



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE  
**RENNES**

## **MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**- 2001 -  
- thème n° 25 -**

**L'information sanitaire et sociale nécessaire pour connaître  
les besoins de santé des populations en situation précaire et  
évaluer les politiques mises en œuvre**

**Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale**

***Animatrice : Corinne MAYER  
ORS de Bretagne***

## Liste des abréviations

APRAS : Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation Sociale  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
ARTISS : Agence Régionale de Recueil des Données Sanitaires et Sociales  
ASSEDIC : Associations pour l'Emploi Dans Industrie et le Commerce  
BDLS : Banque de Données Sociales Localisées  
BRDSS : Banque Régionale de Données Sanitaires et Sociales  
CAF : Caisses d'Allocations Familiales  
CHRS : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociales  
CIRE : Cellules Interrégionales Epidémiologiques  
CMU : Couverture Mutuelle Universelle  
CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales  
CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés  
CPAM : Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
CRAM : Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
CREAL : Centre régional d'études et d'actions en faveur des personnes inadaptées  
CREDES : Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé  
CSG : Contribution Sociale Généralisée  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l' Evaluation et des Statistiques  
FGSP : Fond de garantie de la santé Publique  
GIP : Groupement d'Intérêt Public  
HCSP : Haut Comité de la Santé Publique  
INED : institut National d'Etudes Démographiques  
INSEE : Institut National de Statistiques d' Etude Economique  
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
INVS : Institut National de Veille Sanitaire  
MISP : Médecin Inspecteur de la Santé Publique  
MSA : Mutuelle Sociale Agricole  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale  
ORS : Observatoire Régional de Santé  
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins  
RMI : Revenu Minimum d'Insertion  
URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie  
URML : Unions Régionales de Médecins Libéraux

<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>1 MÉTHODOLOGIE</b>	<b>7</b>
<b>1.1 POPULATION</b>	<b>7</b>
<b>1.2 OUTILS, COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES</b>	<b>7</b>
<b>1.3 ORGANISATION DU GROUPE</b>	<b>7</b>
<b>1.4 DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE</b>	<b>7</b>
1.4.1 DÉFINITIONS	8
1.4.1.1 Personnes en situation de précarité	8
1.4.1.2 Information	9
1.4.1.3 Besoins de santé	10
1.4.1.4 Evaluation des politiques mises en œuvre	10
<b>2 INFORMATION SANITAIRE ET SOCIALE : DES DIFFICULTES DANS LA PRODUCTION, LES FORMES, LE TRAITEMENT ET L'EXPLOITATION</b>	<b>11</b>
<b>2.1 DE NOMBREUX PRODUCTEURS D'INFORMATION SANITAIRE ET SOCIALE AUX LOGIQUES SPÉCIFIQUES ET COMPLEXES</b>	<b>11</b>
2.1.1 LES ACTEURS À L'ORIGINE DE L'INFORMATION	11
2.1.1.1 Les opérateurs de terrain	11
2.1.1.2 Les « organismes prestataires »	12
2.1.1.3 Les « organismes experts »	12
2.1.2 LES DIFFICULTÉS LIÉES À LA PRODUCTION DE L'INFORMATION	13
2.1.2.1 Une forte implication entre la production d'information et les activités de terrain	13
2.1.2.2 Le problème de formation des acteurs et de leur instabilité professionnelle	14
2.1.2.3 L'absence de définitions communes	14
<b>2.2 UNE INFORMATION HÉTÉROGÈNE PRÉJUDICIAINT SA PERTINENCE OPÉRATIONNELLE</b>	<b>14</b>
2.2.1 LES FORMES DE L'INFORMATION : LE QUANTITATIF ET QUALITATIF	15
2.2.1.1 Des données quantitatives incontournables	15
2.2.1.2 Des données qualitatives, un aspect essentiel de la connaissance	16
2.2.2 LE QUALITATIF DEVIENT PRÉPONDÉRANT DEVANT LES INSUFFISANCES DES DONNÉES QUANTITATIVES	16
2.2.2.1 Les incertitudes de la statistique	16
2.2.2.1.1 Les populations « exclues » de la statistique.	16
2.2.2.1.2 Les limites des indicateurs chiffrés de la pauvreté.	16
2.2.2.1.3 Les mesures chiffrées ne comprennent que la pauvreté.	17
2.2.2.2 Les effets de seuil	17
2.2.2.3 La prédominance du ressenti	18
<b>2.3 UN TRAITEMENT DE L'INFORMATION DISPARATE : UNE MISE EN COMMUN DIFFICILE</b>	<b>18</b>

2.3.1 LE TRAITEMENT DE L'INFORMATION : LES STRUCTURES EXISTENT _____	18
2.3.2 LE TRAITEMENT HÉTÉROGÈNE À LA SOURCE DE DIFFICULTÉS : LE PROBLÈME DE LA MISE EN COMMUN ET DE LA COORDINATION _____	19
<b>2.4 UNE EXPLOITATION DE L'INFORMATION RENDUE DIFFICILE À LA SOURCE ET DU FAIT DE SES CONSÉQUENCES POLITIQUES _____</b>	<b>19</b>
2.4.1 L'EXPLOITATION DE L'INFORMATION : UN DÉSÉQUILIBRE ENTRE LES DONNÉES SANITAIRES ET LES DONNÉES SOCIALES, UN DÉFAUT D'ÉVALUATION _____	19
2.4.2 LES LIMITES DANS L'EXPLOITATION DES DONNÉES : LA DIFFICILE INTERPRÉTATION DES INFORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES _____	20
2.4.2.1 Le problème de la causalité entre problèmes psychique et difficultés sociales _____	20
2.4.2.2 L'utilisation des données soumise au bon vouloir des politiques ____	20
<b>3 PROPOSITIONS POUR UN OUTIL D'HARMONISATION DES DONNEES SANITAIRES ET SOCIALES DISPONIBLES _____</b>	<b>22</b>
<b>3.1 CRÉATION D'UNE BANQUE RÉGIONALE DE DONNÉES SANITAIRES ET SOCIALES (BRDSS)</b>	<b>22</b>
<b>3.2 GESTION PAR UNE AGENCE RÉGIONALE DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT DE L'INFORMATION     SANITAIRE ET SOCIALE (ARRTISS) _____</b>	<b>22</b>
3.2.2 LE STATUT JURIDIQUE DE L'ARRTISS _____	23
3.2.3 LE MODE DE FINANCEMENT DE L'ARRTISS _____	23
3.2.4 LE PERSONNEL DE L'ARRTISS _____	24
3.2.5 LE COMITÉ DE PILOTAGE DE L'ARRTISS _____	24
3.2.6 LE RECUEIL DES DONNÉES ALIMENTANT LA BRDSS _____	24
3.2.7 LA DIFFUSION DE L'INFORMATION PAR L'ARRTISS _____	25
<b>3.3 AVANTAGES DE L'ARRTISS ET DE LA BRDSS _____</b>	<b>25</b>
<b>3.4 ALTERNATIVE POSSIBLE CONCERNANT LE STATUT JURIDIQUE PROPOSÉ _____</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSION _____</b>	<b>27</b>
<b>ANNEXES _____</b>	<b>28</b>
<b>ANNEXE 1 _____</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE 2 _____</b>	<b>30</b>
<b>ANNEXE 3 _____</b>	<b>31</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE _____</b>	<b>33</b>

## INTRODUCTION

La montée du chômage de longue durée a caractérisé le début des années 1980, après les « Trente Glorieuses ». L'ampleur du nombre des personnes en grande difficulté a fait apparaître à une échelle de masse une misère que l'on avait crue à un moment écartée, notamment au début des années 1970 avec les deux grandes lois venues compléter le système de protection sociale en direction des personnes âgées (minimum vieillesse) et des handicapés.

En 1988, le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) a apporté une réponse en matière de ressources d'existence. Dans les années qui ont suivi, diverses dispositions législatives et réglementaires ont renforcé les dispositifs d'intervention en faveur des personnes les plus démunies. Néanmoins, l'enquête annuelle du CREDES ( Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé) pour 1998 faisait apparaître que plus de 25% des personnes interrogées en 1996 avaient renoncé au moins une fois à se soigner pour des raisons financières.

En effet, les conditions économiques et sociales de la vie contribuent fortement à déterminer l'état de santé des populations. Le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) rappelle que toutes les études épidémiologiques vont dans le même sens : "plus on est pauvre, plus on est malade et plus on meurt jeune. Partout, on constate que le plus fort prédicteur de la maladie physique et / ou mentale et de la mortalité prématurée est le niveau socio-économique du foyer".

Pendant ce temps, la maturation d'une grande loi de lutte contre les exclusions faisait son chemin pour aboutir à sa promulgation le 29 juillet 1998. Depuis, "la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation". (article 1<sup>er</sup> )

Cette loi d'orientation a été complétée par la loi de 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) dont l'article 67 dispose que «l'accès aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de la santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies».

A l'heure où les PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins) de « deuxième génération » sont en cours d'élaboration, et notamment celui de la région Bretagne, la question de l'information sanitaire et sociale nécessaire pour connaître les besoins de santé des personnes en situation de précarité et évaluer les politiques déjà mises en œuvre demeure entière.

Or, au regard du contexte actuel, la nécessité d'évaluer les politiques de santé publique ne fait aucun doute. Les personnes qui participent à leur élaboration et à leur mise en œuvre doivent se sentir responsables tant vis-à-vis des usagers que vis-à-vis de l'ensemble des citoyens. Les usagers attendent des réponses efficaces à leurs besoins de santé. Les citoyens exigent un usage rationnel et pertinent des deniers publics.

En conséquence, face aux difficultés d'accès aux droits et à la santé, se pose le problème de l'efficacité des politiques mises en œuvre.

Il s'agit donc de savoir si l'information sanitaire et sociale actuellement disponible en Bretagne est pertinente pour analyser les besoins de santé des personnes en situation de précarité et évaluer les politiques mises en œuvre. En d'autres termes, permet-elle de connaître réellement les besoins de santé de ces personnes et de mesurer l'efficacité des actions menées en ce domaine ?

Pour répondre à cette question, nous montrerons dans un premier temps les difficultés posées par la définition des termes du sujet et dans quelle mesure celle-ci a influencé la problématique. Dans un second temps, nous traiterons à partir de l'état des lieux réalisé les difficultés de traitement et d'exploitation de l'information sanitaire et sociale. Dans un dernier temps, nous ferons part de nos propositions quant à la mise en place d'un outil d'harmonisation des données sanitaires et sociales disponibles.

## **1 METHODOLOGIE**

Le travail réalisé dans le cadre du module interprofessionnel nous a amené à réaliser une étude descriptive du domaine de l'information sanitaire et sociale liée à la précarité. Nous avons volontairement, pour des raisons de temps et au regard des personnes rencontrées, limité cette étude à la région Bretagne. A la suite de cette étude, nous avons formulé une proposition visant à améliorer le système d'information concernant ce sujet.

### **1.1 Population**

Le panel des personnes rencontrées a été établi pour partie par l'intervenant de notre groupe, et complété ensuite par des interlocuteurs que nous avons jugé susceptibles d'apporter des compléments d'information. Les personnes interviewées occupent des fonctions diverses au sein du système de prise en charge des populations en situation de précarité, ou au sein du système d'information de santé. En fonction de leur place dans ce système, elles ont des rôles de décideurs, d'utilisateurs, d'experts, d'acteurs de terrain. Cette diversité nous a permis de confronter les différents points de vue et les différentes attentes de ces divers acteurs.

### **1.2 Outils, collecte et analyse des données**

Ce travail a d'abord nécessité une revue de la littérature, soit à partir de documents proposés par l'animateur de notre groupe, soit fournie par les interlocuteurs rencontrés sur le terrain, ou encore suite aux recherches effectuées par les membres du groupe. Des informations ont également été recueillies au moyen d'entretiens réalisés auprès de personnes représentant les organismes utilisateurs et/ou producteurs de données. Les entretiens ont été menés à partir d'une grille élaborée par les membres du groupe. Chaque entretien a été réalisé par des binômes constitués en interfiliarité.

### **1.3 Organisation du groupe**

Le groupe a fonctionné alternativement de façon plénière, en sous-groupes, et en binômes. Des points d'étapes préalablement fixés nous ont permis de mesurer régulièrement l'avancée de nos travaux. Cette organisation a permis de fixer en commun les orientations et de se répartir les tâches à tous les stades de réalisation de l'étude.

### **1.4 Définition de la problématique**

La définition commune de la question de recherche et des hypothèses, à partir des orientations fixées par la thématique proposée, ont servi de pont d'ancrage.

La délimitation de la problématique a préalablement nécessité une définition des termes du sujet. Or, dès ce stade, deux d'entre eux ont notamment présenté quelques difficultés : "population en situation de précarité" et "besoins de santé". En effet, que ces termes soient définis dans un sens élargi ou restreint change de manière fondamentale la vision que l'on peut s'en faire, tout comme les mesures qui doivent en découler.

Pour chacun des deux termes, notre groupe a fait le choix de retenir des définitions larges ; ainsi, les besoins de santé seront définis ici au sens de la Charte d'Ottawa et la précarité comme englobant l'ensemble des personnes qui connaissent une situation de précarité, que celle-ci soit liée aux ressources, à l'emploi, au logement, à la situation familiale,....

Si le choix concernant les besoins de santé fut rapide, il nous a semblé important toutefois de discuter de celle des "populations en situation de précarité", de montrer son évolution depuis plus de vingt ans et les différentes conceptions qui coexistent aujourd'hui tant chez les auteurs, que chez les acteurs de terrain.

## 1.4.1 Définitions

### 1.4.1.1 Personnes en situation de précarité

Le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) distingue l'exclusion, la grande pauvreté, la pauvreté et la précarité.

L'exclusion correspond à une réalité dynamique caractérisée par l'absence de certains droits. La grande pauvreté se définit par rapport à des ressources. La pauvreté est, elle, définie administrativement par la moitié du revenu médian par unité de consommation.

La précarité est indissociablement liée à la notion d'insécurité ; elle peut conduire à la grande pauvreté.

Dans le cadre de son rapport au Conseil Economique et Social sur « la grande pauvreté et la précarité économique et sociale », le **Père WRESINSKI**, fondateur d' ATD Quart-Monde, définissait déjà en 1987 la précarité comme "l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux".

Selon le rapport du **Haut Comité de la Santé Publique** (HCSP) de février 1998, "les personnes en situation très précaire se caractérisent par l'absence d'appartenance stable à un groupe, par un niveau de revenu très faible, des conditions de vie dégradées et par une fréquence élevée des problèmes de santé physique et mentale".

La précarité est «un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité devant un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté ou de l'exclusion».

Dans son rapport de l'an 2000, **l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale** (ONPES), créé par la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, rappelle la difficulté pour définir et mesurer la précarité. Il ne s'agit pas d'une insuffisance dénombrable, mais d'une instabilité, d'une fragilité de situation. Elle correspond à un ensemble de risques qui peuvent mener à la pauvreté.

Le sociologue **Serge PAUGAM** définissait en 1993 la pauvreté comme "un phénomène multidimensionnel, qui ne se résume pas à l'aspect économique et l'insuffisance des revenus; elle est aussi un processus susceptible de refouler d'étape en étape, divers rangs de la population dans la sphère de l'inactivité professionnelle et de l'assistance, en augmentant pour

elles, le risque de cumul des difficultés et des handicaps". Cette définition correspond, selon nous, aujourd'hui à celle de l'exclusion ou de la précarité.

C'est ainsi qu'apparaissent régulièrement de « nouveaux publics » en difficulté. Lors de l'élaboration du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) de Bretagne en 2000, ont été mis en évidence, par exemple, les artisans et les petits commerçants, les travailleurs saisonniers, les victimes des effets de seuil de la Couverture Mutuelle Universelle (CMU), les veuves d'artisans, d'exploitants agricoles, âgées de 50 à 70 ans.

Les personnes travaillant dans le secteur sanitaire et social, rencontrées lors de nos entretiens, ont proposé des définitions variées de la précarité. Tous ont permis de mettre en exergue l'hétérogénéité des personnes en situation précaire.

Certains ont adopté une définition restreinte. Les coordonnateurs de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Saint-Malo, accueillant principalement des personnes en grande difficulté, retiennent l'absence de logement, l'insuffisance de ressources et l'absence de couverture sociale complémentaire comme critères. La mission locale du bassin rennais s'attache à l'absence ou au faible niveau de qualification des personnes.

La précarité peut revêtir également des formes diverses, certaines personnes cumulant les facteurs de précarité. Ainsi, en utilisant plusieurs critères combinés, les études de l'Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation Sociale (APRAS – association rennais) et celles de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) permettent souvent de retrouver les mêmes personnes.

Le Conseil Général du Finistère a mis en avant les différents niveaux dans la précarité tout en constatant que la CMU a permis de réduire la précarité dans certaines populations, notamment chez les jeunes, les gens du voyage et les populations immigrées. La précarité reste, en revanche, une réalité pour les personnes victimes d'effet de seuil.

Pour la Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et sociales (DDASS) des Côtes d'Armor, la personne en situation de précarité connaît une situation de rupture, qui peut suivre la perte d'emploi, un veuvage,... C'est ainsi que l'on peut distinguer le risque de précarisation de la précarité elle-même.

Le Point H de Brest, dispensaire délivrant des soins gratuits à des personnes présentant des situations de précarité extrêmement diverses, a, lui, une vision très large de la précarité. Une personne peut connaître la précarité d'un point de vue économique, d'un point de social, ou même d'un point de vue culturel.

#### **1.4.1.2 Information**

L'information peut se définir comme l'ensemble des renseignements, des précisions que l'on donne ou que l'on obtient à propos de quelqu'un ou de quelque chose.

Ces données, objectives et subjectives, ont un caractère qualitatif ou quantitatif : elles peuvent être croisées.

C'est la combinaison de ces indications qui permet de réduire les incertitudes et de tendre à une appréhension de la réalité.

### 1.4.1.3 Besoins de santé

La **Charte d'OTTAWA**, élaborée en 1986 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pose que «pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu ou le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter».

Lors de l'élaboration du PRAPS de Bretagne, la santé a ainsi été perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques.

Par ailleurs, la **Charte d'OTTAWA** rappelle que la santé d'un individu exige qu'il puisse "se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable".

C'est pourquoi les besoins de santé se distinguent des besoins de soins, comme le démontre le schéma suivant :



La **Charte d'Ottawa** retient donc une définition large des besoins de santé ; c'est la plus globale, la plus idéalisée et donc celle que nous retenons.

Si la prise en charge soignante d'une personne en situation de précarité se distingue de celle d'une personne qui ne connaît pas une telle situation, si la façon de lui délivrer les soins est parfois spécifique, ses besoins de santé sont en revanche identiques pour n'importe quel individu.

### 1.4.1.4 Evaluation des politiques mises en œuvre

Il s'agit là de mesurer l'efficacité d'une politique. Les résultats obtenus sont confrontés aux objectifs définis au préalable.

Cette analyse peut même remettre en cause les objectifs fixés lors de l'élaboration de la politique évaluée.

C'est à partir de ce travail de définition que la problématique a été construite, comme s'imposant d'elle-même.

Si la question est donc ici de savoir dans quelle mesure l'information sanitaire et sociale disponible en Bretagne est pertinente pour analyser les besoins de santé des personnes en situation de précarité et évaluer les politiques mises en œuvre, nous vous proposons donc d'aborder le problème de l'état des lieux dans cette région.

## **2 INFORMATION SANITAIRE ET SOCIALE : DES DIFFICULTES DANS LA PRODUCTION, LES FORMES, LE TRAITEMENT ET L'EXPLOITATION**

Les rencontres que nous avons pu effectuer dans le cadre de ce travail ont démontré qu'il existait de nombreux acteurs dans le domaine de l'information sanitaire et sociale et ce à tous les niveaux : production, collecte, traitement et exploitation. Une diversité qui rime avec disparité, ce qui entraîne de véritables difficultés, notamment dans une possible utilisation harmonieuse de l'information.

### **2.1 De nombreux producteurs d'information sanitaire et sociale aux logiques spécifiques et complexes**

#### **2.1.1 Les acteurs à l'origine de l'information**

Les producteurs de l'information sanitaire et sociale sont à l'image de la santé elle-même : complexe. En France, le système de santé et l'ensemble du champ social se caractérisent par une multiplicité des acteurs de terrain aux logiques diverses. Aussi, les clés d'entrée pour caractériser les producteurs d'information peuvent être nombreuses : niveau géographique, statut juridique, champ de compétence, etc... Nous avons choisi de les classer au regard du niveau de production d'information sanitaire et sociale générée.

##### **2.1.1.1 Les opérateurs de terrain**

On distingue un **premier niveau d'opérateurs de terrain**, de structures accueillant ou au contact des populations en situation de précarité. Ces opérateurs fournissent des données ou des tableaux de bord de fonctionnement et sont une source abondante de renseignements.

Ainsi, pour la région Bretagne, différentes structures de ce type ont été visitées : le *Point H*, dispensaire de type associatif (*Association Animation et Gestion de l'Emploi et de l'Hébergement en Bretagne*), qui dispense des soins gratuits à des personnes en difficultés sociales dans une optique de réinsertion vers le système de droit commun, recense de manière informatisée des informations sanitaires et sociales sur les patients (650 par an, 3000 actes) depuis 1993.

Directement issues de la loi de lutte contre les exclusions, des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) des hôpitaux ont été créées. Celle de St Malo accueille essentiellement des personnes en situation de grande précarité sur la base de trois indicateurs de précarité : ressources, logement et couverture sociale.

Le local rennais d'ATD Quart-Monde, structure associative œuvrant dans le domaine de la précarité, recueille des données sur la base de témoignages directs.

La mission locale de Rennes accueille des jeunes de 16 à 25 ans avec un très bas niveau de qualification pour les orienter vers des structures adéquates et fournit des données individuelles diverses.

On peut ajouter également à ce niveau de production d'information sanitaire et sociale la protection maternelle et infantile (PMI) et les centres communaux d'action sociale (CCAS).

La PMI offre des données relatives aux enfants jusqu'à 6 ans ainsi que certaines relatives à la périnatalité.

Les CCAS, acteurs de terrain incontournables sur le plan de précarité au niveau local, concentrent à ce titre d'importantes informations en matière sociale.

En outre, l'ensemble du tissu associatif ne doit pas être négligé par son importance et sa proximité des populations.

### **2.1.1.2 Les « organismes prestataires »**

A un **deuxième niveau** de production, on identifie « **les organismes prestataires** » qui, au travers de leurs missions institutionnelles, recueillent et synthétisent des données sanitaires et sociales.

Ainsi, nous avons rencontré la « cellule études et prospectives » du conseil général du Finistère qui a mis en place un observatoire social départemental collectant, d'une part, des données qu'il recueille directement de l'activité de ses services et, d'autre part, des données de contexte externes provenant principalement de l'Institut National de Statistiques d'Etude Economique (INSEE).

A ce niveau de production d'information, il conviendra de compléter par les données provenant des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) en matière sanitaire, les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) pour les données relatives à la famille et aux bénéficiaires des minima sociaux, les Agence Nationales Pour l'Emploi (ANPE), les Associations pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce (ASSEDIC) pour l'ensemble des données en matière d'emploi et d'allocation chômage.

### **2.1.1.3 Les « organismes experts »**

Le **troisième niveau** de production d'information est constitué par « **les organismes experts** », dont la production et le traitement de données constituent tout ou partie de leurs missions.

Dans cette catégorie d'opérateurs rencontrés au cours de cette étude, on citera l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne, spécialisé dans les études épidémiologiques et dont le rôle principal est de fédérer les acteurs de santé. L'observatoire collecte des données auprès des professionnels et des différents réseaux existants. Il participe à la création de bases de données d'indicateurs de santé et participe également en tant qu'expert à de nombreuses instances telle la Conférence Régionale de Santé.

A cet échelon régional, d'autres organismes experts existent :

La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), et notamment sa cellule statistique, reçoit et traite de nombreuses données dans le domaine sanitaire et médico-social. Pour l'aide à l'expertise des services déconcentrés, il existe des cellules interrégionales

épidémiologiques (CIRE), dont les missions recouvrent l'épidémiologie d'intervention et la surveillance épidémiologique.

Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), créées par l'ordonnance du 24 avril 1996, recueillent en particulier des statistiques de soins de ville pour l'ensemble des régimes de protection sociale.

Les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML) ont pour mission, entre autres, d'améliorer le système de soins et de développer des moyens d'évaluation.

Par ailleurs, les organismes experts de compétence nationale présentent une continuité avec le niveau régional.

L'INSEE, au travers du recensement général de la population et de la gestion des statistiques des décès, génère une information contextuelle, globale et complète.

L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) gère les causes médicales des décès et l'ensemble des données de mortalité et de morbidité au travers d'un suivi régulier ou ponctuel (études et enquêtes) de l'état de santé des populations.

L'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) suit les populations en matière épidémiologique.

Fondamental en matière de précarité, l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), créé par la loi de lutte contre les exclusions, rassemble, analyse et diffuse les informations relatives aux situations de pauvreté, précarité et exclusion et aux politiques menées. Il développe aussi des connaissances et des systèmes d'information et réalise des évaluations. Par ailleurs, il est prévu la création d'Observatoires Régionaux Sociaux (ORS) pour la mise en commun des données régionales en matière sociale.

Enfin, sont à l'origine d'études ponctuelles et/ou régulières, le Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES), la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), l'Institut national d'études démographiques (INED). Ainsi, le CREDES observe, analyse et met à disposition de l'information concernant l'évolution des comportements des consommateurs et des producteurs de soins à la fois sous l'angle médical, économique, géographique et sociologique ; les fonctions de la DREES touchent principalement l'étude et l'évaluation ; l'INED entreprend, développe et encourage des travaux de recherche ayant pour objet l'étude des populations sous tous leurs aspects.

## **2.1.2 Les difficultés liées à la production de l'information**

### **2.1.2.1 Une forte implication entre la production d'information et les activités de terrain**

On a pu observer que les promoteurs collectent non seulement des informations relatives à leur fonctionnement et à leur champ de compétence, mais aussi des informations hors de leur champ. Ainsi, les promoteurs du domaine sanitaire peuvent collecter des données sociales, et inversement. La pratique de terrain montre donc qu'il existe une interaction naturelle entre le sanitaire et le social en contradiction avec la tendance au cloisonnement des professionnels.

Les données collectées peuvent avoir pour objectif précis de servir la mission de l'association. Elles se cantonnent au champ d'intervention privilégié de l'association, et, de ce fait, sont

difficilement mises en perspective avec d'autres données. L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale précise :

« (...), la collecte statistique associative est soumise à des enjeux de nature différente. Son premier objectif est de faire connaître l'action de l'association, le public concerné. Elle sert également de support à l'évaluation des actions menées. Toutefois, connaître et faire connaître l'association, et mieux connaître les situations de pauvreté sont des objectifs si différents qu'ils devraient faire l'objet d'organisations spécifiques. »

#### **2.1.2.2 Le problème de formation des acteurs et de leur instabilité professionnelle**

La diversité des champs de compétence de ces différents organismes et leurs différences de statuts ne permettent pas une harmonisation des informations et aboutit à une segmentation dans le recueil des données.

Globalement, les différents acteurs ne possèdent pas de culture commune de la « santé » au sens de la Charte d'OTTAWA de 1986. Cette lacune peut être la cause d'un cloisonnement entre ces « partenaires ». Elle est aggravée d'après le Conseil Général du Finistère par un fort « turn-over » des acteurs sociaux. Le secteur sanitaire, présentant davantage de stabilité au niveau de ses intervenants, se retrouve ainsi confronté à la résolution de problèmes sociaux pour lesquels il n'a pas nécessairement de réponses (notamment l'un des problèmes des services d'urgence hospitaliers).

La formation se doit donc d'être pluridisciplinaire pour permettre une harmonisation des pratiques, avec une prise en compte systématique des conditions de vie et de l'environnement social des populations. En filigrane des difficultés évoquées, émerge « l'incompétence générale des acteurs associatifs refoulés socialement par crainte de décourager les bonnes âmes et de paraître privilégier la technicité au détriment de la vertu ». (Cf. Roland GUENOUN et Gilbert COTTEAU In Précarité et Santé).

#### **2.1.2.3 L'absence de définitions communes**

Au travers des différents entretiens réalisés auprès des professionnels sanitaires et sociaux de Bretagne, les définitions de la précarité et des populations concernées sont étroitement liées au domaine d'intervention des différents acteurs. A titre d'exemple, pour le Conseil Général du Finistère, la précarité se définit de façon très globale comme étant un « état de déséquilibre », alors que pour les coordonnateurs de la PASS de Saint-Malo, la précarité s'assimile à « une absence de logement, et/ou une absence de ressources, et/ou une absence de couverture sociale complémentaire ».

Les différentes définitions entendues au cours des entretiens sont présentées dans la partie méthodologie de ce rapport.

## **2.2 Une information hétérogène préjudiciant sa pertinence opérationnelle**

On peut classer l'information selon deux critères de formes : des données quantitatives et des données qualitatives.

## **2.2.1 Les formes de l'information : le quantitatif et qualitatif**

### **2.2.1.1 Des données quantitatives incontournables**

Les données quantitatives apportent une connaissance chiffrée de la réalité. Par exemple, des données démographiques concernant le dénombrement de la population, des études épidémiologiques de prévalence ou encore des statistiques d'évolution d'un phénomène ou d'une politique. Les données quantitatives apportent une connaissance rationnelle et objectivable d'une réalité.

L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale a retenu deux indicateurs quantitatifs de pauvreté :

*L'indicateur monétaire* : sont considérés comme pauvres les ménages ou les individus dont les ressources sont inférieures à un seuil donné. En France, le seuil communément admis correspond à la moitié du niveau de vie médian, la médiane étant la valeur qui sépare une population en deux parties égales : conventionnellement, 3650 francs pour une personne seule.

*L'indicateur de pauvreté administrative* : il évalue le nombre de ménages qui relèvent de la solidarité nationale au titre des minima sociaux. Au 31 décembre 1999, cette situation concernait 3,2 millions d'allocataires et environ 6 millions de personnes dépendant de ces minima.

Plusieurs PRAPS, ainsi que la DREES dans son document « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2000 », utilisent comme indicateur la surmortalité avant 65 ans, indicateur très sensible aux conditions de vie.

Tant pour le recueil de l'information que pour sa mise en forme, l'échelon d'intégration des données est à prendre en compte. Par exemple, un échelon géographique trop important ne permet pas toujours d'appréhender la finesse de la réalité et peut gommer certains phénomènes. C'est pourquoi il peut sembler quelquefois intéressant de recueillir des données au niveau IRIS. Cet échelon géographique, qui comprend environ 2 000 habitants, a été standardisé par l'INSEE au cours de l'année 2000 dans le but d'appréhender la réalité dans sa plus grande finesse (cf. annexe).

De la même manière, la réactualisation périodique des données permet, à plus ou moins brève échéance, d'avoir une connaissance actualisée d'une réalité. Par ailleurs, on constate que plus large est l'échelon de collecte des données, moins actuelles sont ces données. Ce retard est dû en partie au grand nombre de sources d'information à recueillir.

Lors de nos entretiens en Bretagne auprès des différents organismes experts, nous avons observé que ceux-ci avaient organisé leurs données par thématique autour des déterminants de la précarité contextuels (démographie, logement, ressources, formation, emploi et chômage), et des indicateurs de réponse relevant de la solidarité nationale aux situations de précarité (minima sociaux et famille).

Par ailleurs, le croisement de ces données a permis au Conseil Général du Finistère d'établir des niveaux de risques sociaux de précarité par territoire observé.

Les données quantitatives contribuent largement à la connaissance des personnes en situation précaire, mais ne permettent pas de l'appréhender dans tous ces aspects : des

données qualitatives complémentaires nous paraissent indispensables ainsi qu'à l'ensemble des acteurs rencontrés.

### **2.2.1.2 Des données qualitatives, un aspect essentiel de la connaissance**

Ces données enrichissent la connaissance de la précarité par des notions de ressenti ou de vécu des populations et des acteurs de terrain. La connaissance subjective permet d'appréhender les représentations des acteurs et des usagers des situations rencontrées.

L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale a retenu un indicateur qualitatif de pauvreté : *l'indicateur des conditions de vie*. Calculé par l'INSEE, il tente d'allier à l'aspect quantitatif de l'indicateur monétaire des données qualitatives telles que le confort du logement, le niveau d'endettement, le niveau de consommation et le niveau d'équipement. En tout, 28 sous-indicateurs sont retenus pour définir cet indicateur permettant pour chaque ménage le positionnement sur une échelle globale de difficultés.

Il nous semble qu'avec la définition large de la santé de l'OMS qui intègre la qualité de vie, la notion d'état de santé ressenti et d'auto-appréciation de la santé devrait être de plus en plus utilisée.

Concernant les populations, des indicateurs qualitatifs ont été recueillis par sondage dans certains centres d'exams de santé. L'auto-appréciation de l'état de santé repose alors sur une échelle sur laquelle l'utilisateur se situe entre une très mauvaise santé ressentie, et un sentiment d'excellente santé.

Concernant les acteurs de terrains, le Conseil Général du Finistère diffuse à ses travailleurs sociaux des données quantitatives, que ceux-ci retournent en les complétant par des appréciations qualitatives.

## **2.2.2 Le qualitatif devient prépondérant devant les insuffisances des données quantitatives**

### **2.2.2.1 Les incertitudes de la statistique**

#### *2.2.2.1.1 Les populations « exclues » de la statistique.*

La statistique classique a du mal à cerner les populations en situation de pauvreté ou de précarité. Ces dernières, beaucoup plus que d'autres, échappent à des enquêtes générales qui ont pour objet la description des structures de l'ensemble de la société et de leur évolution.

Autre obstacle, la méfiance de ces personnes à l'égard des enquêteurs. Le refus de répondre, la fuite, la forte mobilité, sont autant de difficultés à surmonter vis-à-vis d'une population, qui, aux yeux de l'opinion publique, ne cesse de croître.

La troisième et dernière difficulté relève directement de l'enquête "Revenus Fiscaux" qui sert de base principale à la mesure et aux évaluations du taux de pauvreté monétaire. Les prestations sociales ne figurent pas sur les déclarations fiscales, l'évaluation des bénéficiaires n'est réalisée qu'à partir de simulations économétriques.

### *2.2.2.1.2 Les limites des indicateurs chiffrés de la pauvreté.*

#### ***La mesure de la pauvreté monétaire.***

Elle s'assimile davantage à une mesure d'inégalité relative des revenus. Ainsi, si tous les revenus augmentent de 1%, le taux de pauvreté reste inchangé ; si à l'inverse, celui des ménages au dessous du seuil augmente de 2%, et celui des autres ménages de 3%, la pauvreté relative augmente, alors qu'en valeur absolue le revenu des ménages pauvres a augmenté.

#### ***La définition des ressources des ménages.***

Echappent à la notion de revenus la mise à disposition gratuite de biens et services, la substitution d'une production domestique non marchande à un achat, les transferts monétaires réguliers.

#### ***La période des enquêtes.***

Réalisées sur les années précédentes, elles ne tiennent pas compte de la situation réelle des ménages, les situations durables et ponctuelles se trouvent alors confondues. Cet élément nous a été corroboré par la DDASS du Finistère, qui éprouve des difficultés à coordonner ses actions par rapport à la rapidité des évolutions des situations.

#### ***Distribution géographique des revenus.***

En retenant le seuil de pauvreté monétaire, le taux de pauvreté est plus élevé en province (9,1%) qu'en Ile-de-France (5,6%). Or, avec des seuils séparés, 500,00 francs pour l'Ile-de-France et 3 350,00 francs pour la province, le taux de pauvreté s'établit à 7,9% pour la province, et à 11,4% pour l'Ile-de-France.

De plus, l'APRAS, nous a précisé l'intérêt d'un découpage territorial particulièrement fin (IRIS) afin d'éviter les effets de lissage que peuvent produire des enquêtes réalisées à l'échelon d'une aire géographique plus étendue.

### *2.2.2.1.3 Les mesures chiffrées ne comprennent que la pauvreté.*

Malgré leurs imperfections, ces différents indicateurs permettent de donner une image de la pauvreté en France. Tel n'est pas le cas pour la précarité et l'exclusion.

D'après le rapport 2000 de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, en dépit des nombreux indicateurs développés depuis 1970 (groupe de travail du Conseil National de l'Information Statistique, efforts consentis par l'INSEE, la DRESS, les directions statistiques des ministères, l'INED), un sentiment de décalage persiste au niveau des acteurs de terrain, et plus largement de l'opinion publique, entre les connaissances chiffrées et la réalité qu'ils vivent ou côtoient. Ceci s'explique par le fait que des lacunes et des incertitudes persistent.

### **2.2.2.2 Les effets de seuil**

La diversité des définitions a notamment pour conséquence une incertitude sur les limites des catégories, des groupes de population que l'on veut voir correspondre aux caractéristiques des définitions. Les effets de seuil ont une influence notable sur les résultats obtenus. Si l'on regarde le taux de pauvreté monétaire, part des ménages ou individus dont les ressources sont inférieures à un seuil donné, on s'aperçoit qu'il varie fortement en fonction de la limite retenue.

Seuil de pauvreté	40% de la médiane	50% de la médiane	60% de la médiane
Taux de pauvreté	3%	7,3%	13,4%

Par ailleurs, chacun s'attache à collecter l'information qu'il juge pertinente pour son activité, sans avoir de vision plus globale du problème. Jacques LEBAS et Pierre CHAUVIN, précisent dans leur ouvrage Précarité et Santé :

« (...) les études épidémiologiques consacrées à cette problématique (la précarisation sociale et l'état de santé) sont généralement soit unicentrique, réalisées sur la clientèle d'un dispositif de soins spécifiques, soit centrées sur une population particulière. »

### **2.2.2.3 La prédominance du ressenti**

Les incertitudes de la statistique décrites précédemment ont pour conséquence immédiate une utilisation peu objective des données. Ainsi, les priorités d'actions définies par les acteurs de terrain relèvent davantage d'une perception affective des problèmes que d'une approche rationnelle. Pour illustration, un conseiller technique de la DDASS nous a fait part qu'en l'absence de données quantitatives, le seul moyen d'évaluation des actions reste le ressenti. Tant qu'il verra des sans abris dans la rue, il continuera à œuvrer pour ouvrir des places dans les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS).

## **2.3 Un traitement de l'information disparate : une mise en commun difficile**

### **2.3.1 Le traitement de l'information : les structures existent**

Le traitement de l'information ne se suffit pas à lui même ; il englobe également une centralisation préalable des données et une diffusion a posteriori.

La centralisation de l'information consiste à regrouper les données émanant des différentes sources identifiées. Il apparaît qu'une multitude d'organismes est chargée de cette mission : les ORS, les observatoires sociaux, des opérateurs associatifs à l'image de l'APRAS sur la ville de Rennes, la Banque de Données Sociales Localisées (BDSL) et les administrations centrales. Ainsi, la collecte de l'information s'organise auprès des acteurs qui la produisent et qui acceptent de la transmettre ; ceci suppose la signature de conventions spécifiques.

L'information traitée doit faire l'objet d'une diffusion auprès des acteurs responsables de la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales. On peut constater que cette diffusion prend principalement la forme de tableaux de bords reprenant divers indicateurs quasi exclusivement quantitatifs, ces derniers faisant l'objet de commentaires minimalistes et souvent techniques.

Cette information est accessible sous forme de documents écrits et de CD-ROM. La diffusion plus générale, notamment via Internet, demeure limitée, voire inexistante. L'accès à l'information suppose donc, dans un premier temps, la connaissance de l'existence de cette dernière mais également, dans un second temps, une démarche volontaire de la part des acteurs concernés par celle-ci. Il semble que la diffusion ne soit effective qu'entre partenaires

initialement intégrés au processus de collecte, de centralisation et de traitement de l'information. A titre d'exemple, l'Observatoire social du Conseil général du Finistère diffuse les données traitées auprès de ses travailleurs sociaux, auparavant acteurs de la collecte et du traitement et ensuite chargés de la mise en œuvre des politiques départementales.

### **2.3.2 Le traitement hétérogène à la source de difficultés : le problème de la mise en commun et de la coordination**

L'ensemble des personnes concernées mettent en avant un souci dans le partage des données recueillies. Ce cloisonnement est identifiable entre le secteur sanitaire et le secteur social, mais aussi entre les acteurs d'un même secteur. Ainsi, les témoignages rédigés par l'ensemble des permanents d'ATD Quart-Monde, transcrivant « la parole des pauvres », compilés dans « le sommier », ne sont accessibles ni aux acteurs sanitaires et sociaux, ni aux chercheurs alors même qu'ils doivent représenter une source d'information considérable.

S'il existe une multitude d'acteurs centralisant l'information, aucun n'est cependant reconnu comme principal responsable de cette mission. Aussi, différentes initiatives locales, départementales et régionales entraînent l'apparition d'un panel d'organismes qui, sur le même territoire, se réfèrent à des unités géographiques différentes.

Le traitement de l'information suppose la transformation des données brutes en données exploitables et utilisables par les responsables de la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales. Il apparaît cependant que chaque opérateur utilise des méthodes propres ; en effet, chacun retient des indicateurs qui lui semblent être les plus pertinents en fonction des problèmes relevant de sa mission. A titre d'exemple, l'APRAS de Rennes ne dégage pas d'indicateur relatif aux données sanitaires. Cet état de fait a pour conséquence l'émergence de disparités dans le traitement de l'information et donc dans l'exploitation de cette dernière.

## **2.4 Une exploitation de l'information rendue difficile à la source et du fait de ses conséquences politiques**

### **2.4.1 L'exploitation de l'information : un déséquilibre entre les données sanitaires et les données sociales, un défaut d'évaluation**

Le traitement de l'information a un double objectif.

Il s'agit, dans un premier temps, d'analyser les besoins réels de Santé des populations en situation précaire, ce qui suppose de mettre en place des indicateurs pertinents reposant sur une collecte d'information efficace et complète. Les modalités retenues influencent de manière importante cette définition des besoins. On constate cependant que la majorité des acteurs de terrain disposent plus en Bretagne de données sociales que de données sanitaires. Ainsi, la DDASS du Finistère pose la difficulté de la détermination même des besoins sanitaires au regard de la rareté des données dans ce domaine.

Le second objectif de l'utilisation de l'information consiste à évaluer les politiques mises en œuvre. Or, l'analyse des entretiens semble démontrer une relative absence de cette évaluation. Il est nécessaire de préciser que l'évaluation des politiques n'en est qu'à ses balbutiements,

comme le démontre la mise en place du PRAPS de « deuxième génération » en Bretagne, alors que la « première génération » ne fait actuellement l'objet que d'une évaluation partielle, relative aux PASS et au rapprochement des équipes de santé mentale et d'action sociale.

On pourrait imaginer la mise en place d'indicateurs spécifiques à l'évaluation ; il semble toutefois que la simple étude de l'évolution des indicateurs servant déjà à définir les besoins donnerait des éléments d'appréciation sur l'efficacité des mesures prises.

Tant au regard des lectures qu'au regard des entretiens, la principale difficulté semblant a priori émerger est celle du cloisonnement entre données sociales et données sanitaires. Il semble par ailleurs qu'un cloisonnement d'une autre nature existe entre les responsables de la mise en œuvre des politiques et les professionnels du traitement de l'information.

## **2.4.2 Les limites dans l'exploitation des données : la difficile interprétation des informations sanitaires et sociales**

### **2.4.2.1 Le problème de la causalité entre problèmes psychique et difficultés sociales**

La relation entre problèmes psychiques et problèmes sociaux est souvent mal envisagée. Il existe une tendance générale à faire découler un problème social d'un problème psychique. Or, dans la majorité des cas, le rapport de cause à effet est inversé. Il est nécessaire de travailler sur les représentations. Le docteur THERY appuie cette idée sur son expérience de praticien. A son avis, les personnes en situation de précarité relevant d'une pathologie psychiatrique ou psychologique représentent une partie marginale des précaires. Pour Jean MAISONDIEU, médecin chef au centre hospitalier intercommunal Léon TOUHLADJIAN de POISSY, il existe un véritable « syndrome d'exclusion » qui se traduit par des troubles psychiques spécifiques fondés sur un triptyque honte, désespérance, et inhibition affectivo-cognitive (mécanisme de défense mis en place par l'exclu pour se protéger de la honte et de la désespérance). Ses caractéristiques permettent de le reconnaître et de le différencier d'une maladie mentale. Pour l'auteur, l'intervention psychiatrique n'est pas toujours indispensable, mais elle est souvent souhaitable avant l'installation d'un syndrome d'exclusion avéré (Cf. Entre exclusion du malade et mal-être de l'exclu : la souffrance du sujet niée dans son altérité *In 8ème cours international sur les techniques de soins en psychiatrie de secteur : les soins psychiques confrontés au rupture du lien social sous la direction de M. SASSOLAS*)

En tout état de cause, il nous apparaît préférable que cette aide, aussi nécessaire soit elle, ne se substitue pas au travail social.

### **2.4.2.2 L'utilisation des données soumise au bon vouloir des politiques**

La majorité des personnes interviewées nous ont fait part de l'utilisation, ou de la non utilisation des données recueillies, en fonction de choix et d'affichages politiques. Ainsi, lors de l'élaboration du PRAPS de Bretagne, une analyse objective des besoins n'a pu être réalisée faute de temps, des pressions politiques exigeant un travail et une mise en place rapides. L'Observatoire Social du Finistère nous a précisé que l'ensemble des données collectées servaient bien entendu à la mise en place de politiques appropriées, mais sans en exclure la possible manipulation.

Au final, les entretiens réalisés auprès d'acteurs des domaines sanitaires et sociaux ont souligné qu'il existait moins un manque de données que, d'une part, des difficultés d'accessibilité à ces données et, d'autre part, des difficultés de croisement de ces données entre elles du fait de l'hétérogénéité de leurs formes et de leurs contenus. Ces constats, qui peuvent être expliqués par le cloisonnement (géographique, institutionnel, « culturel »...) des acteurs sanitaires et sociaux et par le manque de coordination des politiques mises en œuvre conduisent le groupe à proposer une refonte du système existant autour d'un nouveau dispositif.

### **3 PROPOSITIONS POUR UN OUTIL D'HARMONISATION DES DONNEES SANITAIRES ET SOCIALES DISPONIBLES**

Pour faciliter le décloisonnement et la coordination des actions, le groupe a décidé de proposer un outil d'harmonisation et de mise en commun de l'ensemble des données sanitaires et sociales. Cet outil permettra également de rendre compte de façon dynamique de l'importance des phénomènes socio-économiques et des conditions de vie sur l'état de Santé des populations, au sens de l'OMS. Il permettra, par un suivi continu, d'évaluer les politiques mises en œuvre.

#### **3.1 Création d'une Banque Régionale de Données Sanitaires et Sociales (BRDSS)**

Cet outil d'harmonisation et de mise en commun de l'information sanitaire et sociale prendra la forme d'un guide méthodologique et de grilles de recueil de données servant de base minimale commune à tous les acteurs de terrain.

Les données recueillies alimenteront une Banque Régionale de Données Sociales et Sanitaires (BRDSS) directement utilisable par tous les acteurs de terrain.

Le groupe souhaite que la BRDSS fonctionne en lien direct avec les acteurs de terrain. La BRDSS vise à garantir la quasi absence de délai de mise à jour de façon à éviter de reproduire les défauts de la Banque de Données Sociale Localisée (BDLS, Circulaire N° DGAS/DREES/DAGPB/2000/456 du 13 septembre 2000). Cette dernière, construite à partir de données acquises auprès de fournisseurs essentiellement externes (CNAF, INSEE, MSA, Ministère de l'Education nationale...), ne permet en effet de disposer de données au mieux qu'avec un délai de 2 à 3 ans. Cette obsolescence des données au jour même de leur disponibilité dans la BDSL les rend inutilisables dans la conduite et la programmation d'actions.

L'exemple des Comités techniques régionaux de l'information médicale (Circulaire N° DH/PMSI/2000/366 du 3 juillet 2000) a également été utilisé. Le groupe a décidé de ne pas reproduire le fonctionnement de cette instance trop orientée vers la production de données médicales utilisables pour des visées comptables. De plus, en choisissant de faire gérer la BRDSS par un organisme externe à la hiérarchie de l'Etat, le groupe affirme sa volonté de garantir la totale indépendance et objectivité dans la production des données.

#### **3.2 Gestion par une Agence Régionale de Recueil et de Traitement de l'Information Sanitaire et Sociale (ARRTISS)**

##### **3.2.1 Les missions de l'ARRTISS**

Dans la continuité d'une décentralisation du système de Santé, une Agence Régionale de Recueil et de Traitement de l'Information Sanitaire et Sociale (ARRTISS) sera chargée d'élaborer le guide méthodologique et les grilles de recueil de données, et de gérer la BRDSS.

L'ARTISS aura également pour missions :

- de former l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux, même non professionnels, à l'utilisation de cet outil,
- de suivre l'application de cette méthodologie par tous les acteurs de terrain,
- de collecter et de traiter l'information recueillie par les acteurs de terrain,
- de rendre un rapport annuel sur les conditions de vie, les phénomènes socio-économiques et l'état de santé de la population prise en charge par chaque acteur de terrain (institutionnel, associatif...), rapport pouvant servir de « tableau de bord d'activité » pour ces acteurs<sup>1</sup>,
- de rendre un rapport synthétique au niveau de chaque IRIS de la région ; ces rapports « harmonisés » permettront des comparaisons entre zones géographiques et permettront de mieux cibler les actions,
- d'assurer la diffusion large de ces informations après élaboration d'une charte éthique et validation par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

### **3.2.2 Le statut juridique de l'ARTISS**

La forme juridique d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP), tel que défini par la Loi du 15 Juillet 1982, paraît la plus adaptée dans un premier temps.

Le problème de l'identification et de la multiplicité des partenaires signataires de la convention constitutive du GIP ne doit pas être sous-estimé. On peut concevoir que toute institution publique ou participant au service public, ainsi que toute personne de droit privé recevant une subvention publique, œuvrant dans les secteurs sanitaire et social, soient partenaires de cette convention.

### **3.2.3 Le mode de financement de l'ARTISS**

Si on conçoit une phase expérimentale à l'échelon d'une région, il pourrait y avoir attribution directe d'un budget spécifique de l'Etat.

La convention prévoira également la participation des différents partenaires, sous forme de mise à disposition de locaux ou de personnels par exemple.

A noter que l'investissement financier initialement nécessaire (équipement, formation...) sera rapidement rentabilisé par les économies réalisées du fait de la moindre nécessité d'études spécifiques et de la meilleure coordination des actions.

A terme, la garantie de la Santé des populations étant une mission de l'Etat, au service de tous les citoyens, on peut concevoir qu'un budget affecté, collecté par exemple par un pourcentage de Contribution Sociale Généralisée (% CSG), alimente un Fond de Garantie de la Santé Publique (FGSP).

La création du FGSP nécessitera de revoir le statut juridique initialement proposé.

---

<sup>1</sup> à noter que cette disposition pourra aussi servir de moyen d'évaluation externe de l'activité des acteurs permettant une plus grande transparence et une meilleure gestion

### **3.2.4 Le personnel de l'ARRTISS**

Le directeur sera nommé par le préfet de région, choisi parmi des universitaires de Santé publique afin de garantir une certaine indépendance et liberté d'expression.

Les personnels seront des statisticiens, des épidémiologistes et des sociologues recrutés par le directeur de l'ARRTISS pour leurs compétences et intérêts dans le domaine de la Santé publique.

### **3.2.5 Le comité de pilotage de l'ARRTISS**

Le but de sa constitution est de rassembler l'ensemble des acteurs agissant dans les domaines sanitaires et sociaux, mais également des élus politiques, des usagers et des représentants de tous les services pouvant agir sur les déterminants de Santé, de façon à imprégner l'ensemble de la Société d'une véritable « culture de Santé publique ».

Sa composition numériquement importante favorisera les réflexions communes en groupe de travail.

Il sera composé de :

- représentants des services déconcentrés de l'Etat :
  - o directeurs des DDASS et de la DRASS,
  - o représentants des DDE et des DDTE,
  - o représentant de la Direction régionale du Travail,
  - o représentants de la Protection Judiciaire de la Jeunesse,
  - o représentants de l'Education nationale,
  - o éventuellement représentants de la Jeunesse et des Sports, de la Culture...
- représentants des acteurs sanitaires :
  - o Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH),
  - o Représentant de l'hospitalisation privée,
  - o Directeur de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML),
- représentants des élus (membres des Conseils généraux et régional, à parité élus des communes de plus et de moins de 20 000 habitants),
- représentants des associations agissant dans le domaine socio-sanitaire,
- représentants des usagers des services socio-sanitaires,
- représentants des organismes de protection sociale (caisses d'assurance-maladie, d'allocations familiales...).

### **3.2.6 Le recueil des données alimentant la BRDSS**

Selon une méthodologie validée par l'étude PRECAR de l'Institut de l'Humanaire en septembre 1999 (INSERM U444, Pierre CHAUVIN et collaborateurs), les grilles de recueil des données mêleront simultanément et obligatoirement :

- des données médicales et des données socio-économiques et de conditions de vie,
- des données quantitatives, « objectives » (nombre d'allocataires des minima sociaux, taux de mortalité et morbidité, niveau de qualification professionnelle...), et des données

qualitatives, plus « subjectives » (mode de fréquentation dans les centres de santé, indices de satisfaction...),

- des méthodes statistiques et épidémiologiques et des méthodes sociologiques d'étude de comportement<sup>2</sup> et de ressentis d'état de santé<sup>3</sup>.

Ces données seront recueillies auprès des populations prises en charge, mais également auprès des acteurs sanitaires et sociaux de terrain.

Pour être utiles aux acteurs de terrain, ces grilles communes devront impérativement rester faciles à utiliser par tous, même pour les non professionnels, et faciles à traiter de façon à avoir une restitution de l'information « en temps réel »<sup>4</sup>.

Chaque acteur de terrain disposera donc d'un moyen d'alimenter ou d'interroger en temps réel la banque de données, par exemple par l'utilisation d'un service « en ligne ».

Pour limiter le coût des études, un échantillonnage par sondage, sur le modèle des futurs recensements généraux de populations de l'INSEE, pourra être discuté.

### **3.2.7 La diffusion de l'information par l'ARRTISS**

Outre les rapports annuels définis au .1, l'ARRTISS diffusera « en ligne » et sans restriction d'accès les données à l'échelon des IRIS, ainsi qu'un logiciel permettant le « re-traitement », le « croisement » de ces données par les acteurs de terrain eux-mêmes en fonction de leurs besoins spécifiques.

### **3.3 Avantages de l'ARRTISS et de la BRDSS**

En concevant un outil alimenté « en direct » par les acteurs de terrain eux-mêmes, avec une restitution « en temps réel » d'informations utilisables à un échelon suffisamment localisé, une culture de santé publique au sens très large de l'OMS se développera entre tous les partenaires et permettra de mieux coordonner les actions de chacun.

L'évaluation des politiques mises en œuvre se fera en continu par le suivi des indicateurs.

A terme, la réussite du fonctionnement de l'ARRTISS et de la BRDSS permettra de « simplifier » en les rassemblant les multiples sources de données sanitaires et sociales, multiplicité facteur de sous-utilisation.

Il apparaît évident, et la question s'est posée au groupe, que la création de l'ARTISS représente une instance supplémentaire dans le paysage déjà saturé de l'information sanitaire et sociale. Nous ne remettons pas en cause l'existence même des divers organismes rencontrés, puisque chacun intervient à un niveau d'information ou à un niveau géographique différent des autres. Cependant, il nous semble qu'en l'état actuel des choses, aucune instance n'est capable de proposer une exploitation harmonieuse des données à la fois sur le plan

---

<sup>2</sup> par exemple, étude de renoncement aux soins (par précarité financière, par inaccessibilité géographique,...), de conduite à risque socio-sanitaire (addiction, conduite automobile sans permis...).

<sup>3</sup> par exemple, le « Health Perceptions Questionnaire » de John E. Ware, 1976, in *Measuring health*, de Ian Mc Dowell et Claire Newell, second edition, 1996, Oxford University Press.

<sup>4</sup>notons que la « Banque de Données Sociales Localisées » (BDSL) en cours d'installation dans les services déconcentrés de l'Etat est peu utilisée comme outil de pilotage des politiques à mettre en œuvre du fait d'un délai de restitution des données de 2 à 4 ans.

sanitaire et sur le plan social. De plus, la création de l'ARTISS permettrait la mise en œuvre des moyens financiers nécessaires à ce travail. Enfin, l'autorité de celle-ci serait renforcée par sa légitimité juridique.

L'idée que l'harmonisation dans la méthode de travail puisse émaner des instances de terrain nous paraît quelque peu utopique, d'autant que le temps presse : la situation des populations précaires exige la mise en place de dispositifs adaptés et efficaces, la pression politique nécessite une évaluation efficiente des politiques mises en œuvre enfin, l'utilisation des deniers publics ne souffre pas un tel flou.

### **3.4 Alternative possible concernant le statut juridique proposé**

Les données collectées par les acteurs de terrain et les prestataires ainsi harmonisées pourraient être rassemblées au niveau régional. Afin d'éviter le cloisonnement constaté, il convient que cette structure régionale réunisse le sanitaire et le social.

La circulaire du 22 septembre 1999 invite les DRASS à mettre en place une structure régionale de coordination de l'observation sociale. On peut concevoir que cette structure élargisse ses compétences par regroupement avec l'ORS et le CREAL.

Reposant sur le travail des acteurs privés et public, disposant de moyens ( informations, financement, personnel) fournis par l'Etat, cette structure constitue également un outil important d'organisation et d'aide à la décision pour la préparation des conférences régionales de santé, la mise en œuvre des programmes régionaux de santé et toute action de santé publique. Par la suite, l'accès de ces données pourrait être envisagé pour nos partenaires intervenant dans le champ du logement (DRE), de l'emploi (DRTE)...afin qu'ils les intègrent à leur réflexion.

C'est à cette condition qu'une véritable politique de santé publique pourra être conduite.

## CONCLUSION

Les notions de pauvreté, grande pauvreté, exclusion qui gravitent autour de la précarité présentent de multiples définitions qui vont même jusqu'à se chevaucher.

Les sources d'information sanitaire et sociale relatives aux populations en situation de précarité sont diverses, de nature différente et sans coordination.

Cette hétérogénéité rend difficile le repérage de l'ensemble des populations en situation de précarité, la connaissance exacte de leurs besoins de santé et les réponses à leur apporter.

Toutefois, la force du lien qui unit les aspects sanitaires et sociaux dans les situations de précarité est évidente, si évidente qu'on parle à ce sujet de « relation circulaire ».

Il s'agit donc de dégager un outil performant pour connaître les situations de précarité, agir sur elles et particulièrement sur leurs conséquences pour la santé. Notre proposition vise à cela.

Ainsi, une véritable prise en compte des différents facteurs ne peut se limiter à une seule approche sanitaire et sociale, au sens restreint du terme. Comme le considère Béatrice APPAY dans Précarisation, risques et santé, « il est nécessaire de reconstruire la question sociale [...] comme étant au croisement de l'économique et du politique ».

## ANNEXES

## ANNEXE 1

### Personnes rencontrées :

- **Mme DUPUIS-BELAIR**, Coordinateur du PRAPS de Bretagne, DRASS de Bretagne à Rennes.
- **Mme le Dr SARAUX**, Médecin du Point H, Centre de santé à Brest.
- **Mr le Dr THERY**, chargé de mission santé publique. Conseil Général du Finistère.
- **Mr CAFFIN et Mme POULARD**, APRAS à Rennes.
- **Mme le Dr QUITTANCON**, médecin inspecteur DDASS de Saint-Brieuc.
- **Mme LARPENT**, chargée des affaires de l'observatoire social à Brest.
- **Mr le Dr POUCHARD**, médecin responsable du centre d'examen de santé à Rennes.
- **Mme FAYOLLE**, directrice de la mission locale du bassin rennais à Rennes.
- **Mr BLECON**, conseiller technique, DDASS de Quimper.
- **Mr DIROU**, responsable de l'Observatoire du Conseil Général du Finistère.
- **Mr le Dr SIMAGA**, directeur de URML de Bretagne à Rennes.
- **Mr MARTIN et Mme ABLAIN**, coordinatrice de la PASS du Centre Hospitalier de Saint-Malo.
- **Mr PROST**, permanent ATD-Quart Monde à Rennes.
- **Mr PICHERAL et Mr LEPORTHO**, chef de projet et chargé de mission du contrat de ville à Rennes.
- **Mr le Dr CHAUVIN**, INSERM U444, Faculté de Médecine St Antoine à Paris.
- **Mme le Dr MAYER**, ORS de Bretagne à Rennes.

## ANNEXE 2

### GRILLE D'ENTRETIEN

#### Méthodologie générale.

Cette grille est un cadre général non rigide, adaptable à la personne interviewée et à ses interventions de façon à pouvoir rebondir aux idées nouvelles émises. Sauf exception, nous ne devons pas repartir sans avoir obtenu des réponses suffisamment précises à l'ensemble des questions posées.

Il est également nécessaire d'ouvrir les questions sur l'analyse personnelle des personnes questionnées. En cas de doute ou d'imprécisions, ne pas hésiter à reformuler ce qui vient d'être dit. Dans tous les cas rester neutre et ne pas induire les réponses, par des questions fermées du type interrogatif négatif (ex : ne pensez vous pas que... ?). Faire parler concrètement les personnes, de leur travail pour éviter les discours convenus.

<b>1.Présentation de notre travail et de son contexte.</b>	- Qui nous sommes, le contexte de notre travail commun, l'objet du travail
<b>2.Champ d'intervention du promoteur</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Renseignements généraux sur la structure, modes de financements, pilotage, champ d'intervention géographique, organisation du travail concrète (effectifs et fonctions, horaires d'ouverture, modalités de travail, etc.)</li><li>- Leurs missions et leurs objectifs.</li><li>- Publics concernés (par ex :qui, combien, âge, sexe, évolution dans le temps)</li><li>- Comment viennent-ils, sont-ils adressé par d'autres structures ?</li><li>- Avec qui travaillent-t-ils ? Quelles modalités (formalisées ou pas)</li><li>- Comment se fait connaître le promoteur auprès des populations précaires et de ses partenaires.</li></ul>
<b>3. Ressenti. Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Qu'est ce que pour eux la précarité, Comment ils l'appréhendent, ainsi que les populations ? Que leur disent ces personnes ? Quels sont les besoins les plus cruciaux (exprimés et ou non exprimés) ?</li><li>- Indicateurs utilisés. Comment ils apprécient les besoins de santé de ces publics ?</li><li>- Les problèmes et les difficultés rencontrés, de quelles natures ? Existe-t-il des problèmes ou des pathologies spécifiques à des catégories de populations précaires particulières ?</li></ul>
<b>4. Evaluation et bilan</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comment ils envisagent(raient) de remédier à ces difficultés, quels moyens ?</li><li>- Sur quelles priorités ?</li><li>- Le partenariat sanitaire et social. Quels réseaux, quels moyens, quelles modalités d'actions ?</li><li>- De quoi auraient-ils besoin ?</li><li>- Evolution des publics, (de leurs besoins, leur nombre, la fréquence des rencontres, l'amélioration ou détérioration de leur santé, etc.)</li><li>- Les perspectives. Comment envisager l'avenir ?</li></ul>

## ANNEXE 3

Extrait du site internet <http://www.insee.fr>.

### Un nouveau découpage pour mieux connaître la ville : les iris 2000

Les IRIS (Îlots Regroupés pour l'Information Statistique) constituent un nouveau découpage urbain ; 2000 fait allusion à la fois à leur année de constitution et à leur taille (2 000 habitants environ). Ils ont été définis au moment du recensement de la population de mars 1999, en collaboration avec les mairies. Ils remplacent les quartiers 5 000 (quartiers d'environ 5 000 habitants définis pour le recensement de la population de 1990), jugés trop grands.

Deux types d'IRIS-2000 existent en Corse : ceux à dominante d'habitat et ceux d'activité, qui comptent beaucoup moins d'habitants. Selon la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté), les IRIS d'habitat doivent comprendre entre 1 800 et 4 000 habitants (en référence aux populations de 1990). Ils doivent respecter les grandes coupures du tissu urbain et être homogènes, notamment au niveau du bâti. Un IRIS d'activité doit comporter deux fois plus de salariés que d'habitants et être constitué d'au moins mille salariés. Il n'en existe qu'un seul en Corse, celui du Vazzio à Ajaccio.

### Des critères d'homogénéité

Le découpage des communes de plus de 10 000 habitants est obligatoire, celui des communes de 5 000 à 10 000 habitants fortement recommandé. En Corse, les trois communes de plus de 10 000 habitants (Ajaccio, Bastia et Porto-Vecchio) et les quatre de plus de 5 000 (Biguglia, Borgo, Calvi et Corte) ont ainsi été découpées en IRIS.

Les IRIS-2000 sont formés d'un ensemble d'îlots contigus. L'îlot, correspondant au « pâté de maisons », constitue le plus petit découpage infracommunal. Le regroupement des îlots s'effectue en fonction d'un certain nombre de critères : taille de la population, état du bâti, type de logement, limite historique... Les autres critères d'homogénéité socio-démographique (taux de jeunes, etc.) ne sont à utiliser qu'en complément ou pour confirmer des choix. A chaque IRIS est donné un nom caractéristique d'endroit. Les IRIS-2000 d'Ajaccio et de Bastia respectent les limites des anciens quartiers 5000, qui englobent ainsi selon les cas deux ou trois IRIS.

L'IRIS constitue l'échelon territorial le plus petit pour la diffusion infracommunale tout public de la plupart des informations issues du recensement. Quatorze variables sont par ailleurs disponibles au niveau îlot (répartition de la population par sexe et tranche d'âge et répartition des logements par catégorie). Pour la mise à disposition des variables dites sensibles, relatives à la nationalité et à l'immigration, la CNIL a imposé que l'information ne soit diffusée qu'à un niveau plus vaste, le TRIRIS. Pour les communes de plus de 10 000 habitants, un TRIRIS est la somme d'au moins trois IRIS- 2000 contigus. Les communes de 5 000 à moins de 10 000 habitants forment un seul TRIRIS.

De plus, des fonds de cartes numérisés des découpages en IRIS sont disponibles pour les villes d' Ajaccio et de Bastia et devraient l'être d'ici la fin de l'année pour Porto-Vecchio. Cette cartographie infracommunale permet de mieux visualiser les divergences qui existent entre les quartiers d'une même commune urbaine.

### **Des disparités au sein même de la ville**

Chaque IRIS présente des caractéristiques socio-démographiques bien particulières. Ainsi, à Ajaccio, on peut distinguer des quartiers « âgés », tel celui du boulevard Fred Scamaroni, où 42 % des habitants ont plus de 60 ans, des quartiers « jeunes » comme les Jardins de l'Empereur, où les moins de 25 ans représentent 33 % de la population. La structure par âge influence le taux d'activité\*. Ce dernier apparaît globalement plus faible dans les IRIS les plus âgés et inversement plus élevé dans les IRIS plus jeunes.

\* **Taux d'activité** : la population active comprend les actifs occupés, les chômeurs et les militaires du contingent. Elle est composée de personnes de 15 ans ou plus. Le taux d'activité est le rapport de la population active sur la population de 15 ans ou plus.

Certains lieux sont fortement peuplés. Tel est le cas du quartier du Vieux Port à Bastia, où la densité de population atteint presque 25 000 habitants au km<sup>2</sup>. Le degré de peuplement est important aussi à Santa Maria Maddalena et dans les quartiers Saint Jean et Les Cannes à Ajaccio. Par contre, les IRIS de Monserato à Bastia et ceux de la Résidence des Îles et des Jardins de l'Empereur à Ajaccio, englobent de grandes surfaces inhabitées. Leur densité y est inférieure à 300 habitants au km<sup>2</sup>.

L'étude des IRIS permet aussi de caractériser les endroits résidentiels où la majorité des ménages sont propriétaires de leur logement, comme le quartier du Théâtre à Bastia. A contrario, la cité Aurore ne compte que 8 % de propriétaires, ce qui s'explique par une proportion importante des immeubles HLM, qui représentent près de 80 % des logements de ce secteur. D'autres caractéristiques concernant les ménages varient d'un endroit à l'autre. C'est le cas de la taille moyenne des ménages qui augmente quand on va du centre-ville à la périphérie, que ce soit à Ajaccio ou à Bastia.

Des spécificités en matière de logement peuvent également être mises en évidence. A Ajaccio par exemple, le quartier de la Résidence des Îles, très touristique, est marqué par une forte proportion de résidences secondaires, qui constituent près d'un tiers du parc. Par ailleurs, un cinquième des logements de la place Foch sont vacants.

Les IRIS-2000 permettent ainsi une analyse plus fine de la ville. Cette première présentation sera complétée dans les mois à venir par des études plus approfondies. Celles-ci utiliseront l'ensemble des informations issues du recensement de la population de 1999, mais aussi des données provenant du répertoire des entreprises et des établissements SIRENE et de l'ANPE, afin d'obtenir une cartographie à la fois économique et sociale en milieu urbain.

**Armelle BOLUSSET**

## BIBLIOGRAPHIE

- Haut Comité de la Santé Publique. « **La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé** ». Rapport février 1998. Editions ENSP.
- INSERM. « **Les inégalités sociales de santé** ». 3<sup>ème</sup> trimestre 2000. Editions La Découverte.
- M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa et coll..« **Précarisation, risque et santé** » 2000 Editions INSERM.
- J. Lebas, P. Chauvin. « **Précarité et Santé** ». 1998. Editions Flammarion
- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. « **Rapport 2000** ».
- DRASS de Bretagne. « **Programme régional d'accès à la prévention et aux soins de Bretagne.** » Juin 2000.
- DREES. « **Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2000** » Février 2001. La Documentation Française.
- P. Chauvin et coll. « **Etudes PRECAR** » rapport final. Septembre 1999.