



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2011 –

**« LA PROGRAMMATION DES ACTIONS PREVENTIVES
ET LEURS IMPACTS SUR LES INEGALITES SOCIALES
DE SANTE : ETAT DE LA PRATIQUE EN AGENCES
REGIONALES DE SANTE »**

– Groupe n°5 –

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| – CORBRION Karine, DS | – JAYAIS Valentine, IASS |
| – DANILO Aurélie, EDH | – JEZEQUEL Catherine, D3S |
| – DOSSIER Aurélie, EDH | – LUCAS Clémence, EDH |
| – FRED Akpéné, MISP | – MAINGON Amélie, D3S |
| – HENOT Laurent, IES | – ROMA Thérèse, DS |
| – HERVE Séverine, IASS | – VAYSSE Alexia, D3S |

Animateur

M. Eric BRETON

Titulaire de la Chaire INPES « Promotion de la santé » à l'EHESP

Remerciements

L'ensemble des membres du groupe souhaite remercier tous les professionnels rencontrés : Mme MOQUET, le Docteur GUICHART et M. BENMARNHIA de l'INPES ; le Docteur PRISSE de la DGS ; le Docteur COUSSENS et M. MERCHI de l'ARS Haute-Normandie ; M. PAIN de la DRJSCS Haute Normandie ; Mme LETOUZEY de l'ARS Basse Normandie, M. MOHANU de l'ARS Bretagne ; le Docteur DAOUYA ROY de l'ARS Centre ; le Docteur EPAILLARD de la Direction Territoriale Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne ; le Docteur GINOT de la Direction Territoriale Seine-Saint-Denis de l'ARS Ile-de-France ; Mme TYRANT de l'ASV de Rennes ; ainsi que M. BRETON, titulaire de la Chaire INPES « Promotion de la santé » à l'EHESP et référent animateur du groupe.

Liste des sigles utilisés

- ANAESM Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale
- ANPA Agence nationale de prévention en addictologie
- ARS Agence régionale de santé
- ASV Atelier santé ville
- BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire
- CAF Caisse l'allocation familiale
- CAPI Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
- CAARUD Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
- CDSS Commission des déterminants sociaux de la santé
- CHRS Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
- CLS Contrat local de santé
- CMU Couverture médicale universelle
- CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CRS Conférence régionale de santé
- CUCS Contrat urbain de cohésion sociale
- DDASS Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DDCS/PP Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
- DGS Direction générale de santé
- 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 études, de l'évaluation et des statistiques
- DRJSCS Direction régionale de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale
- DT Délégation territoriale des ARS
- GRSP Groupement régional de santé publique
- HPST Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire

- INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- INVS Institut national de veille sanitaire
- ISS Inégalités sociales de santé
- IST Infection sexuellement transmissible
- IRePS Institut de recherche en santé publique
- OMS Organisation mondiale de la santé
- ORS Observatoire régional de santé
- PASS Permanence d'accès aux soins de santé
- PLSP Plan local de santé publique
- PRAPS Plan régional d'accès à la prévention et aux soins
- PRIPI Programme régional d'intégration des populations immigrées
- PSRS Plan stratégique régional de santé
- RGPP Réforme générale des politiques publiques
- RLSP Réseau local de santé publique
- SRP Schéma régional de la prévention
- UTAS Unité territoriale d'action sociale
- VIH Virus de l'immunodéficience humaine
- ZEP Zone d'éducation prioritaire

Glossaire¹

Action intersectorielle : Coordination d'une diversité de secteurs de l'administration publique en vue d'une action qui affecte un ensemble de déterminants de la santé. Par extension, on inclut aussi les mécanismes qui soutiennent et facilitent la coordination d'acteurs sociaux qui proviennent de l'administration publique, du secteur associatif et du secteur privé.

Déterminants sociaux de santé : Ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres.

Équité d'accès : Qualité d'un système de soins qui garantit à chacune des personnes éligibles et desservies par le système, un accès à des soins appropriés et de qualité en fonction des besoins exprimés.

Évaluation de l'impact sur la santé : Ensemble de méthodologies, procédures et outils par lesquels les effets d'une politique, programme ou projet développé en dehors du secteur sanitaire peuvent être anticipés quant à leurs effets potentiels, négatifs ou positifs sur la santé d'une population.

Gradient social de santé : Observation robuste d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées.

Inégalités sociales de santé : Ecarts d'état de santé socialement stratifiés. Les inégalités sociales de santé touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé, allant des facteurs de

¹ Nous avons repris les définitions de quelques concepts clés figurant dans le document de l'INPES, *Réduire les inégalités sociales en santé*, L. POTVIN, M.J. MOQUET, C.M. JONES, 2010

risque aux résultats des soins et reproduisent dans le domaine sanitaire, les inégalités existantes entre les groupes sociaux.

Partenariat : Désigne un accord formel ou informel entre deux ou plusieurs parties qui ont décidé de mettre des ressources en commun dans la poursuite d'un objectif partagé et valorisé par l'ensemble des parties.

Politique de la ville : Désigne la politique mise en place par les pouvoirs publics français afin de revaloriser les zones urbaines en difficultés et de réduire les inégalités entre les territoires. Il s'agit à la fois d'une action spécifique pour un ministère ou le secrétariat d'Etat à la Ville, et d'une action interministérielle destinée à favoriser la prise en compte, par chacun des ministères concernés, de la spécificité des quartiers sensibles, dans leurs politiques et leurs moyens budgétaires.

Politiques publiques : Ensemble des politiques, règlements et décisions des administrations publiques qui façonne et structure les conditions de vie des citoyens. La politique de promotion de la santé suppose qu'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires et les moyens de surmonter ces obstacles.

Promotion de la santé : Ensemble des actions et processus mis en œuvre pour renforcer les capacités de chacun, individuellement et collectivement, à agir dans un sens favorable à la santé. De plus, la promotion de la santé met en avant certains principes et valeurs, telle une conception positive et globale de la santé, l'empowerment, la participation et l'équité qui doivent fonder l'action.

Réseau : Mode d'organisation non hiérarchisé qui relie des éléments ou nœuds par des canaux qui servent à la transmission d'informations, de connaissances, de ressources, de compétences ou autres. Ces nœuds peuvent être eux-mêmes des sous-réseaux.

Sommaire

Introduction	1
I. L'état des lieux des connaissances factuelles et théoriques sur les inégalités sociales de santé.....	3
A. Les différentes approches sur l'origine des inégalités sociales de santé	3
B. Les inégalités sociales de santé : une prise de conscience mondiale progressive	5
C. L'évolution de la prise en compte des inégalités sociales de santé en France.....	7
II. La méthode de recherche utilisée et la dynamique de groupe	10
A. La méthode organisationnelle et logistique	10
B. L'organisation des rencontres avec des professionnels	11
1. Les contraintes prises en compte	12
2. L'élaboration de grilles d'entretien	12
3. Le déroulement du calendrier	13
4. La répartition des entretiens et des lectures.....	13
C. L'exploitation et la mise en forme des informations disponibles et récoltées.....	13
1. La lecture de la littérature	13
2. Le suivi des travaux.....	13
3. L'exploitation des données.....	13
4. La dynamique du groupe	14
III. Les résultats et l'analyse.....	14
A. Les orientations nationales en matière de réduction des inégalités sociales de santé guident l'action des ARS.....	14
B. La réalisation d'un diagnostic régionalisé est un préalable nécessaire à l'action des ARS en matière d'Inégalités Sociales de Santé.....	15
C. La prise en compte des Inégalités Sociales de Santé dans les stratégies développées par les ARS.....	17
1. La prise en compte des ISS dans les politiques de santé des ARS.....	17
2. Les méthodologies retenues pour l'élaboration des schémas de prévention.....	18

D. Travailler en partenariat s'avère essentiel a la prise en compte des Inégalités Sociales de Santé dans la programmation des actions de prevention par les ARS	21
1. Les partenariats du point de vue des acteurs rencontrés au niveau national	21
2. Les partenariats du point de vue des ARS.....	22
3. Les partenariats du point de vue des acteurs rencontrés en DT et en ASV	24
Conclusion et perspectives	26
Bibliographie	27
Liste des annexes	I

Introduction

« *Le vrai problème auquel nous sommes confrontés est celui des inégalités sociales. La plus grande caractéristique de notre système de santé est que ce dernier est très inégalitaire.*² »

En France, il est connu que depuis 20 ans les inégalités sociales ont eu tendance à s'aggraver³. Notre pays possède une des espérances de vie les plus élevées d'Europe alors que le taux de mortalité prématuré évitable est a contrario l'un des plus importants et concerne tout particulièrement les catégories socio professionnelles les moins favorisées. Depuis une cinquantaine d'années, les inégalités sociales de mortalité et de l'espérance de vie sans incapacité sont connues grâce à des études menées par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) et l'enquête décennale santé : à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans, soit six ans de plus que les ouvriers. De même, ils peuvent espérer vivre dix ans de plus sans incapacité.

En ce qui concerne la mortalité, celle-ci a diminué depuis 1968 mais certaines catégories sociales en ont plus profité que d'autres. En effet, la France est le pays européen ayant le plus d'inégalités sociales de mortalité. Ainsi pour les hommes âgés de 55 à 64 ans, le risque de décès est resté stable pour les non diplômés, tandis qu'il a baissé pour les titulaires de diplômes supérieurs. Par ailleurs, les inégalités de mortalité ont augmenté entre actifs et inactifs ; ces derniers ont une mortalité plus élevée.

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont définies comme des écarts généralement évitables entre groupes ou territoires qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. Elles peuvent être mesurées comme des « *différences quantitatives au regard d'un indicateur spécifique de santé entre des groupes dans une population* ». Le principe sous tendant ces définitions est que « *la position d'un individu dans la structure sociale influence son état de santé* ».

² Claude EVIN, préfigureur de l'ARS d'Ile-de-France lors du colloque « Réduire les inégalités de santé » organisé le 11 Janvier 2010 par le ministère de la santé, la direction générale de la santé et l'institut de recherche en santé publique.

³ Bihl A., Pfefferkorn R. le système des inégalités, Paris : La Découverte, 2008 : 128p

On peut ainsi mesurer au sein d'une société un « gradient de santé » : il existe des différences d'états de santé d'un individu en fonction de sa position sociale. Celle-ci est définie comme la position d'un individu au sein de l'échelle sociale regroupant les déterminants sociaux suivants : éducation, profession, niveau de revenus ; mais aussi niveaux de ressources matérielles, comportementales et psychosociales et expositions à certains facteurs de risque.

L'enjeu des politiques publiques en matière de réduction des inégalités de santé est d'agir sur les déterminants sociaux. Afin d'agir sur les ISS, il est intéressant d'élargir le domaine d'action des politiques de santé traditionnellement ciblées sur la question de l'accès aux soins des plus défavorisés par une approche intersectorielle, en associant autant que faire se peut la participation des populations.

Une étude du baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) 2005 concernant les attitudes, perceptions et comportements de santé indique que ce sont les personnes les plus défavorisées socialement qui adoptent le moins de comportements individuels favorables à leur santé.

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST)⁴ a fait de l'Agence Régionale de Santé (ARS) le pilote de l'animation en région des politiques de santé et notamment de la déclinaison des programmes nationaux de prévention, selon les modalités de la loi du 9 Août 2004⁵. Désormais au cœur du dispositif de planification sanitaire et médico-sociale, les ARS ont également repris les attributions des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP). Elles deviennent donc un acteur majeur de la programmation des actions de prévention, à travers l'élaboration des Schémas Régionaux de Prévention (SRP).

Face à l'enjeu que représentent les ISS en France, il convient de s'interroger sur la manière dont les ARS intègrent les connaissances actuelles en la matière dans l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé. Nous nous proposons, dans les pages suivantes, de tenter de répondre à cette question en faisant un état des lieux de l'actualité sur ce sujet, complété d'une enquête de terrains auprès d'interlocuteurs représentatifs des échelons national, régional et local.

⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au Patient, à la Santé et au Territoire

⁵ Loi n°2004-806 relative à la santé publique

I. L'ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES FACTUELLES ET THÉORIQUES SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

A. LES DIFFÉRENTES APPROCHES SUR L'ORIGINE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Depuis le début des années 80⁶, les connaissances, recherches et modèles ont fortement progressé et expliquent en quoi les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé par divers mécanismes en interactions.

Pour comprendre ces mécanismes, il convient d'aborder les différentes approches et modèles qui existent afin d'identifier la part respective des différents déterminants sociaux dans la survenue d'inégalités sociales⁷.

L'approche éco-sociale de DAHLGREN et WHITEHEAD porte sur trois niveaux d'expression des déterminants sociaux : l'individuel, l'environnemental et le social. Les individus tendent à incorporer différents aspects de leur contexte de vie et de travail qui interagissent de façon directe et synergique entre exposition, susceptibilité et résistance à la maladie. Les effets cumulés dans le temps de l'exposition à ces facteurs fragilisent la santé et impactent en retour la situation sociale.

Le modèle de stratification sociale et genèse de la maladie, de DIDERICHSEN et HALLQVIST met l'accent sur la façon dont les contextes sociaux génèrent une stratification sociale et affectent les individus en fonction de leur position sociale. Les facteurs structurels issus de l'organisation sociale (pouvoir, richesse, risques, politiques, emploi...) produisent une stratification des positions sociales qui génère à son tour une exposition différenciée aux risques et à des conditions défavorables pour la santé.

Le modèle de MACHENBACH porte quant à lui sur les mécanismes qui génèrent des inégalités par effet de sélection ou par relation de cause à effet. Dans cette théorie, il existe un lien entre l'état de santé dans l'enfance et celui à l'âge adulte. La façon dont les problèmes de santé à l'âge adulte affectent la situation socio-économique est prise en compte.

⁶ (Black Report paru en GB en 1982 est l'un des premiers à mettre en évidence le lien entre la position sociale d'un individu et son état de santé) - Réf : Black D., Townsend P. et Davidson N. : Inequalities in Health. The Black Report. Londres. Penguin Books 1982

⁷ Anne GUICHARD et Louise POTVIN, *Pourquoi faut-il s'intéresser aux ISS ?* Réduire les inégalités sociales en santé, INPES, 2010

Le modèle des influences multiples (Lifecourse model) explique comment les ISS résultent d'expositions multiples et différentielles à certains risques (environnementaux, psychologiques et comportementaux), dès le plus jeune âge. Il met l'accent sur les effets à long terme des événements précoces et insiste sur le processus cumulatif de deux effets : l'amplification des risques et des effets dans un contexte social défavorable ajouté à une augmentation ou un maintien des inégalités dans les sociétés (plus on est haut dans l'échelle sociale, plus on profite des mesures sociales et politiques de redistribution des ressources).

Enfin, **le modèle PATHWAY (OMS, 2008)**, élaboré par la Commission des Déterminants Sociaux de Santé (CDSS) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est le plus élaboré actuellement pour expliquer la genèse des ISS. L'OMS met en effet l'accent sur « les causes des causes » des ISS en illustrant la façon dont elles agissent sur d'autres facteurs intermédiaires et successifs pour déterminer les différents états de santé au sein des populations.

Dans ces modèles, les déterminants sociaux sont modifiables et généralement structurés en différents niveaux : les **déterminants proximaux et distaux**. Les premiers sont en lien avec les comportements de vie (facteurs de risque), les seconds avec l'environnement économique et social d'un individu au niveau communautaire et national. Ces déterminants influencent ainsi les changements de comportements. L'ensemble de ces modèles tente donc d'identifier des causes allant au-delà de facteurs de risque comportementaux et sur lesquels des politiques publiques peuvent agir avec un impact sanitaire plus large. Il est identifié que les ISS résultent d'un ensemble de déterminants comme l'accès aux soins, les différences de comportement à risque, les conditions socioéconomiques, à savoir « *les conditions matérielles de vie, l'accès à l'emploi, les conditions de travail et l'insertion à la vie sociale* »⁸.

Ces modèles indiquent ainsi que pour agir sur les ISS, il est impératif d'élargir le domaine d'action des politiques de santé. En effet, l'écueil serait de penser que pour réduire les ISS, il suffirait d'agir sur la question de l'accès aux soins des plus défavorisés. Une approche intersectorielle est le plus souvent recommandée, en s'assurant de l'implication des populations ciblées.

⁸ Anne GUICHARD et Louise POTVIN, *Pourquoi faut-il s'intéresser aux ISS ? Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES, 2010

Tout l'enjeu est de faire bénéficier de façon équitable chaque strate sociale des effets potentiels d'une politique de prévention des risques visant à améliorer l'état de santé de la population en général, sans que celle-ci n'accroisse les ISS.

B. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE : UNE PRISE DE CONSCIENCE MONDIALE PROGRESSIVE

Depuis la Déclaration d'Alma Ata 1978 qui proposait le slogan « *La santé pour tous en l'an 2000* », les organisations nationales et internationales sont incitées à poursuivre des objectifs d'équité en matière de santé. En 1986, la première conférence internationale pour la promotion de la santé, aboutissant à la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé, énonce une série d'engagements de la part des Etats signataires en se fondant sur un principe de justice sociale en matière de santé.

Depuis le début des années 90, des études menées par la Commission Européenne en matière de santé⁹ ont permis de mettre en évidence les ISS dans l'ensemble des pays européens et d'en comprendre les causes liées tant à des facteurs de risques qu'à des déterminants sociaux. Les travaux européens ont également contribué aux fondements de l'appel lancé en 2009 par la CDSS de l'OMS aux différents gouvernements pour instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération.

Ainsi, afin de répondre aux inquiétudes grandissantes concernant la persistance et l'aggravation des inégalités, l'OMS a constitué en 2005 la CDSS afin de réunir des éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé et de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action. Ces recherches ont porté sur les facteurs sociaux qui déterminent la façon dont les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces travaux se basent sur l'idée que les inégalités de santé résultent d'interactions complexes entre différents facteurs présents aux niveaux mondial, national et local. Il est à noter que la France ne faisait pas partie des Etats membres ayant participé aux travaux de la Commission.

Au cours de la dernière décennie, certains pays ont expressément identifié la réduction des ISS comme un objectif prioritaire de leur système de santé, corollaire d'un

⁹ Ces programmes émanent de l'Université Erasmus de Rotterdam : l'un à l'initiative d'épidémiologistes, le projet du EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, suivi du projet Eurothine, dirigés par Johan Mackenbach et Anton Kunst ; l'autre à l'initiative d'économistes, le projet Equity, dirigé par Eddy Van Doorslaer et Andrew Jones

objectif d'augmentation de la santé de la population. Ces expériences montrent que **la surveillance et l'accumulation des connaissances** sur les causes des ISS constituent un préalable à l'élaboration de programmes nationaux de santé.

Ainsi en **Grande-Bretagne**, dès 1980, le Rapport Black suivi du Rapport Acheson (1998) soulignent le rôle des déterminants sociaux et l'importance des politiques de réduction de la pauvreté et des inégalités de revenus. A partir de ces recommandations, un plan de lutte contre les ISS comprenant des objectifs quantifiés a été élaboré.

Aux **Pays-Bas**, un premier programme de recherche lancé en 1989 a permis de définir quatre grandes stratégies pour réduire les ISS. Puis, sur la base d'un programme expérimental mené entre 1995 et 2001, des objectifs quantifiés et des recommandations ont été définies dans un rapport remis au parlement fin 2001.

Par ailleurs, la réduction des ISS dépasse largement le périmètre du système de santé et appelle l'implication d'une **action interministérielle** coordonnée. Depuis 2004, le gouvernement britannique a réaffirmé l'objectif général de réduire les inégalités de santé et d'inclure systématiquement cet objectif dans les politiques de santé. Il s'agit de mener une **politique transversale** qui mobilise l'ensemble des ministères pour agir en amont des problématiques sociales. Cependant, des actions de prévention sont également menées plus particulièrement en direction des populations vulnérables.

Dans un souci de **développer des stratégies intégrées d'actions sur les déterminants sociaux de santé**, la CDSS de l'OMS recommande de soutenir des modèles novateurs de gouvernance publique dépassant les modes plus traditionnels de coopération intersectorielle.

En **Suède**, il ne s'agit pas d'une politique explicitement centrée sur les ISS, mais plutôt d'une politique de santé publique, imprégnée d'objectifs d'équité. Elle se réfère à la notion de justice sociale et à l'idée que la santé est une condition pour que chacun puisse exercer pleinement sa citoyenneté. Il s'agit de formuler des objectifs en termes de déterminants plutôt qu'en termes de résultats de santé, très en amont du système de soins et de prévention.

A **Genève**, l'évaluation d'impact sur la santé est utilisée comme un outil de promotion des politiques publiques favorables à la santé dans la mesure où elle introduit les questions de santé dans d'autres politiques sectorielles à l'occasion de la prise de décision politique.

Dans certains pays, l'échelon local est considéré comme le lieu privilégié de l'intervention de santé publique pour réduire les ISS.

A **Montréal**, une approche concertée de lutte contre les inégalités est fondée sur l'idée d'une démocratie sociale participative ou « empowerment ».

En **Belgique**, la Fondation Roi Baudouin a dressé un état des lieux des inégalités sociales aboutissant à la formulation de recommandations. La lutte contre les ISS peut donc être initiée au niveau local, le lobbying étant utilisé pour attirer l'attention des décideurs et les convaincre d'agir. Selon Olivier Gillis et Raf Mertens¹⁰, les principaux facteurs de succès de ces actions font référence à trois concepts-clés dans la compréhension des ISS : l'accessibilité culturelle qui met l'accent sur l'importance de la compréhension réciproque entre les promoteurs de la santé et le public cible, l'empowerment qui traduit la prise en charge de l'individu par lui-même et le réseau social de qualité qui implique, pour tout individu, d'être soutenu en cas d'accident de la vie.

C. L'EVOLUTION DE LA PRISE EN COMPTE DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN FRANCE

Malgré quelques données relatives à l'existence d'un gradient social dès les années 1970¹¹, il faut attendre le **XXIème siècle pour voir la France reconnaître le problème des ISS**. Dans les années 1980 – 1990¹², les politiques axées sur les inégalités sociales étaient essentiellement réduites à la lutte contre l'exclusion et à ses conséquences. L'objectif de la politique générale de santé était d'améliorer l'état de santé de la population française et de renforcer l'accès aux soins. A la fin des années 1990, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) préconise la mise en place des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Ces programmes sont des outils permettant une action multisectorielle sur les ISS et sur les déterminants de santé.

Aujourd'hui, **la notion d'ISS est encore prise en compte de façon parcimonieuse dans les politiques publiques**. En effet, la loi de santé publique de 2004 cible la notion d'ISS mais se focalise sur l'augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de précarité¹³. Les ISS concernent pourtant tous les niveaux de la hiérarchie sociale.

¹⁰ Gillis O., Mesures concrètes de réduction des inégalités sociales de santé : quelques exemples européens, MC-Information, 2008

¹¹ Desplanques G. « A 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manœuvres 34 seulement », revue Economie et statistiques, 1973.

¹² En 1987, le rapport WRESINSKI insiste sur l'importance des déterminants sociaux dans les ISS.

¹³ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. L'objectif 34 de cette loi préconise en effet de « réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires ».

Le début des années 2000 a vu naître le nouvel outil des Ateliers Santé Ville (ASV), dont la déclinaison est territoriale et dans une logique de transversalité. L'objectif est de développer des actions durables et adaptées aux besoins locaux.

Bien que la France n'ait pas participé aux travaux de la CDSS, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi dite HPST) souhaite renforcer la lutte contre les ISS en conférant cette mission aux nouvelles ARS, notamment à travers les schémas régionaux de prévention. Dans ce cadre, le HCSP «*propose d'inscrire, dans la prochaine loi de la santé publique, l'objectif explicite de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé...*»¹⁴. Pour cela, l'analyse des déterminants sociaux de santé et des ISS en France est primordiale, pour pouvoir ensuite adapter des outils efficaces à cette lutte.

En France, **les ISS se constatent essentiellement par rapport au niveau de vie et d'éducation**. Ainsi, le revenu et le diplôme sont deux grands facteurs qui s'articulent selon des combinaisons différentes parmi les catégories socioprofessionnelles, laissant présager un gradient social à tous les niveaux de la hiérarchie sociale. Cependant, les ISS augmentent d'autant plus que les écarts entre les actifs qui ont un emploi rémunéré et ceux qui ne travaillent pas s'accroissent aujourd'hui.

Les ISS se retrouvent également dans l'accès aux soins. Malgré son système de protection sociale envié, la France connaît des disparités flagrantes d'accès aux soins. Son système lui-même est source d'inégalités puisqu'il ne prend pas suffisamment en compte la dimension sociale des problèmes de santé¹⁵. S'il concerne toutes les catégories sociales, le renoncement aux soins¹⁶ touche plus fréquemment les catégories modestes, en particulier

¹⁴ INVS, BEH Inégalités sociales de santé, mars 2011, N° 8-9 et Rapport du Haut Conseil de la santé publique, Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Décembre 2009

¹⁵ En effet, les dépenses de santé directement payées par les ménages sont deux fois plus élevées chez les cadres supérieurs que chez les ouvriers (actes du colloque « Réduire les ISS » du 11 janvier 2010, intervention de Christian BAUDELLOT, Ecole Normale Supérieure).

¹⁶ Ce renoncement dépend de la couverture sociale des patients puisqu'il est de 30 % pour les personnes sans couverture complémentaire, 21 % pour les bénéficiaires de la CMU-C, contre 14 % pour les personnes qui bénéficient d'une couverture privée (constat réalisé par le syndicat de la médecine générale lors de propositions du SMG dans le cadre d'une discussion conventionnelle le 5 avril 2011). Il s'explique par plusieurs raisons : le prix des consultations et le reste à charge de plus en plus élevé, les inégalités territoriales caractérisées par de fortes disparités de densité médicale et d'établissements hospitaliers entre les régions, l'accessibilité à l'information médicale et les relations entretenues entre les patients et les médecins...

celles dont les revenus dépassent de peu le seuil de la couverture médicale universelle (CMU).

Par ailleurs, **les ISS s'expliquent aussi en grande partie par les conduites et les comportements des individus**, lesquels sont déterminés par les contraintes qui découlent de l'environnement professionnel, social et culturel du milieu. Les personnes issues des classes supérieures ont une attitude de prévention face au risque de maladie, que ce soit dans leur mode de vie au quotidien¹⁷ ou dans le cadre de consultations régulières auprès de professionnels de santé. Au contraire, dans les classes populaires, il est constaté une prévalence plus élevée des principaux facteurs de risque comportementaux (tabac et alcool), avec des expositions plus fréquentes à des facteurs de risque professionnels (produits toxiques cancérogènes) et environnementaux.

Ces surexpositions se caractérisent aussi par l'inégale distribution des pathologies sur le territoire français. En effet, l'incidence des cancers forme un croissant de surmortalité, allant de la Bretagne à la Lorraine, en passant par la Normandie, le Nord Pas-de-Calais et la Picardie. Ce sont aussi les régions où les taux de chômage et de suicide sont élevés.

Les effets des campagnes de lutte contre les pratiques à risque sont donc variables selon les milieux sociaux. Si elles influencent réellement les comportements des personnes issues de milieux favorisés, qui les écoutent, les intègrent et modifient leur consommation, les classes populaires y sont moins réceptives. Ne changeant pas leurs pratiques, elles subissent ainsi les hausses du prix du tabac, ce qui renforce d'autant plus les inégalités sociales. Ces inégalités se trouvant enracinées dans des contextes économiques et sociaux, ce n'est pas la qualité des campagnes anti-tabac qui permet de réduire les effets des déterminants sociaux, mais l'amélioration des conditions de travail ou d'existence. Cette analyse sur les origines des inégalités sociales en matière de santé en France montre clairement qu'elles sont pour la plupart extérieures au champ de la santé, nécessitant ainsi une intersectorialité et une coordination dans les outils et actions chargés de les réduire.

Combattre les ISS demande une action intersectorielle, ce qui, au lendemain de la grande réforme des politiques publiques, est un véritable défi. Les secteurs du social et du sanitaire sont maintenant pilotés par deux institutions différentes : les ARS et les directions régionales et départementales de la cohésion sociale (DRJSCS et DDCS / DDCSPP). La lutte contre les ISS dans leur globalité nécessite d'aller au-delà de cet aspect

¹⁷ Alimentation équilibrée, pratiques sportives, moins de pratiques addictives...

pour prendre en compte tous les déterminants sociaux, ne relevant pas forcément uniquement du secteur sanitaire. Pour cela, quelques outils préexistants ou à mettre en œuvre sont intéressants à étudier.

Si des actions existent déjà au travers des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ou des Ateliers Santé Ville (ASV) ; un nouvel outil, le Contrat Local de Santé (CLS) devrait permettre la mise en place de politiques plus en lien avec les territoires et l'identification de façon plus précise des situations populationnelles ou territoriales.

Par ailleurs, un important travail de conviction¹⁸ vis-à-vis des professionnels de santé permettant une homogénéisation des pratiques et de l'accès aux soins primaires viserait à réduire les hétérogénéités de prise en charge, et donc sans doute les ISS.

L'efficacité de ces projets dépend d'une concertation pluridisciplinaire. Pour cela, les Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie (CRSA) sont des lieux permettant de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés, de développer la promotion de la santé et de faire jouer l'intersectorialité. Après un an de fonctionnement des ARS, il est intéressant de voir concrètement comment ces outils s'inscrivent dans la programmation des actions de prévention et de promotion de la santé. En effet, la lutte contre les ISS est un défi pour les ARS qui doivent surmonter les cloisonnements entre la santé, le médico-social et le social.

II. LA METHODE DE RECHERCHE UTILISEE ET LA DYNAMIQUE DE GROUPE

A. LA METHODE ORGANISATIONNELLE ET LOGISTIQUE

Après une présentation générale effectuée par notre animateur, Eric BRETON, nous avons échangé dans un esprit constructif, partageant nos expériences professionnelles antérieures afin de croiser nos regards sur la thématique des ISS. En effet, notre groupe pluridisciplinaire, composé de représentants issus de concours internes et externes, présentait un riche éventail de compétences et expériences. Néanmoins, au regard de la thématique étudiée : l'impact des programmes de prévention sur les inégalités sociales de santé en ARS, le niveau de connaissance individuel était très variable. Un temps

¹⁸ Contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), développement des centres de santé, des maisons pluridisciplinaires, implantation des médecins par secteurs, ...

d'appropriation du sujet a été un préalable nécessaire. La gestion logistique a été assurée par deux personnes afin d'assurer l'interface technique avec l'EHESP permettant de faciliter les déplacements des membres du groupe en régions.

B. L'ORGANISATION DES RENCONTRES AVEC DES PROFESSIONNELS

En complément d'une revue de littérature, le sujet étudié a nécessité une démarche exploratoire, orientée principalement vers des entretiens avec des professionnels experts dans le domaine de la programmation des actions de prévention et de promotion de la santé. Les objectifs fixés étaient les suivants : interroger les interlocuteurs sur leurs perceptions de la problématique et de ses enjeux, les partenariats qu'ils entretiennent entre eux, les stratégies qu'ils développent par rapport à la problématique.

Nous avons souhaité rencontrer un panel diversifié de professionnels en ARS (dans quatre régions différentes) et en délégation territoriale, des acteurs locaux exerçant en ASV, ainsi que des acteurs significatifs au plan national (Direction Générale de la Santé et Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé).

LES INTERLOCUTEURS RENCONTRES

- *A l'échelon national*

INPES : Mme MOQUET, Responsable Département qualité et labellisation ; Docteur GUICHART et M. BENMARNHIA, chargés d'expertise scientifique

DGS: Docteur PRISSE, Médecin Inspecteur en Santé Publique (MISP), en charge du dossier santé et précarité

- *A l'échelon régional*

ARS Haute Normandie : Docteur COUSSENS, responsable du pôle prévention et promotion de la santé et M. MERCHI, chargé de mission PRAPS

DRJSCS Haute Normandie : M. PAIN, Directeur du pôle insertion cohésion sociale, en charge des CUCS

ARS Basse Normandie : Mme LETOUZEY, IASS Coordinatrice du département prévention, promotion de la santé et éducation thérapeutique

ARS Bretagne : M. MOHANU, IASS Coordinateur PRAPS, référent régional santé et précarité

ARS Centre : Docteur DAOUYA ROY, Département prévention et promotion de la santé, médecin conseil pôle d'expertise médicale

- *A l'échelon local*

Direction Territoriale Ile-et-Vilaine de l'ARS Bretagne : Dr EPAILLARD, Médecin inspecteur de Santé Publique

Direction Territoriale Seine-Saint-Denis de l'ARS Ile-de-France : Docteur GINOT, Conseiller technique sur les ISS et les contrats locaux de santé

ASV Rennes : Mme TYRANT, responsable du service promotion santé territoire

1. Les contraintes prises en compte

Compte-tenu de la non-anticipation des prises de contact, les rendez-vous ont été difficiles à obtenir. Ainsi, des personnes ressources essentielles n'ont pas pu être rencontrées. A titre d'exemple, l'interlocuteur pertinent en ARS Bretagne n'a pu se libérer pour des raisons de calendrier, nous avons donc mené un entretien avec un inspecteur de l'action sanitaire et sociale en poste depuis avril seulement. A l'INPES, il a été impossible d'organiser une rencontre avec la directrice adjointe, celle-ci n'étant pas disponible dans des délais aussi restreints. Par ailleurs, certains rendez-vous ont été pris dans l'urgence, ne laissant pas le temps aux interlocuteurs de se préparer.

Le groupe a dû mobiliser ses ressources propres et fait preuve d'une grande énergie pour obtenir des entretiens, indispensables à l'avancée de notre recherche. Les contacts par mails et téléphone ont été pris au fur et à mesure en activant les propres réseaux professionnels des membres des groupes afin d'obtenir des rendez-vous dans des délais raisonnables, compte-tenu des impératifs de calendrier.

Par ailleurs, l'accompagnement de notre travail a laissé place à une certaine liberté donnant lieu à une autonomie importante.

Après une reformulation de la problématique exposée au départ, recommandant de se centrer exclusivement sur les programmations en ARS, nous avons fait le choix d'explorer de façon complémentaire les actions aux plans national et local.

En effet, un colloque sur la thématique des ISS, organisé sous l'égide de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris, nous a confortés dans l'idée que l'enjeu de la réduction des ISS était crucial pour les agences régionales de santé. Malheureusement, nous n'avons pu ni participer, ni accéder aux actes de ce colloque. Ce qui aurait pu nous permettre d'ancrer notre recherche dans une actualité et favoriser des contacts avec d'autres experts.

2. L'élaboration de grilles d'entretien

Les grilles d'entretien (Annexe 1) ont été élaborées à partir d'un socle de thèmes communs. Ils portaient sur les actions de prévention et de promotion de la santé suivies par Module interprofessionnel de santé publique 2011 – Groupe 5

les acteurs interrogés, la prise en compte des déterminants de santé dans leur programmation et les partenariats existants ou à construire avec les ARS dans ce domaine.

3. Le déroulement du calendrier

Les entretiens à visée exploratoire se sont déroulés à partir de la première semaine de recherche et tout au long de la deuxième semaine. Ils ont été réalisés au regard de l'intérêt des institutions choisies pour le sujet traité et des contacts dont disposaient les membres du groupe. La troisième semaine a été consacrée aux travaux de restitution, analyse et rédaction finale.

4. La répartition des entretiens et des lectures

Ces entretiens nous ont permis de cibler la problématique et d'exploiter les données à partir du recueil d'informations auprès de professionnels, susceptibles de nous apporter un éclairage sur la question de recherche. Les lectures, en permettant un ancrage de concepts théoriques, ont par ailleurs enrichi nos débats en groupe.

C. L'EXPLOITATION ET LA MISE EN FORME DES INFORMATIONS DISPONIBLES ET RECOLTEES

1. La lecture de la littérature

Une revue documentaire a été réalisée à partir d'un dossier documentaire de synthèse transmis par notre animateur. Nous avons ajouté à cette bibliographie d'autres documents issus des recherches effectuées par chacun des membres du groupe.

2. Le suivi des travaux

Les travaux de rédaction ont été réalisés en sous-groupes thématiques, avec des temps réguliers de rassemblement, afin de permettre à chacun une expression et une complémentarité entre les avancées des sous-groupes thématiques.

3. L'exploitation des données

Cette étape a donné lieu à des débats intéressés, portant sur des approches complémentaires, parfois opposées. L'écoute et le respect des différents points de vue ont primé tout au long de ce travail de recherche, permettant à chacun d'élargir le champ de connaissances de la problématique posée au départ.

4. La dynamique du groupe

La mobilisation des ressources du groupe a facilité les prises de contacts : expériences en ARS, stages, collaboration auprès de professionnels experts, etc....

Par ailleurs, la dynamique de groupe mise en œuvre a fonctionné de façon constructive, permettant à chacun une meilleure appréhension du champ de compétence de l'autre et a favorisé l'enrichissement des connaissances à partir d'une problématique initiale. Chaque membre a extrait de ce travail commun une expérience porteuse de réinvestissement dans son exercice professionnel futur.

III. LES RESULTATS ET L'ANALYSE

A. LES ORIENTATIONS NATIONALES EN MATIERE DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE GUIDENT L'ACTION LES ARS

« La problématique des ISS est en train d'irriguer, de se diffuser et d'imprégner tous les acteurs au niveau local et régional »¹⁹.

L'action des ARS s'inscrit dans un cadre législatif national. La loi de Santé Publique de 2004 qui établit le cadre général, ne cite pas explicitement les ISS mais certains objectifs de cette loi peuvent contribuer à les réduire. Par exemple, l'objectif 34 préconise de « réduire les inégalités devant la maladie et la mort [...] ». Afin de faire évoluer la situation en France, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a recommandé, en décembre 2009, d'intégrer dans la loi de Santé Publique n°2 la lutte contre les ISS comme un axe majeur. L'objectif du rapport du Haut Conseil était de susciter une prise de conscience visant à élargir la problématique des ISS d'une approche ciblée sur les populations démunies et précaires vers un gradient continu « qui traverse la société dans son ensemble ».

Par ailleurs, le décret du 18 mai 2010 relatif au Projet Régional de Santé (PRS)²⁰ impose l'élaboration d'objectifs de lutte contre les ISS.

De plus, dans la trentaine de plans nationaux pilotés par la DGS et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), des mesures, objectifs ou axes peuvent être rattachés à la prévention des ISS (Exemple : Plan Cancer 2009-2013, dans l'axe Prévention/dépistage, mesure 14 « Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage »).

¹⁹ Entretien à la DGS

²⁰ Décret n°2010-514

En outre, le Plan National Santé Environnement 2 (PNSE 2) intègre comme axe stratégique la réduction des inégalités environnementales, qui font partie des déterminants de santé impactant les ISS. Le PRSE 2 est, quant à lui, axé sur l'habitat indigne.

Enfin, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclus entre le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et les ARS, garantissent la conformité des actions menées en matière d'ISS par les ARS avec les textes nationaux, tout en les adaptant au contexte régional. Cependant, même s'il existe aujourd'hui un corpus de textes législatifs en matière d'ISS, les ARS sont en attente d'une politique générale clairement affichée de réduction des ISS.

B. LA REALISATION D'UN DIAGNOSTIC REGIONALISE EST UN PREALABLE NECESSAIRE A L'ACTION DES ARS EN MATIERE D'INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Afin de légitimer les actions menées, il est important que les acteurs de la promotion et de la prévention de la santé puissent fonder leurs interventions sur un diagnostic local de l'état de santé de la population permettant d'identifier les besoins. Les données actuellement disponibles concernent essentiellement des indicateurs socioéconomiques et n'offrent pas une vision exhaustive des ISS sur un territoire. Pourtant, l'existence d'un diagnostic partagé semble indispensable à l'élaboration du schéma de prévention par l'ARS.

Les acteurs rencontrés dans les différentes ARS nous ont fait part de sources d'informations diverses utilisées pour réaliser l'état des lieux des ISS en région. Les données recueillies comportent systématiquement une approche territoriale et parfois une approche populationnelle. Les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) jouent un rôle-clé dans la collecte et la synthèse des données, qui aboutissent à l'élaboration d'outils variés.

L'ARS Haute-Normandie s'est basé sur le diagnostic territorial de santé de l'ORS (Annexe 2) pour élaborer les différents éléments du PRS. Ce diagnostic comprend un chapitre consacré aux inégalités socio-sanitaires, qui flèche des gradients territoriaux des inégalités sociales de santé selon une analyse multifactorielle et permet de constater que les indicateurs socio-sanitaires de la Haute-Normandie sont défavorables comparativement au niveau national.

Dans le cadre des travaux préparatoires à la rédaction du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), en sus des groupes de travail thématiques issus des orientations nationales (Santé mentale, Maladies chroniques, Addictions, Périnatalité- petite enfance, Handicap et

vieillesse, Risques sanitaires), l'ARS Haute-Normandie a constitué un groupe de travail transversal chargé de mener la réflexion globale sur l'accès à la santé et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (Annexe 3).

Avant la réalisation du PSRS de **Basse-Normandie**, un Atlas de la santé sur le territoire régional a été réalisé à partir de données existantes fournies par l'ORS et l'INSEE. Cet Atlas est composé de deux chapitres : le premier a pour objectif de favoriser l'identification des inégalités infra régionales de santé, à partir des indicateurs socio-économiques et de mortalité. Le second chapitre, intitulé « ressources statistiques et cartographiques », est composé de cartes et de tableaux présentant l'ensemble des indicateurs disponibles.

Ce diagnostic a permis de définir dix-neuf agrégats territoriaux et a ciblé les territoires aux populations les plus précaires. L'Atlas servira à tous les schémas et définira les lieux d'intervention de l'ARS Basse-Normandie en termes d'inégalités sociales de santé. En parallèle de l'approche par territoire, l'ARS de Basse-Normandie souhaite avoir une approche par population vulnérable. Un poste de chargé de mission a ainsi été créé afin de recenser les associations intervenant sur le territoire auprès des personnes particulièrement confrontées aux inégalités sociales de santé.

L'**ARS Bretagne** base ses travaux sur une étude permettant d'adapter l'offre de santé aux territoires, appelé *L'état de santé de la population en Bretagne*, réalisé par l'ORS Bretagne en septembre 2010 (Annexe 4).

L'**ARS Centre** se base sur les études existantes et a également commandé à l'ORS Centre une étude sur *Les inégalités cantonales de santé*, qui recense les disparités entre les profils sociaux, les tranches d'âge, la morbidité, la mortalité...

Actuellement, les acteurs réfléchissent à d'autres outils de mesure pour affiner leur diagnostic. Certains croisements de données sont déjà à l'expérimentation dans le cadre des études menées par l'ORS Centre : notamment le croisement mortalité par suicide versus classes d'âges et catégories socioprofessionnelles. L'un des enjeux de ces études est de ne pas faire doublon avec l'élaboration d'indicateurs croisant diverses données, en cours au niveau national.

L'ARS Centre finance beaucoup d'associations dans le cadre d'appels à projet mais est dans l'incapacité de cerner le périmètre d'intervention de chacune. Pour remédier à cette difficulté, l'ARS Centre vient d'acheter l'outil OSCARS élaboré par la région PACA pour

permettre de cartographier les périmètres de population et d'action. Cet outil a également été vendu à la région Pays-de-la-Loire.

L'année 2011 constitue une étape importante pour les ARS, qui doivent avoir élaboré les différents éléments constitutifs du Projet régional de santé (PRS) pour la fin de l'année. Dans ce contexte, la mise à disposition d'éléments de constat socio-sanitaire a constitué un préalable indispensable à la réflexion stratégique.

C. LA PRISE EN COMPTE DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS LES STRATEGIES DEVELOPPEES PAR LES ARS

1. La prise en compte des ISS dans les politiques de santé des ARS

Dans son document de synthèse issu de la réflexion globale sur l'accès à la santé et la lutte contre les inégalités sociales (Annexe 3), l'**ARS Haute-Normandie** stipule :

« La création de l'ARS doit permettre de proposer une politique de santé fondée sur une vision non plus sectorielle mais transversale des besoins de santé (prévention / soins / médico-social), adaptée aux besoins des territoires. Cette approche globale des problématiques de santé combinera des mesures à destination des populations les plus vulnérables avec un travail de fond dans les territoires sur les déterminants de santé :

- *déterminants socio-économiques et environnementaux,*
- *comportements individuels,*
- *système de santé.*

Le développement de l'animation territoriale par l'ARS doit permettre :

- *d'améliorer la connaissance et la détermination des territoires socialement fragiles prioritaires (urbains et ruraux) ;*
- *de mieux articuler les politiques dans ces territoires, de manière à favoriser l'accès équitable aux services. ».*

Deux priorités sont déterminées :

- Améliorer l'accès à la santé de la population générale en renforçant l'offre de santé de premier recours dans les territoires présentant une offre de prévention et de soins déficitaire,
- Réduire les inégalités d'accès à la santé des populations vulnérables.

Pour impulser une dynamique en matière d'inégalités sociales de santé, l'**ARS Basse-Normandie** a créé une commission de coordination en prévention, qui s'est déjà réunie trois fois, afin de recenser l'ensemble des dispositifs mis en place par les différents acteurs régionaux, qui ont présenté leurs plans d'actions en prévention. Suite à l'état des lieux réalisé, la commission souhaite procéder à un appel à projets commun entre les acteurs, destiné à rendre l'action en matière de prévention plus cohérente (réduction des interventions redondantes) et plus efficiente (optimisation des financements).

La création d'un poste spécialement dédié au pilotage de la prévention en avril 2011 témoigne de la prise de conscience forte de l'**ARS Bretagne** en matière de prévention.

Les priorités retenues par l'ARS Bretagne en matière de prévention suivent les orientations nationales du PRSP 2006-2010 :

- Réduire la mortalité évitable
- Promouvoir l'autonomie des personnes handicapées
- Garantir la qualité et l'efficacité des soins

Par ailleurs, l'ARS Bretagne n'a pas souhaité démultiplier les structures de concertation et a décidé de s'appuyer sur la commission des politiques publiques existante pour traiter des inégalités sociales de santé.

La réduction des ISS est un objectif transversal pour l'**ARS Centre**, décliné sur les trois schémas : offre de soins, offre médico-sociale et prévention. Il s'agit de garantir une cohérence de l'action. Dans la grille réalisée pour l'élaboration des schémas, l'accent est mis sur la notion de prévention, l'éducation à la santé et le caractère parcellaire du curatif. Il existe une transversalité sur tout le parcours patient depuis la promotion de la santé qui interpelle le contexte de vie, l'éducation à la santé et les différents types de prévention (primaire, secondaire), jusqu'au curatif. La réduction des ISS est le sujet central autour duquel les schémas sont autonomes mais comportent également pour chacun d'entre eux des actions spécifiquement dédiées. C'est le fil rouge de la lutte contre les exclusions.

2. Les méthodologies retenues pour l'élaboration des schémas de prévention

Les PSRS ont été validés dans la plupart des régions. La phase qui s'amorce actuellement concerne l'élaboration des autres éléments du PRS (Annexe 5), notamment du schéma régional de prévention (SRP) et le Programme Régional d'Accès à la Module interprofessionnel de santé publique 2011 – Groupe 5

Prévention et aux Soins (PRAPS). Ces deux outils de programmation sont des leviers pour développer la réduction des inégalités sociales de santé. Les schémas définissent les axes de travail et l'offre en santé sur le territoire. Les programmes spécifient ensuite les actions.

Les ARS ont défini leur méthodologie en s'appuyant sur *le Guide méthodologique du schéma régional de prévention*, édité par le Ministère de la Santé en novembre 2010. (Annexe 6). Il est par ailleurs important de noter qu'un groupe de travail regroupant les ARS du Grand Ouest se réunit régulièrement afin d'exposer et de croiser les expériences et les difficultés rencontrées dans cette démarche d'élaboration.

Dans chaque ARS, une structure dédiée à la prévention/promotion de la santé est chargée de la coordination de l'élaboration du SRP, au sein de laquelle un référent PRAPS est généralement désigné.

L'approche retenue par l'**ARS Haute-Normandie** pour la prise en compte des inégalités de santé au sein du schéma régional de prévention est territoriale ; elle se traduit par la mise en place de groupes de travail dans l'ensemble des quatre territoires de santé de la région (Rouen-Elbeuf, Dieppe, Le Havre, Evreux-Vernon), déclinés autour de quatre thématiques :

- Promotion de la santé, éducation pour la santé,
- Education thérapeutique,
- Repérage et dépistage,
- Vaccinations.

Les objectifs stratégiques du PRAPS – PRSP ont été définis par l'ARS Haute-Normandie en 2011 (Annexe 7), selon une double approche populationnelle (publics prioritaires) et territoriale :

- Mobiliser et rendre accessible les dispositifs de santé : prévention, droits et soins ;
- Développer la prévention et la prise en charge de la souffrance médico-psycho-sociale des jeunes de 16 à 30 ans ;
- Articuler le sanitaire et le social afin d'assurer une réponse globale à la personne démunie.

Une démarche similaire a été entreprise à l'**ARS Basse-Normandie**, où trois groupes de travail ont été constitués sur les thématiques suivantes :

- Prévention, promotion et éducation thérapeutique,
- Prévention sélective (dépistage du cancer, infections, vaccination),
- Périnatalité.

Les contraintes de délais ont amené les équipes de l'**ARS Bretagne** à être pragmatiques et à limiter leurs ambitions à des objectifs atteignables et réalistes, tout en ayant la volonté de monter en puissance au fur et à mesure des années et des retours d'expériences. Le travail sur l'élaboration du PRAPS est donc bien avancé, comme l'a indiqué l'interlocuteur rencontré, en charge de ce dossier. Pour ce premier PRAPS nouvelle génération, un axe fort et fédérateur ainsi qu'une méthode de travail ont été fixés.

- **Axe fédérateur choisi** : la thématique du logement. En effet, ce thème implique une continuité dans le suivi des personnes et concerne de multiples acteurs. Il est au cœur des problématiques de réduction des inégalités sociales de santé.
- **Méthode de travail** : un comité de pilotage a été constitué en interne et travaille en lien avec des partenaires extérieurs (DRJSCS, DREAL, DIRECCTE, ANAESM, Inspection académique, Direction de la cohésion sociale...).

La commission de coordination des politiques publiques va également constituer dans le futur, un comité technique qui travaillera plus étroitement sur le PRAPS et qui va débattre sur le thème choisi par le comité de pilotage.

- **Etat d'avancement et esprit de la démarche** :

Un état des lieux est tout d'abord en cours. Les délégations territoriales de l'**ARS Bretagne** sont directement impliquées dans cette démarche. Elles sont en charge des niveaux 1 et 2 de la démarche et sont associées à l'ensemble du dispositif. Elles traitent un thème chacune dans une approche régionale et non territoriale. Les cinq thèmes sont les suivants : nutrition, vie affective et sexuelle, santé mentale et prévention du suicide, addictions, accidents de la vie courante et santé des personnes en situation de précarité.

Ce diagnostic, actuellement en cours, a pour objectifs de :

1. Répertorier l'ensemble des appels à projets liés aux ISS sur l'ensemble de la région
2. Identifier l'ensemble des acteurs intervenant sur ces projets
3. Faire ressortir les points de convergence, les axes de travail mais également les champs non couverts par ces projets
4. Etablir une cartographie des dispositifs médico-sociaux d'accès aux soins : PASS, CARUD, Equipes mobiles de psychiatrie, Lits Halte soins, CHR... .

La Direction de la Santé Publique et Environnementale de l'**ARS Centre** (qui regroupe le département de la prévention et de la promotion de la santé et le département

de la veille et de la sécurité sanitaire) collecte les données issues des travaux des autres schémas. Le comité de pilotage du schéma de prévention est composé de trois médecins chacun spécialisé dans un domaine : PRAPS/PRIPI (Programme Régional d'Insertion Pour les Populations Immigrées), addictologie et cancer.

La création des ARS, en avril 2010, suscite un bouleversement culturel, en regroupant au sein d'une même structure des entités qui fonctionnaient séparément. Ce choc des cultures ne pourra pas être absorbé en un an et le calendrier national de la planification sanitaire impose de travailler dans l'urgence. La priorité des agences est donc l'organisation et la coordination des parties prenantes internes afin de répondre dans les temps aux objectifs stratégiques de l'année 2011. La mise en œuvre et l'évaluation des actions de terrain, notamment en matière de prévention des ISS, viendront ultérieurement et devront nécessairement être menées en associant l'ensemble des partenaires concernés.

D. TRAVAILLER EN PARTENARIAT S'AVERE ESSENTIEL A LA PRISE EN COMPTE DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS LA PROGRAMMATION DES ACTIONS DE PREVENTION PAR LES ARS

Les ARS ont développé de nombreux partenariats dans le champ de la prévention afin de permettre la programmation d'actions ciblées sur une réduction des inégalités de santé, qui prennent des formes multiples. Ces partenariats s'inscrivent dans le cadre global de la démarche nationale insufflée par les acteurs primordiaux que constituent l'INPES et la DGS et grâce à l'appui indispensable des acteurs de terrain, dont les ASV sont l'une des représentations.

1. Les partenariats du point de vue des acteurs rencontrés au niveau national

Pour lutter efficacement contre les ISS, les différents acteurs insistent sur l'importance d'une coordination et d'une intervention transversales. Or, l'organisation en « tuyaux d'orgue » par ministère s'avère inadéquate. Les relations avec les ARS sont naissantes et en co-construction.

Une volonté de décroisement et d'entrée dans l'intersectorialité existe. Pour preuve, le Comité national de santé publique, composé de représentants des différents ministères constitue un lieu d'échange et de travail sur les politiques interministérielles.

« La DGS se pose aujourd'hui comme chef de file de la sensibilisation, du rattrapage et du lobbying vis-à-vis des autres ministères »²¹. De plus, il est à noter que l'INPES est intervenu dans la formation des Directeurs Généraux d'ARS et la question des ISS a été abordée.

2. Les partenariats du point de vue des ARS

Dans le cadre des groupes de travail chargés de l'élaboration du schéma régional de prévention, l'ARS Haute-Normandie associe de nombreux partenaires : représentants des Réseaux locaux de santé publique (RLSP) et Ateliers Santé Ville (ASV), Education Nationale, Unité Territoriale d'Action Sociale (UTAS), Assurance Maladie, Caisse d'Allocation Familiale, opérateurs des champs de prévention : Institution Régional d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) et Agence Nationale de Prévention en Addictologie (ANPA), professionnels de santé libéraux, établissements de santé et représentants des PASS, établissements médico-sociaux, établissements sociaux et représentants des usagers...

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires (HPST), dispose que des programmes territoriaux de santé peuvent donner lieu à des Contrats Locaux de Santé (CLS) dans le cadre des Projets régionaux de santé (PRS). Ces contrats portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Ils ne se substituent pas aux ASV et aux RLSP, mais leur sont complémentaires, par la mise en commun de moyens et la détermination d'objectifs partagés entre les collectivités territoriales partenaires et l'ARS. La ville de Vitré située en **Bretagne** devrait finaliser son CLS à l'été 2011. Elle a bénéficié d'une dynamique politique ayant permis l'élaboration d'un programme de santé cohérent. Sur la base de cette expérience et des consignes nationales, le territoire breton a pu élaborer une méthodologie régionale des CLS.

La signature de deux contrats locaux de santé par an est un objectif du CPOM de l'**ARS Haute-Normandie** (en cours : Communauté d'agglomération du Havre, Vallée de la Bresle et Saint-Etienne-du-Rouvray, Communauté d'agglomération Seine-Eure).

En Basse-Normandie, une charte multipartenariale en prévention, associant plusieurs collectivités territoriales, a été signée. Cette initiative préfigure possiblement la signature d'un futur CLS.

²¹ Entretien DGS

L'ARS Haute-Normandie envisage, dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de prévention à venir, de nouvelles modalités de partenariats avec les opérateurs ASV/RLSP. Celles-ci se traduiront par la contractualisation avec les partenaires historiques sur la reconduction d'actions pérennes (sur la base du bilan de mise en œuvre du PRSP 2007-2010) et par des appels à projets pour pallier le déficit d'actions sur certains territoires et sur certaines thématiques.

En Basse-Normandie, le nombre d'appels à projets thématiques a été réduit de moitié pour cibler les interventions. Les opérateurs sont par ailleurs incités à se rapprocher pour présenter des projets communs, condition de l'obtention de financements. Ces évolutions ne sont pas sans conséquence sur le fonctionnement des associations concernées, ces nouvelles contraintes pouvant mettre en péril la pérennité des structures les plus fragiles.

En Haute-Normandie, une convention a été signée entre l'ARS, la DRJSCS et les DDCS, qui vise à clarifier et répartir les attributions en matière d'actions de santé publique.

La DRJSCS, partenaire incontournable des ARS en matière d'inégalités sociales de santé

La **DRJSCS Haute-Normandie** axe son intervention en matière de santé sur les populations en situation d'exclusion sociale, au travers de sa participation au financement des ASV qui s'inscrivent dans les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS). Les CUCS signés il y a trois ans ont été reconduits en début d'année 2011. Un diagnostic des actions menées par les ASV dans les quartiers prioritaires apparaît nécessaire à la DRJSCS pour déterminer les prochains programmes, notamment dans le cadre d'une redéfinition de la géographie des territoires concernés (ZEP, quartiers sensibles etc.). Cet état des lieux n'est envisageable qu'en partenariat avec l'ARS et les coordonnateurs des ASV et pourrait intervenir au cours de l'année 2012.

La DRJSCS Haute-Normandie, dans le cadre de la politique nationale « Le logement d'abord ! », met en œuvre l'accès au logement des populations en grande précarité, contribuant ainsi à agir favorablement sur un déterminant social dont on connaît les répercussions sur leur état de santé.

En regroupant au sein d'une même entité les champs sanitaire et médico-social, la réforme récente issue de la loi HPST scinde l'action sociale de l'action sanitaire. Or, la prise en compte des inégalités sociales de santé nécessite le rapprochement de l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, ce qui passe par un renforcement

des liens entre l'ARS et ses partenaires intervenant dans le champ social, notamment les structures déconcentrées de l'Etat.

3. Les partenariats du point de vue des acteurs rencontrés en DT et en ASV

La mise en place des ARS en 2010 a modifié les relations partenariales qui existaient auparavant entre les équipes des ASV, les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et sociale (DDASS) et les Directions Régionales de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS). Les acteurs de la promotion de la santé au niveau local se trouvent confrontés à un bouleversement de leur cadre d'intervention et des modalités de leur collaboration. La programmation des actions préventives par l'ARS doit en effet reposer sur un partenariat avec les acteurs locaux dont les conditions de réalisation sont à redéfinir.

Les ASV entendent rapprocher les acteurs de la politique de la ville et les professionnels de la santé afin d'élaborer des programmes adaptés au niveau local, si possible, avec la participation des habitants. La dynamique partenariale qui les anime permet d'initier des politiques publiques non sanitaires qui agissent favorablement sur les ISS. Les ASV sont donc reconnus par les délégations territoriales des ARS comme des outils d'articulation des politiques de la ville efficaces dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Les délégations territoriales des ARS doivent donner l'impulsion nécessaire à la réalisation des actions menées par les acteurs associatifs, les professionnels de la santé, les collectivités locales, ou par les ASV. En effet, sauf exception - absence d'acteurs locaux, thématiques non investies, innovations, etc.- l'ASV n'a pas vocation à initier des actions mais doit s'adapter au contexte local en consolidant les dynamiques à l'œuvre²². La mobilisation des partenaires associatifs et institutionnels oriente le choix des interventions. Il est donc indispensable que ce dispositif puisse s'appuyer sur l'ARS pour une coordination des actions menées par les différents acteurs de la promotion de la santé sur un même territoire.

Sur le territoire rennais, la mise en place progressive de groupes de travail avec l'ARS devrait permettre d'identifier les priorités et d'initier de nouveaux projets. Actuellement, le dispositif régional d'animation territoriale assure la coordination des différents acteurs. Les chargés de mission du service Promotion Santé Territoire jouent un

rôle de facilitateur au niveau du territoire pour accompagner les partenaires dans leurs projets de promotion de la santé en privilégiant une dynamique de réseau. L'articulation avec la DT permet à cette dernière de disposer d'informations précises sur les besoins des populations. Leur participation et leur degré d'implication dans l'élaboration des schémas produits par l'ARS restent à définir.

²² De l'Atelier Santé Ville au Plan local de Santé. Vers une consolidation des dynamiques territoriales en santé. Les Echos des Ateliers Permanents du CR-DSU (Centre de ressources et d'échanges pour le développement social urbain) N°7, Octobre 2010

Conclusion et perspectives

Il ressort des différents entretiens une volonté des ARS de prendre en compte les inégalités sociales de santé dans la programmation des actions de prévention, en particulier dans le schéma régional de prévention. La loi HPST fait de l'ARS à la fois le pivot et le moteur des actions de prévention en matière de santé au travers de son rôle de concertation et de rapprochement des partenaires. Pour mener à bien sa mission d'animation territoriale de la politique de prévention, elle doit formaliser ses liens avec les opérateurs de terrain via la contractualisation ou le lancement d'appels à projet. De plus, le nouvel outil représenté par les CLS apparaît pour les différents acteurs de la promotion de la santé comme pertinent pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Des limites sont néanmoins d'ores et déjà perceptibles. Le partenariat nécessaire avec les acteurs de la cohésion sociale paraît inabouti et impacte de ce fait l'expertise de l'ARS en matière d'inégalités sociales. De plus, les financements en matière de prévention sont en baisse. On peut citer l'exemple de la Haute-Normandie où la baisse de financement des actions de prévention par l'ARS est de 3 à 4% et de 20% pour la politique de la ville de la DRJSCS. Il semble par conséquent que les ARS ne pourront prochainement se soustraire à l'obligation d'évaluer les actions menées afin de sélectionner les plus efficaces et d'envisager de possibles mutualisations.

Le groupe fait sienne la conclusion de Roselyne Bachelot, alors Ministre de la Santé, lors de son discours de clôture du colloque « Réduire les inégalités de santé » du 11 janvier 2010. En matière de réduction des ISS, il apparaît que le temps n'est plus au constat mais à l'action. En effet, l'égalité de santé effective suppose un investissement au long cours de l'intervention publique qui doit s'inscrire dans une logique de prévention.

Il nous apparaît que la période actuelle d'amorce d'élaboration des schémas de prévention en ARS ne permet pas de mesurer l'effectivité de la prise en compte des ISS dans la programmation des actions de prévention. C'est pourquoi, la reconduction d'une enquête similaire à moyen terme nous paraît indispensable pour appréhender la mise en œuvre réelle des déclarations d'intention actuelles.

Bibliographie

TEXTES REGLEMENTAIRES

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&fastPos=2&fastReqId=1674543763&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&fastPos=1&fastReqId=1965375900&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022235390&fastPos=1&fastReqId=1589123607&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

OUVRAGES

OMS. (2009). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les Déterminants Sociaux de la Santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Résumé analytique. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

INPES. (2008). Les Français sont-ils égaux face à la prévention ? Résultats approfondis du Baromètre santé 2005 [dossier de presse]. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

INPES. (2010). Réduire les inégalités sociales en santé, Sous la direction de Louise Potvin Marie-José Moquet Catherine M. Jones, Sainte Denis Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.380p.

INPES. (2009.). Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Sous la direction de B.Basset B. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, coll. Dossiers Varia, 2009 : 203 p.

Haut Conseil de la Santé Publique. (2009). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique.

InVS (2011). Bulletin épidémiologique hebdomadaire numéro thématique inégalités sociales de santé 8 mars 2011. Institut Nationale de Veille Sanitaire.

ARTICLES

Frohlich, K.L., et Potvin, L. (2008). Transcending the Know in Public Health Practice. The inequality paradox: The Population approach and vulnerable populations. American Journal of Public Health, 98, 216-221.

T. Lang M. Kelly-Irving et C. Delpierre. (2009). Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchainements et accumulations au cours de la vie. Revue d'épidémiologie et de santé publique

Direction Générale de la Santé, Colloque international « Réduire les inégalités sociales de santé », 11 Janvier 2010, Paris

SITES INTERNET

<http://www.inpes.fr>

<http://www.ars.bretagne.sante.fr>

<http://www.ars.basse-normandie.sante.fr>

<http://www.ars.haute-normandie.sante.fr>

<http://www.ars.centre.sante.fr>

<http://www.sante.gouv.fr/inegalites-sociales-de-sante.html>

Liste des annexes

- **ANNEXE 1.** Grille d'entretien

- **ANNEXE 2.** Diagnostic sanitaire et social des territoires de santé haut-normands, ORS Haute-Normandie, janvier 2011, p. 75-77

- **ANNEXE 3.** PSRS Haute-Normandie, note de problématique relative à l'accès à la santé et à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, p. 23-25

- **ANNEXE 4.** Etat de santé de la population en Bretagne, septembre 2010, p.38-39

- **ANNEXE 5.** Schéma de la structure générale du PRS Basse-Normandie

- **ANNEXE 6.** Note relative à la méthodologie d'élaboration du SRP Haute-Normandie

- **ANNEXE 7.** Fiche technique relative au PRAPS Haute-Normandie

ANNEXE 1

GRILLE D'ENTRETIEN

Problématique : Dans quelle mesure les ARS intègrent-elles les connaissances les inégalités sociales de santé dans la programmation des actions de prévention et de promotion de la santé ?

GENERAL

Quelle prise en compte des déterminants sociaux de santé dans vos actions ou programmations ? (Ensemble des conditions qui peuvent influencer négativement la santé en fonction du gradient de santé : politiques en matière d'emploi, éducation, transport, revenu, environnement...).

ARS

- Où en sont les travaux et où en est la constitution du PRS et du schéma régional de prévention qui en découle ?
- Comment pensez-vous intégrer la lutte contre les ISS dans votre programmation? L'objectif de réduction des ISS s'inscrit-il dans le CPOM ?
- Comment la nouvelle organisation des ARS intègre-t-elle les anciennes expériences de PRAPS, ASV... ?
- Comment envisagez-vous et mettez-vous en œuvre les partenariats et coordinations de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les ISS? Quels lieux de concertation ou quelles instances ?
- Avez-vous connaissance du document de l'INPES à destination des ARS : « ARS, les inégalités sociales de santé » sous la direction de Bernard Basset ?

ASV

- Etes-vous associés à l'élaboration du PRS et du schéma régional de prévention qui en découle ?
- Qu'est-ce qui change pour vous avec la mise en place des ARS ?
- Quelle articulation avec l'ARS, la DRJSCS, la DDCS ?
- Quelles préconisations faites-vous pour l'organisation qui se met en place ?
- Quelle peut être la contribution des ASV à la veille sanitaire et sociale ?
- Comment programmez-vous vos interventions actuellement, selon quelles initiatives, puisqu'à l'heure actuelle il n'y a pas encore de schéma de prévention.
- Rôle des élus et degré d'implication des publics cibles.
- Comment l'ASV s'articule avec le PRAPS?
- Quel suivi opérationnel de l'action menée ?
- Quels sont vos points forts ?

INPES

- La réduction des ISS fait-elle partie des priorités que l'INPES s'est fixé ? La réduction des ISS s'inscrit-elle dans le cadre d'une politique générale nationale ?
- Dans quelle mesure les actions de l'INPES contribuent-elles à diminuer les inégalités sociales de santé et si oui comment ?
- Comment et sur quelle initiative mettez-vous en place vos actions ? Quels sont les outils et indicateurs utilisés ?
- Quels bénéfices l'INPES recueille-t-il des expériences au niveau international dans le domaine de la réduction des ISS ?
- Vos actions sont-elles en synergie avec les ARS et autres acteurs, dont la DGS? Quelles sont vos relations avec les ARS ?
- Quel est l'objectif du document que vous avez produit : « ARS, les inégalités sociales de santé » sous la direction de Bernard Basset ?
- Quelles préconisations faites-vous pour l'organisation qui se met en place sur le terrain?

ANNEXE 2

CHAPITRE V : LES INEGALITES SOCIO-SANITAIRES EN HAUTE-NORMANDIE

Contexte et méthode

L'ouvrage « Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton », publié pour la première fois par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) en 2006, a été mis à jour en 2010 (A. Trugeon et coll., à paraître novembre 2010, Editions Masson). Fruit d'un partenariat entre les observatoires régionaux de la santé et leur fédération, ce travail a pour objectif de mettre en évidence des zones homogènes en matière de santé, au-delà des limites régionales et départementales ainsi que les liens entre l'état de santé de la population, l'offre de soins et les facteurs socio-démographiques.

Soixante indicateurs regroupés au sein de trois grands thèmes, population et conditions de vie (indicateurs socio-démographiques et de fragilité sociale), offre de soins (densités médicales et temps d'accès) et

mortalité (générale, prématurée et grandes causes de mortalité) ont été calculés à l'échelon des 3 261 cantons de France hexagonale et d'outre-mer.

Pour chaque thématique, une analyse en composantes principales et une classification ascendante hiérarchique ont permis de regrouper les cantons en un nombre restreint de classes homogènes. La même approche a été menée sur les indicateurs des trois thèmes, afin de rassembler les cantons de profil socio-sanitaire proche. Les cantons français ont ainsi été regroupés pour la typologie globale en sept classes aux profils différents. Cinq classes ont été définies pour le thème « offre de soins » et six classes pour les thèmes « population et condition de vie » et « mortalité ».

Cette annexe présente, avec l'autorisation des auteurs principaux, les résultats de ce travail pour la Haute-Normandie.

Résultats de la typologie cantonale en Haute-Normandie

Pour chaque thème étudié, les contours des territoires de santé et de proximité ont été juxtaposés à la cartographie cantonale représentant les résultats de l'analyse en composante principale et la classification ascendante hiérarchique.

Classe 1 : « zones rurales en situation globale moyenne, mais plutôt favorisée par rapport à l'ensemble du pays. » Cette classe concerne la plus grande partie du territoire haut-normand avec plus de la moitié des cantons et 41 % de la population. Elle concerne près des deux-tiers de la population des territoires de Rouen-Elbeuf et Evreux-Vernon.

Classe 2 : « zones rurales peu peuplées, ayant une population âgée importante, avec des revenus plutôt faibles mais relativement peu de bénéficiaires de prestations sociales ». Cette classe ne concerne que 3 cantons haut-normands : Saint-Valéry-en-Caux, Aumale et Blangy-sur-Bresle.

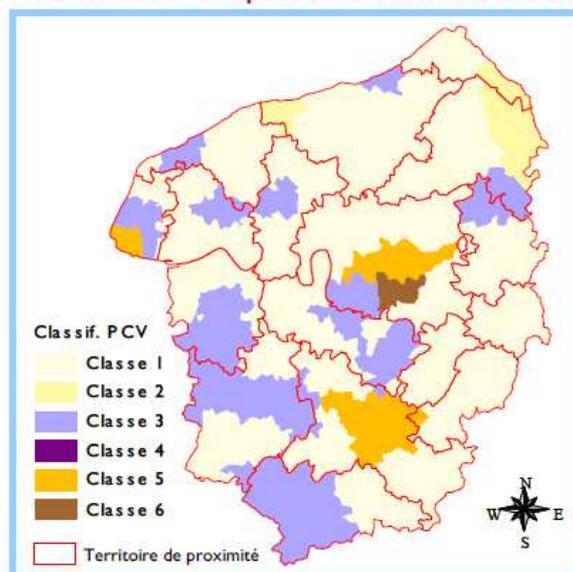
Classe 3 : « zones relativement peuplées, avec une population qui connaît des difficultés au regard de l'activité professionnelle, de fortes proportions de bénéficiaires d'allocations diverses ». Cette classe, regroupant un peu plus du quart de la population régionale, se retrouve à la fois dans des zones urbaines, comme Dieppe et une partie, hors villes-centre, des agglomérations havraise et de Rouen-Elbeuf, et dans des secteurs ruraux plus ou moins étendus.

Classe 4 : (non représentée en Haute-Normandie) : « zones ayant une population jeune, présentant une fécondité élevée mais connaissant une situation socialement défavorisée ».

Classe 5 : « zones des villes-centres et zones périurbaines marquées par de forts contrastes sociaux, regroupant des personnes plutôt favorisées et d'autres présentant une certaine fragilité sociale ». Cette classe englobe peu de cantons mais 30 % de la population régionale, dans les agglomérations de Rouen-Elbeuf, du Havre et d'Evreux.

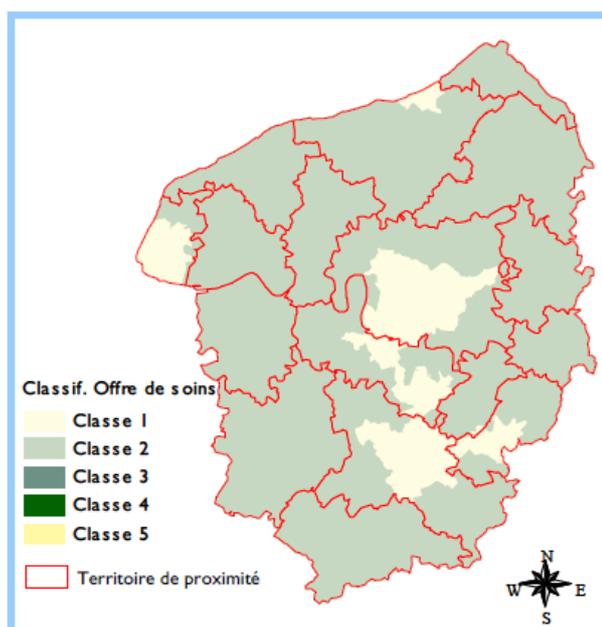
Classe 6 : « zones urbaines et périurbaines, constituées d'une population plutôt jeune, socialement favorisées surreprésentées en cadres et ayant un parc de logements sociaux important ». Cette classe n'est retrouvée que dans un canton : Boos.

Classification « Populations et conditions de vie »



Sources : CCMSA, Cnaf, DGI, Géoconcept SA, Insee, Ministère de l'énergie, de l'énergie, du développement durable et de la mer - Analyse et cartographie : Fnors

Classification « Offre de soins »



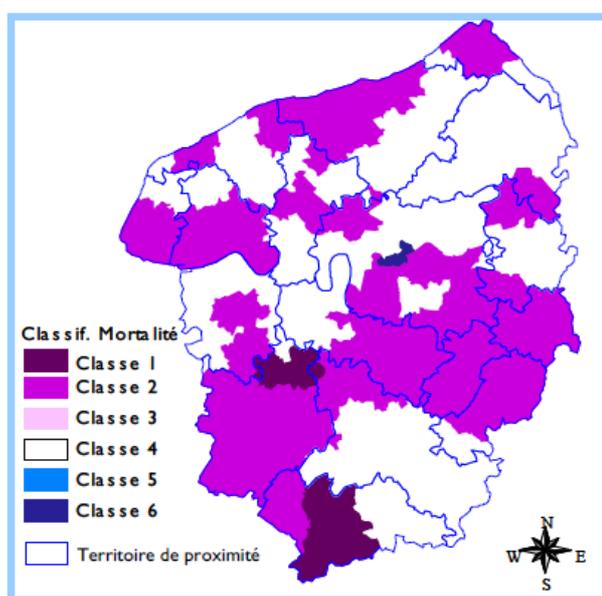
Sources : Cnamts (Snir), Drees, Insee, Odomatrix 2010, Inra UMR 1041 CESAER, Dijon
Analyse et cartographie : Fnors

L'analyse multivariée des indicateurs d'offre de soins a déterminé une typologie en cinq classes, dont deux seulement, totalisant chacune la moitié de la population régionale, sont représentées en Haute-Normandie, la première dans les principales agglomérations et la seconde dans les secteurs ruraux :

Classe 1 : « zones urbanisées autour de grandes agglomérations proches des établissements de soins, avec une faible densité d'infirmiers libéraux et une part plus importante de généralistes en secteur 2 ».

Classe 2 : « zones rurales ou périurbaines, avec des densités réduites de professionnels de soins libéraux et des délais d'accès aux établissements de soins plus longs ».

Classification « Mortalité »



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Analyse et cartographie : Fnors

Classe 1 : « zones présentant les taux de mortalités générale et prématurée les plus importants, avec une surmortalité par pathologies liées à l'alcool très marquée ». Cette classe ne concerne que trois cantons haut-normands : Monfort-sur-Risle, Breteuil et Verneuil-sur-Avre.

Classe 2 : « zones en surmortalités générale et prématurée ». Cette classe est la plus étendue dans la région avec 60 cantons et les deux-tiers de la population. Elle concerne en Seine-Maritime le littoral, la Basse vallée de la Seine et la plus grande partie de l'agglomération de Rouen-Elbeuf. Dans l'Eure, on y retrouve en majorité des zones rurales de l'ouest du département et du Vexin.

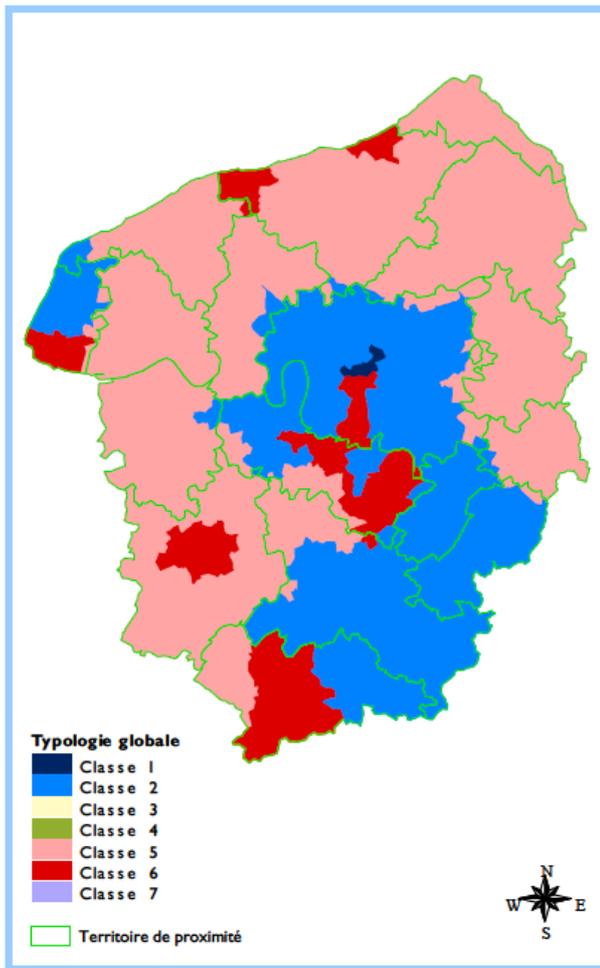
Classe 3 (non représentée en Haute-Normandie) : « zones présentant des surmortalités par maladies vasculaires cérébrales, par maladies infectieuses et parasitaires et des sous-mortalités par cancers et par cardiopathies ischémiques »

Classe 4 : « zones ayant une mortalité comparable à celle observée au niveau national ». Cette classe intéresse plus du quart de la population régionale. En Seine-Maritime, on la retrouve dans la plus grande partie du Pays-de-Bray, le nord de la Pointe-de-Caux et la vallée de la Seine. Dans l'Eure, cette classe recouvre l'agglomération d'Évreux et les zones rurales du sud-est.

Classe 5 (non représentée en Haute-Normandie) : « zones en sous-mortalités générale et prématurée, notamment par cancers et par pathologies liées à l'alcool ».

Classe 6 : « zones urbaines, en sous-mortalités générale et prématurée, notamment par causes extérieures de traumatismes et empoisonnements et par maladies de l'appareil circulatoire ». Deux seulement cantons dans la région, Bois-Guillaume et Mont-Saint-Aignan, appartiennent à cette classe.

Typologie globale



Sources : CCMSA, Cnaf, Cnamts (Snir), DGI, Drees, Géoconcept SA, Insee, Inserm Cépidec, Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, Odomatix 2010, Inra UMR 1041 CESAER, Dijon
Analyse et cartographie : Fnors

Classe 1 : « zones urbanisées, socialement favorisées, à proximité des services hospitaliers, en sous-mortalité ». Cette classe est circonscrite dans la région à deux cantons, Bois-Guillaume et Mont-Saint-Aignan.

Classe 2 : « zones périurbaines, en situation moyenne par rapport au niveau national, tant pour la situation sociale (un peu meilleure) que pour la mortalité (sous-mortalité pour quelques causes), relativement peu dotées en services de soins libéraux ». Cette classe se retrouve dans le pourtour de l'agglomération de Rouen-Elbeuf, les cantons du littoral au nord du Havre et, dans l'Eure, au niveau de l'agglomération d'Evreux et de sa périphérie, ainsi que dans la vallée de la Seine. Cette classe concerne un peu plus du tiers de la population régionale mais les deux-tiers de celle du territoire de santé d'Evreux-Vernon.

Classe 3 (non représentée en Haute-Normandie) : « zones peuplées, avec une offre de soins de premier recours libérale importante, dans la moyenne nationale en regard de la mortalité, marquées par des différences sociales importantes entre les diverses populations qui la constituent ».

Classe 4 (non représentée en Haute-Normandie) : « zones rurales avec de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, connaissant une certaine précarité, éloignées des services de soins, en sous-mortalités générale et prématurée, hormis pour les causes accidentelles ».

Classe 5 : « zones rurales, avec des proportions d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants élevées, de faibles densités de professionnels de santé, en surmortalités générale, prématurée et accidentelle au sens large ». Cette classe est la plus étendue dans la région en termes de superficie (46 cantons). Elle concerne 30 % de la population régionale et est nettement plus retrouvée dans les territoires de santé du Havre et surtout de Dieppe que dans les deux autres.

Classe 6 : « zones industrielles avec une proportion d'ouvriers importante, des situations de précarité fréquentes, en surmortalités générale et prématurée ». Cette classe, dans laquelle se retrouve le tiers de la population régionale, concerne une partie des deux grandes agglomérations ainsi que des villes moyennes et un secteur plus rural du sud de l'Eure.

Classe 7 (non représentée en Haute-Normandie) : « zones avec une population jeune, une fécondité élevée, socialement défavorisées, en surmortalité par maladies vasculaires cérébrales mais en sous-mortalité par cancers ».

Sur sept classes déterminées par l'analyse multifactorielle, quatre se retrouvent en Haute-Normandie. La confrontation de la classification globale avec le découpage de la région en territoires de proximité montre que la plupart de ceux-ci sont relativement homogènes au regard de cette typologie, en particulier ceux qui couvrent des territoires ruraux ou semi-ruraux. Certains territoires se partagent en deux classes du fait de la présence d'une agglomération contrastant avec un vaste secteur rural. Seuls les territoires de proximité de Rouen, Elbeuf-Louviers et Verneuil-sur-Avre recoupent trois classes. Cette typologie souligne notamment de nets contrastes non seulement entre les zones urbaines et rurales, mais aussi entre les villes-centres et les communes périphériques des grandes agglomérations.

ANNEXE 3

III. SYNTHÈSE ET PRIORITÉS

Au total, on constate des difficultés d'accès à la santé :

- pour la population générale, liées en particulier à l'inégale répartition de l'offre de soins dans les territoires. Ces difficultés et inégalités dans l'accès aux soins pourraient s'aggraver à court terme compte tenu du vieillissement de la population et la forte prévalence des maladies chroniques, induisant une augmentation de la demande de soins au regard des perspectives démographiques des professions de santé ;
- pour les populations vulnérables, pour lesquelles s'ajoutent des problèmes d'accès aux droits, d'information et de compréhension des dispositifs de prévention et soins et d'isolement et une articulation encore insuffisante entre certains dispositifs spécifiques dédiés aux populations vulnérables et les dispositifs de droit commun.

La création de l'ARS doit permettre de proposer une politique de santé fondée sur une vision non plus sectorielle mais transversale des besoins de santé (prévention / soins / médico-social), adaptée aux besoins des territoires.

Cette approche globale des problématiques de santé combinera des mesures à destination des populations les plus vulnérables avec un travail de fond dans les territoires sur les déterminants de santé :

- déterminants socio-économiques et environnementaux,
- comportements individuels,
- système de santé.

Le développement de l'animation territoriale par l'ARS doit permettre :

- d'améliorer la connaissance et la détermination des territoires socialement fragiles prioritaires (urbains et ruraux) ;
- de mieux articuler les politiques dans ces territoires, de manière à favoriser l'accès équitable aux services.

1ERE PRIORITE : AMELIORER L'ACCES A LA SANTE DE LA POPULATION GENERALE EN RENFORCANT L'OFFRE DE SANTE DE 1ER RECOURS DANS LES TERRITOIRES PRESENTANT UNE OFFRE DE PREVENTION ET DE SOINS DEFICITAIRE

Au regard du contexte régional, afin prévenir la désinsertion sanitaire d'une partie de la population, il est proposé :

- **objectif 1.1 : déterminer les territoires d'action prioritaire en concertation avec les acteurs régionaux et territoriaux ;**
- **objectif 1.2 : définir, dans ces territoires, une offre de santé de premier recours intégrant les prestations et services favorisant l'accès à la santé de la population (prévention, dépistage, orientation, prise en charge) : opérateurs de prévention, promotion de la santé, soins ambulatoires (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, masseurs kinésithérapeutes...) mais également santé travail, santé scolaire, acteurs du champ social...**
- **objectif 1.3 : organiser la coopération entre ces acteurs de 1^{er} recours : regroupements (plateforme de services sanitaires et sociaux), réseaux... facilitant l'orientation et les prises en charge conjointes ;**

- **objectif 1.4 : rééquilibrer l'offre de prévention-promotion de la santé, l'offre de soins et l'offre de soins médico-sociale :**
 - évaluer les dispositifs incitatifs mis en place et les réorienter si nécessaire,
 - améliorer la couverture territoriale des actions de prévention, promotion et éducation pour la santé,
 - agir sur la démographie des professionnels de santé de 1er recours : la démographie des professionnels de santé doit constituer un axe stratégique transversal du projet régional de santé. La réflexion sera conduite sous l'égide du Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (adapter les formations des professionnels de santé aux besoins des territoires, rendre attractive la région et accompagner les parcours professionnels...),
 - développer la coopération et la coordination des professionnels de santé : promouvoir de nouvelles formes de coopération pour aménager l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, développer la télémédecine, consolider le maillage hospitalier dans le cadre des communautés hospitalières de territoire,...
- **objectif 1.5 : mieux articuler la politique régionale et territoriale de l'ARS avec les autres politiques publiques pour favoriser l'accès à la santé**
 - mieux coordonner les politiques d'organisation de l'offre de prévention-promotion de la santé, de l'offre soins ambulatoires et hospitaliers avec les politiques d'aménagement du territoire, sociales et économiques des collectivités locales et des services de l'Etat, notamment :
 - santé travail au regard de l'activité économique de la région,
 - transports : pour favoriser la mobilité de la population et donc l'accessibilité physique à la santé,
 - éducation : pour d'une part favoriser la prise en compte de la santé et la compréhension par la population des dispositifs de prévention et de soins et d'autre part par le biais de la santé scolaire repérer, dépister et orienter vers les soins
 - ...
 - agir prioritairement dans les territoires à expositions multiples (« points noirs environnementaux ») car certaines zones géographiques de Haute-Normandie, particulièrement en Seine Maritime, concentrent de nombreuses activités humaines (trafic automobile, chauffage urbain) et industrielles (zones d'activités pétrochimiques, activités portuaires...) et sont donc susceptibles d'être fortement impactées par des rejets atmosphériques de substances polluantes. La population vivant dans ces zones peut donc faire l'objet d'une surexposition à certaines substances ou polluants toxiques.

Dans ce cadre, les programmes territoriaux et les contrats locaux de santé intégrant la priorité d'accès à la santé seront soutenus.

2^{ème} PRIORITE : REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES A LA SANTE DES POPULATIONS VULNERABLES

- **objectif 2.1 : agir prioritairement en faveur des personnes en situation de précarité :** les inégalités de santé suivant un gradient social, il s'agira de favoriser l'accès à la prévention et aux soins :
 - des populations en grande exclusion (en particulier personnes à la rue ou en structures d'hébergement),
 - des personnes à bas revenus (effet de seuil / CMU),
 - bénéficiaires des minima sociaux,
 - jeunes en particulier les 16-25 ans en insertion,
 - personnes sous main de justice, gens du voyage...)
 - mais également des personnes âgées et handicapées.
- **objectif 2.2 : agir au niveau de la périnatalité et de la petite enfance** car les premières phases du développement et de l'éducation influencent la santé de l'individu tout au long de sa vie (cf. propositions du groupe PSRS périnatalité et petite enfance).
- **objectif 2.3 : agir sur les refus de soins** (information des professionnels, sanctions...)
- **objectif 2.4 : adapter les dispositifs aux problématiques spécifiques des personnes vulnérables**
 - améliorer le fonctionnement des dispositifs existants (CMU-C, ACS) notamment par l'information des professionnels de santé,
 - mieux articuler la politique régionale de santé avec les politiques de l'Etat et des collectivités territoriales en faveur des personnes vulnérables (politique de la ville, programmes de réussite éducative, logement indigne, transports...),
 - développer les actions de prévention et de promotion de la santé dans les territoires prioritaires au plus près des populations vulnérables,
 - améliorer l'information sur les dispositifs de prévention, d'accès aux droits et d'offre de soins existants,
 - renforcer l'articulation des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social.
- **objectif 2.5 : améliorer la qualité des soins pour favoriser le parcours de soins des personnes vulnérables**

IV. CONCLUSION

Le contexte démographique, socio-économique et sanitaire de la Haute-Normandie milite en faveur d'une politique régionale et territoriale active d'amélioration de l'accès à la santé et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Pour assurer l'effectivité de ces priorités, les objectifs généraux présentés dans la présente note devront être déclinés de manière opérationnelle dans chacun des schémas d'organisation du projet régional de santé, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et dans les programmes de territoires.

ANNEXE 4

Un lien entre état de santé et disparités sociales que les études tendent à souligner

De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de risque impliqués dans les inégalités sociales de santé. On retrouve ainsi notamment les conditions de vie dont celles liées au travail, l'accès aux soins, les expositions environnementales, les modes de vie et les comportements à risque, l'effet de la structure sociale, etc.²⁹.

Les inégalités sociales se traduisent ainsi en matière de santé par une « double peine »³⁰

portant à la fois sur la durée de vie et sur les conditions dans lesquelles elle se déroule, « double peine » subie principalement par les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées comme le précise le Haut Conseil de la santé publique³¹ : **une dernière partie de vie avec moins d'années sans incapacité au sein d'une vie globalement plus courte**. Ce phénomène implique la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé, déficiences, handicaps ou encore santé perçue.

En France, au cours de la période 1990-1999 les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont ainsi 46 ans d'espérance de vie à 35 ans contre 39 ans pour les ouvriers.

Cet écart se retrouve aussi chez les femmes mais cependant de façon moins importante : à 35 ans, les femmes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont en effet environ 50 ans d'espérance de vie contre 47 ans pour les ouvrières³¹.

Cette différenciation se retrouve également pour l'espérance de vie sans incapacité

(visuelle, auditive, de la marche ou des gestes de la vie quotidienne) : les cadres masculins vivent ainsi en moyenne 10 années de plus que les ouvriers sans limitation fonctionnelle susceptible de gêner la réalisation des activités du quotidien et 7 années de plus sans dépendance physique³¹.

Peu de données permettent de caractériser les inégalités sociales de santé à l'échelon régional

La mesure des inégalités sociales est actuellement autant un objet de recherche qu'une pratique établie et normalisée. Cependant les données bretonnes disponibles permettent de porter un premier regard sur quelques situations d'inégalités sociales et territoriales susceptibles d'impacter les inégalités de santé.

L'étude des données socio-économiques

nous 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. Dans l'étude INSERM publiée en 2000³² la Bretagne et le Nord-Pas de Calais, région où les ouvriers sont aussi surreprésentés, apparaissent parallèlement comme celles ayant les valeurs les plus élevées de disparités sociales de mortalité. Ainsi 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 » (carte 1).

²⁹ L'Etat de la santé de la population en France – suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2009-2011 DREES.

³⁰ Cambois E, Laborde C, Robine JM. *Population et Sociétés* 2008 ; 441 : 1-4.

³¹ « Les inégalités sociales de Santé : sortir de la fatalité », Haut Conseil de la santé publique, décembre 2009.

³² Les inégalités sociales de santé édité sous la direction de Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang – Editions La Découverte/INSERM, 2000 - Collection Recherches.

Par ailleurs et sur la période 1988-1992, l'ORS Bretagne a comparé le risque de décès par suicide en Bretagne³³ et en France métropolitaine

des hommes âgés de 25 à 59 ans pour chacune des six grandes catégories professionnelles. Même si les analyses comparatives de mortalité selon la CSP doivent être interprétées avec prudence du fait de la relative imprécision qui guide le remplissage des certificats de décès concernant la profession des personnes, on a malgré tout pu observer que :

- Sur l'époque prise en compte, le risque de décès par suicide en Bretagne est environ 1,6 fois plus élevé que celui observé en France pour toutes les catégories socioprofessionnelles, exceptée celle des ouvriers pour lesquels il est multiplié par deux.

- C'est au sein de la CSP « ouvriers » que l'excès de décès par suicide (le surcroît de suicide vis-à-vis de la situation telle qu'elle serait si le phénomène suicidaire en Bretagne était à l'image de celui observé en France), est le plus élevé (graphique 2).

Enfin, on peut remarquer que même si **sur le plan des minima sociaux et de l'emploi**, la situation régionale est globalement plus favorable qu'en France, des différenciations infra régionales importantes peuvent se révéler susceptibles d'avoir un impact sur les inégalités de santé.

Sur le plan des bénéficiaires des principaux minima sociaux,

la majorité des cantons est en situation plus favorable qu'en France. Malgré tout et en tendance, les cantons situés au centre de la Bretagne et à proximité des communes à forte population (à l'exception de Rennes notamment) enregistrent des proportions de bénéficiaires supérieures à la moyenne régionale, voire nationale. En revanche, les cantons situés à l'est enregistrent les proportions parmi les plus faibles de la région, notamment les cantons appartenant aux pays de Rennes, Vitré - Porte de Bretagne et Fougères (carte 3).

Sur le plan de l'emploi, si 11 des 21 pays bretons ont une proportion de chômeurs de longue durée proche de la moyenne régionale, 10 autres se distinguent de cette moyenne avec soit des proportions inférieures (3 pays voisins : Pontivy, Auray et Vannes ainsi que le pays de Vitré - Porte de Bretagne), soit avec des situations défavorables (Dinan, Saint-Brieuc, Guingamp, Centre-Ouest Bretagne, Lorient ainsi que le pays de Redon et Vilaine qui présente la situation la plus dégradée) (carte 4).

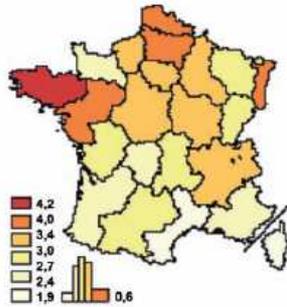
Au final, il importe de mettre en oeuvre une véritable réflexion

afin de parvenir à objectiver les différents facteurs et mécanismes sociaux à l'origine ou participant aux inégalités de santé observées. En effet, si les mesures prises pour faciliter l'accès aux soins semblent indispensables à la réduction des inégalités, c'est aussi en amont du déclenchement des pathologies qu'il semble important d'agir : notamment par des interventions sur les déterminants sociaux qui participent aux inégalités, mais aussi par des actions ciblées en faveur de l'adhésion aux programmes de prévention, qui touchent probablement encore insuffisamment les publics les plus défavorisés, pourtant parmi les plus concernés par les inégalités de santé.

³³ Les inégalités de santé observées en Bretagne - Données disponibles - ORS Bretagne - février 2008.

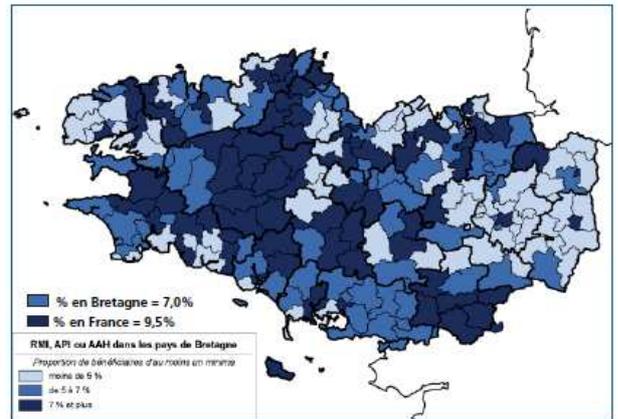
LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

1 Ratios régionaux entre les taux comparatifs de mortalité pour la catégorie «ouvriers - employés» et pour la catégorie «cadres supérieurs - professions libérales» sur la période 1987-1993



Source : Inégalités de santé observées en Bretagne - ORS Bretagne - 2008

3 Part des bénéficiaires du RMI, de l'API ou de l'AAH dans les cantons des 21 pays de Bretagne en 2006



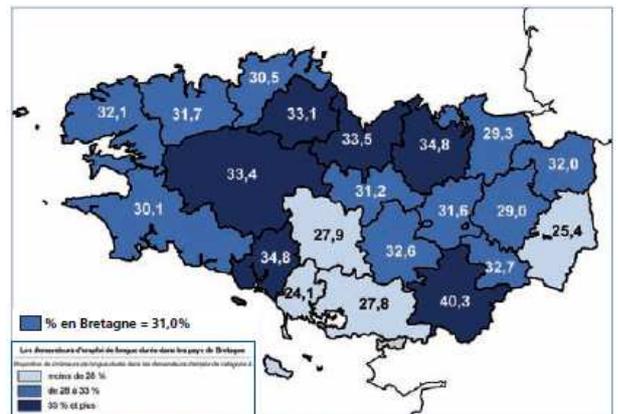
Source : La santé dans les 21 pays en Bretagne - ORS Bretagne - 2010

2 Effectifs cumulés de décès par suicide en excès au regard du niveau de risque français parmi l'ensemble des décès observés par suicide sur la période 1988-1992 selon les catégories socio-professionnelles chez les hommes de 25-59 ans en Bretagne



Source : Inégalités de santé observées en Bretagne - ORS Bretagne - 2008

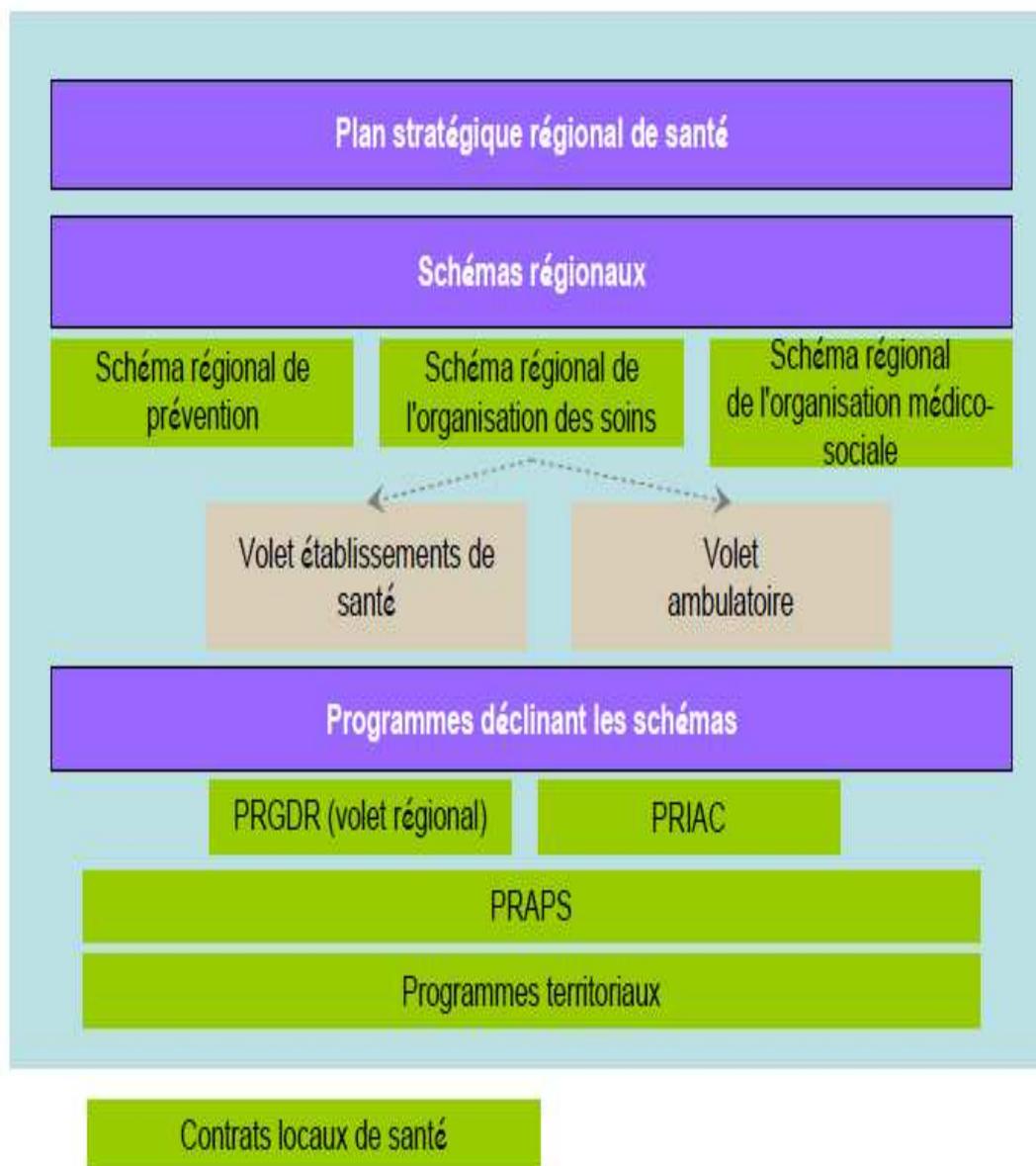
4 Proportion de chômeurs de longue durée parmi les chômeurs dans les 21 pays de Bretagne au 31 décembre 2009



Source : La santé dans les 21 pays en Bretagne - ORS Bretagne - 2010

ANNEXE 5

La structure générale du PRS



ANNEXE 6

	Direction de la Santé Publique	
	<i>Note relative à la méthodologie d'élaboration du schéma régional de prévention (SRP)</i>	
MAJ : 24.02.11	Rédigé par : N VIARD, E COUSSENS, B COTTRELLE	Validé par : N VIARD

I. DEFINITION

En application de l'article R.1434-3 du code de la santé publique, le schéma régional de prévention met en œuvre le plan stratégique régional. Il comporte :

1° des actions, médicales ou non, concourant à :

- a) la promotion de la santé de l'ensemble de la population ;
- b) la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques chez les personnes exposées, y compris les actions de vaccinations et de dépistage ;

2° une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes ;

3° des orientations permettant d'améliorer, dans chaque territoire de santé, l'offre de services dans le domaine de la prévention individuelle et collective ;

4° les modalités du développement des métiers et de s formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention ;

5° les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention.

Les autres actions de prévention et de promotion de la santé de la population des collectivités, organismes et services ministériels mises en œuvre dans les domaines de la santé scolaire et universitaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile sont prises en compte par les schémas.

II. PRINCIPES GENERAUX

Le schéma régional de prévention doit non seulement être articulé avec le SROS et le SROMS mais également avec les documents de planification portés par d'autres institutions (ex : plan régional santé travail, plan régional santé-environnement, schémas départementaux...).

Le SRP doit répondre aux enjeux de :

- poursuite de l'amélioration du niveau global de santé,
- préservation de la qualité du système de santé,
- réduction des inégalités de santé entre groupes sociaux, entre territoires et entre hommes et femmes,
- préservation du capital santé en agissant sur les déterminants de santé,
- qualité et de réactivité de la réponse en cas d'alerte sanitaire,
- d'anticipation et d'adaptation au vieillissement de la population,
- d'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles,
- d'adhésion de la population à la politique de santé.

Il s'inscrit dans les trois finalités poursuivies par la politique nationale :

- promouvoir l'égalité devant la santé, dès les âges les plus jeunes de la vie,
- préserver ou restaurer la capacité d'autonomie de chacun,
- renforcer la protection de la santé face aux évolutions des enjeux sanitaires.

Le schéma régional de prévention doit constituer une vision géographique et prospective de l'organisation des services et actions, des coopérations et financements dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires

Les précédentes démarches de planification, programmation régionales ont été marquées par la volonté de couvrir très largement le champ et donc une absence de hiérarchisation, priorisation des besoins de santé.

Le schéma régional de prévention doit éviter ces écueils et revêtir un caractère plus structurant pour la mise en œuvre de la politique de prévention, promotion de la santé.

Il doit permettre :

- l'organisation d'une stratégie de fond permettant de répondre aux enjeux de la région ;
- la détermination géographique et prospective de l'organisation des services, des actions, des coopérations et des financements : il vise à positionner les bons acteurs aux bons endroits, à identifier les leviers d'action ou de soutien aux actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et faiblesses, leurs interdépendances ;
- l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des actions par une plus grande professionnalisation et par une meilleure articulation avec les autres politiques publiques.

Le SRP doit donc tracer une évolution de l'offre en matière de prévention afin de contribuer à l'atteinte des objectifs fixés par le PSRS. Il n'est pas destiné à prévoir les actions précises au bénéfice de la population ou des professionnels. Celles-ci seront déclinées au niveau des programmes (ex : PRAPS, PGDR, programmes territoriaux...) qui mobiliseront services, structures et acteurs positionnés par les différents schémas.

III. METHODOLOGIE PROPOSEE

3.1 ORGANISER LE PILOTAGE DU SCHEMA

Une équipe projet constituée des responsables de pôle et de la directrice de la direction de la santé publique auront la responsabilité de l'élaboration du schéma et associera en tant que de besoin des représentants des pôles offres de santé de la DOOSA et du département Qualité, Appui à la Performance ; la transversalité entre le SRP et les deux autres schémas étant assurée dans le cadre du comité de pilotage du PRS.

⇒ *calendrier : réunion mensuelle de l'équipe projet à partir de janvier 2011 et réunions ponctuelles en tant que de besoin.*

Des groupes de travail seront mis en place pour favoriser l'élaboration du SRP conformément au guide méthodologique national qui préconise une structuration du schéma selon l'architecture suivante :

- un volet relatif à la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN),
- un volet relatif à la prévention et à la promotion de la santé et à la santé environnementale (PPSSE) qui devra traiter de l'organisation de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé, de la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques, de la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage et notamment l'éducation thérapeutique.

Le diagnostic préalable à l'élaboration du SRP sera mis à disposition des groupes de travail et portera sur :

- le diagnostic régional sur l'état de santé de la population haut-normande (ORS et ARS)
- les indicateurs du tableau de bord santé-environnement (ORS et pôle SE de l'ARS)
- le guide des intervenants en éducation pour la santé environnementale (ORS-ARS)
- Identification des principales ressources dans le domaine de la prévention (CRES-IREPS)
- le bilan de la mise en œuvre du plan régional de santé publique (pôle PPS de l'ARS)
- l'état des lieux relatif aux risques sanitaires (pôles VSS, SE et cire)
- bilan du SROS (pôle OOS) ?

⇒ *calendrier : finalisation février 2011*

3.2 CAHIERS DES CHARGES DES GROUPES DE TRAVAIL

- **Cahier des charges du groupe de travail VAGUSAN**

Chef de projet

Le docteur Benoît COTTRELLE, responsable du pôle veille et sécurité sanitaire de l'ARS, assurera la fonction de chef de projet. A ce titre, il sera chargé de :

- organiser les réunions du groupe de travail,
- préparer les travaux du groupe de travail,
- animer le groupe de travail,
- proposer la rédaction du volet VAGUSAN.

Composition

Le groupe de travail sera composé de :

- représentants de l'ARS : Cire, pôle SE, pôle offre de santé, pôle offre médico-sociale, département qualité et appui à la performance, conseiller médical de l'ARS,
- représentant de la commission spécialisée de la CRSA : Pr CZERNICHOW,
- représentant de la commission de coordination : préfetures, DREAL, DIRECCTE...
- représentants des établissements de santé,
- représentants des établissements médico-sociaux,
- un représentant du PLSP (SAS).

Missions

Le groupe de travail sera chargé d'élaborer le volet VAGUSAN du SRP. A partir de l'état des lieux et des orientations stratégiques du volet « risques sanitaires » du PSRS, il devra formuler des propositions pour :

- structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale : rendre visible l'organisation régionale de l'ARS et les protocoles avec les préfetures et déterminer le plan de continuité de l'ARS,
- homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes et préciser les actions de formation à mettre en place,
- développer le signalement : mobilisation des acteurs et si nécessaire adaptation aux problèmes spécifiques aux territoires normands,
- améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires : approche régionale et territoriale (notamment adaptation du système de santé),
- développer la communication sur les urgences sanitaires : organisation de la communication en cas d'urgence sanitaire, principes directeurs et outils de communication selon les publics
- évaluer le VAGUSAN : définir les modalités et indicateurs d'évaluation.

Le groupe de travail devra ensuite préciser le plan d'actions permettant d'atteindre les objectifs du schéma.

Calendrier

- réunion du groupe de travail : mars à mai 2011
- rédaction du VAGUSAN : juin 2011
- précision du programme d'actions : septembre à mi-octobre 2011.

• **Cahier des charges du groupe de travail PPSSE**

Chef de projet

Le docteur Etienne COUSSENS, responsable du pôle prévention, promotion de la santé de l'ARS, assurera la fonction de chef de projet. A ce titre, il sera chargé de :

- organiser les réunions du groupe de travail,
- préparer les travaux du groupe de travail,
- animer le groupe de travail,
- proposer la rédaction du volet PPS.

Il sera assisté par un ingénieur du génie sanitaire pour favoriser les articulations avec la santé environnementale.

Organisation des travaux

Le schéma régional sera composé de 4 axes :

- promotion de la santé : organisation des actions sur les déterminants de santé environnementaux, sociaux et économiques, liés au système de santé,
- éducation pour la santé,
- prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques : organisation des actions de prévention médicalisée ou non, en particulier vaccinations et dépistage des cancers,
- prévention au bénéfice des patients et de leur entourage et notamment l'éducation thérapeutique.

Pour chaque axe, des propositions seront formulées pour :

- affiner la question des territoires pertinents : déclinaison des activités de PPS selon les niveaux de territoires : régional, santé, 1^{er} recours, proximité,
- à partir du bilan du PRSP et du recensement des ressources par l'IREPS, identifier et prévoir l'évolution des ressources régionales et par territoire de santé :
 - o qui fait quoi, pour quel public, sur quel territoire, avec qui ?
 - o quels sont les freins et les leviers pour une bonne couverture (quantitative et qualitative) de la région en offre de PPS ?
- à partir de la définition des territoires et du recensement des ressources, proposer les évolutions de l'organisation en tenant compte des orientations stratégiques du PSRS : qui devrait faire quoi, pour quel public, sur quel territoire, avec qui ? Un lien avec les groupes domaines stratégiques devra être organisé si ces groupes restent fonctionnels,
- évaluer le volet PPS : définir les modalités et indicateurs d'évaluation.

Le schéma régional de prévention étant l'outil de territorialisation de la politique régionale de PPSSE, la réflexion sera organisée à partir d'un groupe de travail régional et d'un sous groupe territorial par territoire de santé.

- *groupe de travail régional*

Le groupe de travail régional sera consulté sur :

- le bilan de la mise en œuvre du PRSP
- la méthodologie de travail proposé

Il aura pour mission de proposer les principes généraux de l'organisation des acteurs de PPSSE et de veiller à la cohérence des propositions formulées par les sous-groupes de travail territoriaux.

Il sera composé de représentants institutionnels et des têtes de réseaux au niveau régional :

- représentants de l'ARS : pôle PPS, pôle SE, pôle offre de santé, pôle offre médico-sociale, département qualité et appui à la performance, conseiller médical de l'ARS, pilotes des groupes thématiques périnatalité-petite enfance et addictions
- Pr CZERNICHOW,
- Rectorat – inspections académiques,
- DRJSCS
- DDCS 27 et 76
- Conseils généraux,
- Conseil régional (Mme GAY),
- CRES-IREPS (M BOUCHE),
- ORS (Dr VILLET),
- PLSP (Dr REVILLON),
- 1RLPS-1ASV à désigner,
- FNARS,

- URIOPSS,
- FHF et FHP.

Concernant la périnatalité-petite enfance et les addictions, les groupes de travail régionaux seront maintenus après la phase PSRS et auront pour mission d'alimenter les trois schémas d'organisation dont le SRP.

Il sera réuni le 16 mars 2011 pour valider la méthodologie et poser les principes d'organisation et le 24 juin 2011 pour veiller à la cohérence des propositions des sous groupes territoriaux.

- *Sous groupes de travail territoriaux*

Un sous groupe de travail sera mis en place pour chaque territoire de santé.

Ces sous-groupes auront pour mission, à partir de l'état des lieux des problématiques du territoire et des actions menées de proposer les modalités d'organisation des acteurs de PPSSE.

Ils seront composés à partir des propositions des membres du groupe de travail régional et des acteurs identifiés par le pôle PPS dans le cadre de l'allocation de ressources.

2 réunions de travail par territoire seront proposées :

	Territoire de Dieppe	Territoire du Havre	Territoire d'Evreux-Vernon	Territoire de Rouen
Promotion de la santé, éducation pour la santé	6 avril matin	5 mai matin	16 mai matin	24 mai matin
Education thérapeutique	6 avril après midi	5 mai après midi	16 mai matin	24 mai après midi
Repérage et dépistage	12 avril matin	12 mai matin	19 mai matin	26 mai matin
Vaccinations	12 avril après midi	12 mai après midi	19 mai après midi	26 mai après midi

3.3 REDACTION DU SCHEMA

Le projet de schéma régional de prévention sera rédigé en juillet-mi août 2011.

3.4 CONCERTATION SUR LES TRAVAUX DU SRP

Le pré-projet de SRP sera présenté devant la commission spécialisée de la CRSA et la commission de coordination en septembre 2011.

ANNEXE 7

ACCES AUX SOINS ET A LA PREVENTION DES PERSONNES DEMUNIES

CONTEXTE

La région Haute-Normandie se caractérise par :

• **Une situation sociale dégradée avec notamment :**

- un taux de chômage supérieur au taux national. En moyenne sur le 3e trimestre 2010, le taux de chômage localisé s'élève à 10,3% de la population active en Haute-Normandie².
- En décembre 2008, quelque 72 000 minima sociaux sont alloués en Haute-Normandie, soit 2,2% de moins qu'en décembre 2007².

La dégradation de l'emploi met fin à la baisse constante des allocataires du RMI depuis 2006, surtout dans l'Eure².

Au cours de l'année 2008, le nombre de titulaires de l'allocation de parent isolé (API) baisse de 1 % en Haute Normandie. Au niveau national, la baisse est de 2,8 %².

Le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion a augmenté en fin d'année 2008²

Le RMI et l'API sont remplacés par le RSA (Revenu de Solidarité Active) depuis le mois de juin 2009.

Au 31 décembre 2009 le RSA³ (Majoré/non Majoré) représentait 3.9% de la population Haut-Normande, soit 41 035 allocataires¹.

L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) représentait à cette date, 2.9 %(28 000 bénéficiaires) de la population âgée de 20 à 59 ans (2.6% pour la France métropolitaine)¹.

4.5% de la population de l'Eure bénéficie de la CMU (base et CMU complémentaire) et 6.8 % pour la population de la Seine-Maritime au 31/12/2008. (6.5% pour la France Métropolitaine).²

• **Une situation sanitaire¹ préoccupante avec :**

- un taux de mortalité générale de 948 décès pour 100 000 habitants (1264 décès pour 100 000 hommes et 721 décès pour 100 000 femmes). Ce taux est de 881 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine.
- un taux de mortalité prématurée de 250 décès pour 100 000 habitants contre 217 décès Pour 100 000 en France métropolitaine.
- un médiocre état de santé du à des facteurs de risque anciens : l'alcool, le tabac
- une qualité de l'environnement discutable : air...

• **des difficultés d'accès à la prévention et aux soins⁴** des populations vulnérables caractérisées notamment par :

- difficultés d'accès aux soins et aux droits (pas de CMU, effet de seuil des ressources / CMU...),
- refus de soins / CMU,
- retards apportés aux soins et à la prévention voire des renoncements aggravant les pathologies ordinaires et un recours aux soins en urgence,
- problèmes de santé (dentaires, conduites addictives, hygiène alimentaire, souffrance psychique...),
- lourdeur ressentie des démarches administratives,
- difficultés de repérage entre les différents dispositifs, et notamment une méconnaissance des Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS),
- problèmes d'isolement et de mobilité rendant l'accès aux services difficile,
- ...

¹ « Données sanitaires et sociales régionales, déclinaisons territoriales », Etude ORS, Novembre 2010

² Données extraites du site de l'INSEE : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=14&ref_id=16975

³ Nombre d'allocataires rapporté à la population âgée de 20 à 64 ans complété du nombre d'allocataires rapporté au nombre de ménages monoparentaux dont la personne de référence est âgée de 20 à 64 ans.

⁴ « Données sanitaires et sociales régionales, déclinaisons territoriales, approche qualitative », Etude ORS, Novembre 2010

- **méconnaissance des professionnels** des champs sanitaire, social et éducatif des structures et dispositifs existants
- **difficultés dans l'évaluation des problèmes de santé** ce qui nuit à une orientation vers le professionnel adapté

OBJECTIFS STRATEGIQUES

Les **trois objectifs** généraux du PRAPS de Haute-Normandie :

- Mobiliser et rendre accessible les dispositifs de santé : prévention, droits et soins
- Développer la prévention et la prise en charge de la souffrance médico-psychosociale des jeunes de 16 à 30 ans
- Articuler le sanitaire et le social afin d'assurer une réponse globale à la personne démunie

MESURES PRAPS DU PRSP PRIORITAIRES EN 2011

1/ Développer les relais de proximité professionnalisés pour les migrants

Les projets devront viser à mieux articuler les acteurs des champs sanitaire et social afin d'assurer une réponse globale à la personne migrante démunie. Ils devront notamment :

- Sur la base des besoins identifiés, développer l'autonomie des personnes dans leur démarche de santé, d'insertion, sociale et professionnelle en amenant les résidents à solliciter les services de droit commun
- Mobiliser et rendre accessibles les dispositifs de droit commun en mettant en place une collaboration concrète avec l'ensemble des acteurs du champ sanitaire, social, économique, professionnel et logement
- Améliorer l'information des résidents en utilisant toutes les ressources appropriées à l'information, la communication (campagne de prévention, actions collectives, accompagnement individuel ...) dans tous les champs définis .

2/ Mobiliser et rendre accessibles les dispositifs de santé : prévention, droits et soins

Les projets devront avoir pour objectif le retour des personnes les plus démunies vers les dispositifs de droit commun.

Ils comprendront des actions :

- d'éducation à l'hygiène corporelle, nutritionnelle, bucco-dentaire auprès des personnes démunies en prenant en compte leurs modes de vie et leurs faibles ressources
- de repérage des problèmes de santé, de sensibilisation, de prévention, d'orientation et d'accompagnement
- permettant d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité présentant des problèmes d'addictions.

Les projets devront s'inscrire dans un partenariat étroit avec les professionnels du champ social (CHRS et lieux d'accueil, les CCAS, les travailleurs sociaux...) et les acteurs du champ de la prévention-promotion de la santé (réseaux locaux de promotion de la santé, ateliers santé-ville, PASS, le pôle régional de compétences en éducation pour la santé...).

PUBLICS PRIORITAIRES EN 2011

Selon la circulaire du 7 décembre 2007, il convient de mettre en œuvre des actions spécifiques auprès :

- des gens du voyage
- des jeunes en situation de vulnérabilité
- des familles monoparentales féminines et des personnes âgées des quartiers de la politique de la ville
- des populations étrangères, immigrées ou issues de l'immigration notamment lorsqu'elles vivent dans les foyers de travailleurs migrants, les résidences sociales ou dans les habitats dégradés, avec une attention particulière pour les immigrés vieillissants isolés
- des personnes détenues et sortantes de prison

TERRITOIRES PRIORITAIRES EN 2011

Pour les typologies de publics « migrants » les agglomérations Rouennaise, du Havre, Vernon, Evreux demeurent les zones prioritaires.

Concernant les autres priorités du PRAPS, **seront particulièrement priorités les projets issus des territoires présentant :**

- **Des indicateurs relatifs à la population et aux conditions de vie plus défavorables : Bernay, Pont Audemer, Dieppe, Verneuil sur Avre, Fécamp, Bolbec, Yvetot Louviers, Gaillon, les Andelys, ainsi qu'une partie hors ville des agglomérations de Rouen-Elbeuf, et du Havre**
- **des situations de précarité fréquentes et une surmortalité générale et prématurée : Dieppe, Bernay, Vernon, Louviers, Elbeuf, Rouen, le Havre.**

REFERENTS

Référents territoriaux

Mme Murielle SEREMES	ARS Haute-Normandie, territoire d'Evreux-Vernon Tel : 02.32.24.87.89
Madame Corinne LEROY	ARS Haute-Normandie, territoire de Rouen-Elbeuf, Tel : 02.32.18.26.90
Madame Emmanuelle EVREUX	ARS Haute-Normandie, territoire de Dieppe Tel : 02.32.18.32.49
Monsieur Mostava MERCHI	ARS Haute –Normandie, territoire du Havre Tél : 02 32 18 32 45

Référent thématique

Madame Camille TOURNADRE	ARS Haute –Normandie Tél : 02 32 18 32 47
Monsieur Mostava MERCHI	ARS Haute –Normandie Tél : 02 32 18 32 45
Madame Béatrice WIEZIK	ARS Haute –Normandie Tél : 02 32 18 32 01