de couverture sociale, d'insertion professionnelle, des personnes hospitalisées sont en hausse significative. Parallèlement, on note une augmentation sensible des séjours des bénéficiaires de CMU, CMU-C, AME et surtout des personnes sans droits, une hausse qui d'ailleurs est particulièrement marquée en Bretagne.

Cette situation s'explique en partie par l'impact de la crise économique sur les personnes les plus exposées au risque du chômage. La précarité devient clairement un facteur d'aggravation de l'état de santé, avec pour conséquence une lourdeur de la prise en charge médicale et un allongement de la durée de séjour, notamment concernant l'organisation de la sortie de la personne.

On peut observer également que la part des personnes étrangères parmi les personnes sollicitant le service social hospitalier est croissante. Cela a pour conséquence de complexifier le travail des professionnels du service qui participent au repérage des patients en grande précarité pour favoriser leur accès aux soins. A titre d'illustration, en 2011, 580 patients ont bénéficié du dispositif PASS, soit + 16 % par rapport à 2010<sup>9</sup>.

Les problématiques de santé les plus fréquemment repérées par les professionnels investis dans ces dispositifs sont les conduites addictives, la souffrance psychique, la maltraitance, celles-ci accompagnées le plus souvent d'une désocialisation importante. De manière générale, le public rencontré présente des poly pathologies : en plus de problèmes psychologiques ou psychiatriques, certaines maladies telles que des dermatoses surinfectées, les accidents liés à la précarité de la vie sont des motifs de consultations fréquents. On note également un état dentaire particulièrement dégradé.

D'autre part, le service social du CHU de Rennes s'implique aussi dans la prise en charge des migrants dans le cadre de sa participation à l'instance locale de concertation et de régulation des admissions en centre d'accueil des demandeurs d'asile, et du traitement des demandes d'hébergement des patients migrants malades. Cette instance animée par la Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des personnes (DDCSPP), associe la Préfecture, le conseil général, la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile et les centres d'accueil des demandeurs d'asile.

---

<sup>9</sup> Rapport d'activité 2011 – CHU de Rennes

### 2.3.3 Rencontre avec Mme PLEMEVAUX : Directrice du Réseau Louis Guilloux

Comme indiqué ci-dessus, la rencontre n'a pu se faire en raison notamment des délais contraints liés à la rédaction du mémoire.

Néanmoins, il me semble pertinent de réaliser un point de présentation sur ce Réseau Louis Guilloux.

Le centre Louis Guilloux, anciennement connu sous le nom de réseau Ville Hôpital 35, est un réseau de santé ayant pour rôle d'améliorer l'accès et la continuité des soins pour l'ensemble de la population, quelle que soit sa situation sociale. En tant que réseau, il facilite la coordination entre les acteurs de la ville et ceux de l'hôpital afin d'améliorer le parcours du patient dans le système de santé.

Le Bretagne compte une quarantaine de réseaux, assurant une prise en charge des patients sur diverses thématiques : diabète, cancer, périnatalité, personnes âgées...

Le réseau Louis Guilloux assure une prise en charge des personnes en situation de précarité, qu'elles soient seules ou en couple. En raison de leur situation instable, ce public précaire est difficile à orienter et à guider dans le système de santé. Ce réseau accueille particulièrement des personnes migrantes quelle que soit leur pathologie. Il s'agit pour l'essentiel de maladies chroniques telles que : VIH, hépatites, tuberculose, cancers... De nombreuses problématiques y sont généralement associées : handicap physique, difficultés psychologiques...

Ce centre propose des Appartements de coordination thérapeutique (ACT), avec une capacité d'accueil de dix places. Ces dispositifs ont pour objectif d'offrir une prise en charge médico-sociale à des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Ces ACT sont des moyens d'assurer un suivi du traitement et une coordination des soins, et permettent à ces personnes d'obtenir un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion pour un retour vers le droit commun.

A l'heure actuelle, un projet de régionalisation de l'action du Réseau Louis Guilloux 35 est en cours de réflexion. La finalité d'un tel projet est d'améliorer la coordination

entre acteurs et favoriser une meilleure articulation avec les autres dispositifs destinés aux publics démunis. Cela passerait par le développement d'un observatoire sur la réalité de l'accès aux soins des publics migrants précaires et en termes de santé publique, d'une offre de prise en charge globale médico-sociale et sanitaire, de la mutualisation de l'interprétariat (recours à un interprétariat professionnel), d'une réponse et/ou d'un soutien à des situations problématiques, par l'harmonisation des pratiques et la formation des acteurs... Ce projet en cours d'étude doit permettre d'élaborer des solutions innovantes à destination de ce public précaire.

## **2.4 Retour réflexif personnel sur le stage dans une perspective professionnelle**

Réaliser un stage sur la thématique des inégalités sociales de santé est à la fois un projet ambitieux car il s'agit d'un vaste domaine aux contours flous, et très enrichissant puisqu'en raison de son caractère transversal, cette thématique offre la possibilité d'aborder de nombreux domaines d'intervention. Cette expérience est d'autant plus riche que j'ai pu réaliser ce stage au sein de l'ARS, qui est par définition l'instance régionale de référence en termes de politique de santé publique.

Les différentes missions, aussi différentes les unes que les autres, qui m'ont été confiées : à savoir, un travail d'analyse et de synthèse du questionnaire sur les « inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé », la réalisation d'un lexique conceptuel, un travail de recensement des thématiques du SRP au sein des huit PTS, une participation à la question de l'articulation de l'offre de l'ARS en direction des publics démunis au travers notamment un travail sur les déterminants territoriaux de défaveur sociale des inégalités (étude ARS/INSEE), un travail en lien avec les conseils généraux portant sur la problématique des « jeunes et adolescents ayant des difficultés multiples et nécessitant une prise en charge coordonnée », un focus particulier sur le CLS, ainsi que l'ensemble des réunions et travaux parallèles auxquels j'ai eu l'opportunité de participer, constituent autant d'éléments permettant de souligner l'aspect très formateur de ce stage.

Cette énumération atteste également du caractère à la fois multidimensionnel et complexe des inégalités sociales de santé, d'où l'intérêt de penser la santé dans une acception large.

D'autre part, le PRAPS constitue également un élément structurant dans la réalisation de mon stage. En effet, ce programme de 3<sup>ème</sup> génération a été clairement identifié comme étant un outil de pilotage et de planification par lequel l'ARS et ses partenaires agissent pour réduire les inégalités sociales de santé en Bretagne. Ainsi, mon projet de stage, articulé aux enjeux identifiés au titre du PRAPS, s'inscrit de facto dans le cadre des priorités définies par la politique régionale de santé publique.

Au-delà de la thématique des inégalités sociales de santé pour laquelle j'ai un intérêt renforcé, l'encadrement dont j'ai pu bénéficier au cours de ce stage ainsi que l'ambiance de travail très agréable au sein de direction adjointe PPS ont sans aucun doute contribué à faire de ce stage une expérience de grande qualité.

Mes différentes missions et rencontres m'ont permis de mieux appréhender l'ensemble des problématiques rattachées à la thématique des inégalités sociales de santé, et ainsi de me forger une culture propre au champ de la prévention et promotion de la santé. Ce stage de longue durée a également été l'occasion d'obtenir une bonne visibilité sur le maillage partenarial et territorial de l'ARS, c'est-à-dire aussi bien d'un point de vue des acteurs que des dispositifs mobilisés dans le cadre de l'élaboration de projets.

Cette expérience de terrain associée aux apports théoriques acquis au cours de mes deux années de formation à l'EHESP me confère aujourd'hui une légitimité à faire valoir dans une perspective professionnelle mon capital de compétences auprès des acteurs du domaine de la santé publique.

La spécialisation intitulée « observation, analyse et aide à la décision en santé publique » suivie cette année dans le cadre de mon Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique a constitué une bonne préparation à mon intégration en stage. En effet, dans le cadre de cette unité d'enseignement, plusieurs éléments ont été abordés :

- La thématique des inégalités sociales de santé a été évoquée à plusieurs reprises ;
- Des points méthodologiques, notamment en matière de diagnostics, nous ont été proposés ;

- Le travail de groupe visant à élaborer un diagnostic en santé sur le thème des soins sans consentement à Rennes a été formateur : réalisation d'entretiens auprès de professionnels de la santé, recherche documentaire, travaux collectifs, production d'un rapport...

En renforçant mes connaissances en santé publique ainsi que mes méthodes d'analyse et de synthèse, ces différents apports m'ont permis d'être rapidement opérationnelle et ainsi d'aborder sereinement mes premières missions de stage.

Par ailleurs, ce stage de longue durée m'a conforté quant à mes attentes professionnelles et a surtout confirmé ma volonté de poursuivre dans cette voie. En adoptant un comportement responsable, autonome et dynamique, je pense avoir réussi à me montrer efficace et adaptable face aux tâches qui m'ont été confiées durant ce stage.

Enfin, en m'appropriant ce questionnaire, mon intérêt et mes compétences pour les questions de réduction des inégalités sociales de santé se sont naturellement renforcées. Au regard des problématiques rencontrées au cours de ce stage, notamment évoquées dans la partie relative aux préconisations, de nombreuses interrogations restent encore en suspend. Aujourd'hui, il est notamment question de la déclinaison territoriale du PRAPS ou encore de la question du maillage des territoires de santé...

Mon expertise relative aux enjeux de réduction des inégalités sociales de santé combinée à une démarche volontariste d'en perfectionner mes connaissances me donne espoir de pouvoir un jour approfondir ces pistes de réflexions en devenant acteur à part entière de la mise en œuvre de certaines préconisations.

---

## Conclusion

---

Agir pour la réduction des inégalités sociales de santé demande de mobiliser de nouvelles approches de santé publique et interpelle les modes actuels de gouvernance. Ce constat mis en avant par le Haut Conseil de Santé Publique en 2009 dans son rapport « les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » laisse penser que l'expérience française dans ce domaine est marquée par une absence de politique explicite. En effet, une grande partie des initiatives ayant pour objectif la réduction des inégalités sociales de santé se focalisent sur les populations précaires et/ou concernent l'amélioration de l'accès aux soins.

Dans les faits, de nombreuses initiatives territoriales et locales témoignent d'une mobilisation active et innovante des acteurs en ce sens. Néanmoins, ces différentes dynamiques sont insuffisamment reconnues du fait notamment d'un manque d'évaluation quant à leur efficacité.

Les acteurs de la promotion de la santé, dans le cadre de leurs actions sur les inégalités sociales de santé, doivent se doter des moyens nécessaires pour en évaluer l'efficacité.

L'enjeu fort de l'évaluation est de réussir à ne pas aggraver ces inégalités par les actions mises en œuvre. D. Fassin indiquait dès les années 2000 que « la plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités, que ce soit dans le domaine social ou sanitaire, produisent presque toujours, même lorsqu'elles réussissent à atteindre leur objectif d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble, une aggravation des écarts »<sup>10</sup>.

De plus, la réduction des inégalités sociales de santé suppose une action durable et constante qui s'inscrit dans une perspective populationnelle globale. Une telle action doit aujourd'hui se traduire par une politique globale et explicitement dirigée vers ce problème. Une politique de réduction des inégalités sociales de santé doit nécessairement s'inscrire dans une démarche structurée.

---

<sup>10</sup> Ridde V., « Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé », *Promotion and Education*, avril 2011

Mais concrètement comment agir plus efficacement sur les inégalités de santé ? Comment intégrer du social dans la santé publique ? Pour cela, la conduite de recherches à l'échelle des communautés et des milieux de vie, dans des approches systémiques plus globales, en essayant de comprendre la très grande complexité des interactions aux niveaux populationnel et territorial, semble être une piste judicieuse.

En d'autres termes, si l'on veut espérer inverser durablement la tendance de la politique de santé en France qui a longtemps été une politique de promotion de l'accès aux soins plutôt qu'une politique de promotion de la santé, on peut imaginer que la définition d'une stratégie nationale de réduction des inégalités de santé constituerait un levier d'action majeur en ce sens. Une telle stratégie lèverait la relative opacité des actions «bricolées » régionalement et apporterait probablement un important gain en termes d'efficience et une meilleure visibilité de la politique de promotion de santé.

A ce titre, les ARS, encore récentes dans le paysage institutionnel ont un rôle majeur à jouer : elles doivent réussir à impulser et structurer le rôle de la prévention et promotion de la santé dans les stratégies de réductions des inégalités sociales de santé.

Cependant, selon Eric BRETON<sup>11</sup>, le PRS en Bretagne apparaît encore très limité en matière de réduction des inégalités sociales de santé. Cela pose la question de la place de la santé publique au sein des ARS, et sa capacité à influencer les actions mises en œuvre. Aujourd'hui, les moyens financiers concernant les projets de prévention et promotion de la santé au regard des ambitions portées par ce champs d'action sont limités.

Progressivement, on peut imaginer que le rôle de la prévention et de la promotion de la santé soit de plus en plus intégré dans les politiques régionales de santé, à travers notamment le développement des parcours de santé, qui représentent des leviers d'action permettant l'élaboration d'une prise en charge coordonnée et décloisonnée autour de la personne.

---

<sup>11</sup> Enseignant chercheur, directeur de la chaire « Promotion de la santé » de l'INPES à EHESP

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

- BASSET B., *Les Agences Régionales de Santé – Les inégalités sociales de santé*, éditions INPES, 2008.
- FASSIN D., *Problèmes politiques et sociaux – Inégalités et santé*, la documentation Française, 2009.
- LOISY C., *Chapitre 1 : Pauvreté, précarité, exclusion - Définitions et concepts*, Les travaux de l'observatoire, DREES et Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000.
- POTVIN L., MOQUET M-J., JONES C M., *Réduire les inégalités sociales en santé*, éditions INPES, 2010.

### Rapports

- Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, *La prévention sanitaire*, Cour des Comptes, 2011.
- Haut Conseil en Santé Publique, *les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, décembre 2009.
- MARMOT M., *Comblent le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé – OMS, 2008.
- MOLEUX M., SCHAETZEL F., SCOTTON C., *Les inégalités sociales de santé: déterminants sociaux et modèles d'action*, rapport IGAS, Mai 2011.

### Articles

- AÏACH P., FASSIN D., « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La revue du praticien*, n°54, 2004.

- BRICARD B., JUSOT F., TUBEUF S., « Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? », *Questions d'économie de la santé*, n°154 - Mai 2010.
- GELOT D., « Quatre leçons de l'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale en France et en Europe », *La lettre* n°6, ONPES, octobre 2012.
- LANG T., « Inégalités sociales de santé : une construction tout au long du cours de la vie », *adsp* n° 73, décembre 2010.
- PRISSE N., « Les inégalités sociales de santé : un vade-mecum pour les agences régionales de santé », *DGS – IreSP*, 11 janvier 2010
- RIDDE V., « Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé », *Promotion and Education*, avril 2011.
- SAINSAULIEU Y., RIDDE V., GUICHARD A., « Micro mobilisations para institutionnelles pour promouvoir la santé », *L'incitation publique à la coopération interprofessionnelle et intersectorielle*, 2011.

### **Texte législatif**

- Circulaire, référence n°1057/13/SG en date du 7 juin 2013 – signée par M. AYRAULT, relative au plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

### **Sites internes**

- Agence Régionale de Santé de Bretagne : <http://www.ars.bretagne.sante.fr/>
- Données relatives aux inégalités de santé en Bretagne : [http://orsbretagne.typepad.fr/ors\\_bretagne/ingalits\\_de\\_sante/](http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/ingalits_de_sante/)
- La revue la santé de l'homme « comment réduire les inégalités sociales de santé », n°397, INPES : <http://www.inpes.sante.fr/slh/pdf/sante-homme-397.pdf>
- Plan Local de Santé de la Ville de Rennes : <http://www.metropole.rennes.fr>
- Programme AAPRISS « Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé », disponible sur le site : <http://www.aapriss.iferiss.org/index.php/fr>

### **Séminaire**

- Actes du Séminaire « L'action sur les déterminants sociaux de la santé : réflexions européennes et stratégies pour la France », 4 et 5 juin 2012, Paris, organisé par la Chaire INPES « Promotion de la santé » à l'EHESP, et en collaboration avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

### **Documents internes à l'ARS**

- Atlas du Programme Régional de Santé « Agir pour les santé de tous les bretons », édition 2013
- Document de recensement des actions en direction de publics démunis conduites, impulsées ou financées par l'ARS, d'Adrian MOHANU, Mai 2013
- Dépliant Allocation des ressources en PPS et SE, année 2012
- Guide du porteur de projet(s) d'action(s) de prévention ou de promotion de la santé, Appels à Projets 2013.
- Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
- Le Schéma Régional de Prévention
- Les huit Programmes Territoriaux de Santé
- Les documents relatifs aux Contrats Locaux de Santé
- Le magazine d'informations de l'ARS Bretagne : « la Bretagne en santé : agir ensemble pour la santé des Bretons »

---

## NOTE D'OBSERVATION

---

<b>APERT</b>	<b>Audrey</b>	<b>24 juin 2013</b>
<b>Master 2</b>		
<b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>L'action publique en matière de santé pour la réduction des inégalités sociales de santé – L'exemple de l'ARS Bretagne</b>		
<b>Promotion 2012-2013</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>En instaurant les ARS, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 (loi HPST), leur a conféré la mission de définir et de mettre en œuvre les objectifs de la politique nationale de santé parmi lesquels figure la réduction des inégalités sociales de santé.</p> <p>Il est reconnu que ces inégalités sociales de santé traversent l'ensemble de la population française selon un gradient qui suit la hiérarchie sociale. Elles sont considérées comme injustes et potentiellement évitables car les différences de santé au sein d'une population ne sont pas le produit du hasard ou de la seule biologie mais relèvent de déterminants socialement construits. C'est pourquoi l'action publique en matière de santé doit avoir à sa disposition des moyens d'intervention suffisants pour lui permettre d'agir positivement sur le gradient social.</p> <p>Pour mettre en œuvre sa politique transversale de réduction des inégalités sociales de santé, l'ARS Bretagne a à sa disposition plusieurs leviers d'action. Ce mémoire vise à rendre compte de la stratégie employée par l'ARS Bretagne pour répondre à cet objectif, la finalité n'est pas d'évaluer les résultats des actions mises en œuvre en ce sens.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Inégalités sociales de santé, déterminants sociaux de la santé, action publique, Agence Régionale de Santé, gradient social, PRAPS, prévention et promotion de la santé.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

