



Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention

Prévention : les généralistes
dans leur rôle

Promotion de la santé
et milieu scolaire

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA **Santé**
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

Yves Géry

Secrétaire de rédaction :

Marie-Frédérique Cormand

Assistante de rédaction :

Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**

<dired@inpes.sante.fr>

La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et **Nathalie Houzelle**

<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>

Débats : **Éric Le Grand**

<ericlegrand35@orange.fr>

Aide à l'action : **Florence Rostan** <florenc.rostan@inpes.sante.fr>

Études/Enquêtes : **François Beck**

<francois.beck@inpes.sante.fr>

International : **Jennifer Davies**

<jennifer.davies@inpes.sante.fr>

Éducation du patient : **Isabelle Vincent**

<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>

Cinésanté : **Michel Condé**

<michelconde@grignoux.be>

et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>

Lectures – Outils : Centre de documentation

<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Élodie Aïna (Inpes), **Jean-Christophe Azorin** (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (Inpes), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Philippe Guilbert** (Inpes), **Zoé Héritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-2), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (Inpes), **Colette Menard** (Inpes), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Jean-Marc Piton** (Inpes), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Réalisation : **Éditions de l'Analogie**

Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)

Commission paritaire : 0711B06495

N°ISSN : 0151 1998

Dépôt légal : 3^e trimestre 2011

Tirage : 5 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

La Santé de l'homme intégralement accessible sur Internet

Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet

Depuis janvier 2010, tous les numéros publiés sont intégralement accessibles sur le site internet de l'Inpes : www.inpes.sante.fr

Vous y trouverez également :

- La revue : présentation et contacts
- Les sommaires des numéros parus et index depuis 1999
- Les articles en ligne : depuis 2003, 3 à 10 articles par numéro
- Et prochainement, l'intégralité des articles publiés depuis 2000.



À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'Inpes qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'Inpes traitant cette thématique.

► ENQUÊTE

Opinions et pratiques préventives des médecins généralistes en France

Arnaud Gautier, Cécile Fournier, François Beck. 4

Dossier

Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention

Introduction

Marie-José Moquet, Louise Potvin 7

Pourquoi et comment les inégalités « font système » ?

Pierre Volovitch 9

« Ce sont les conditions de vie et leurs déterminants sociaux qui forgent les inégalités »

Entretien avec Michael Marmot. 11

OMS : un cadre d'action pour réduire les inégalités sociales de santé

Michael Marmot, Jessica Allen, Ruth Bell, Ellen Bloomer, Peter Goldblatt 13

Le rôle des services de PMI dans la réduction des inégalités sociales de santé

Marcelle Delour 17

« Se rapprocher des parents et s'éloigner de toutes les suspensions »

Entretien avec Pilar Arcella-Giroux 20

À Poitiers, la lutte contre les inégalités passe par le logement et la nutrition

Michel Berthier, Pauline Berthier. 23

Montréal : un soutien à la petite enfance pour aborder l'école dans de meilleures conditions

Angèle Bilodeau, Isabelle Laurin, Nadia Giguère, Anouk Lebel. 25

Lutter contre le « gradient de santé » qui affecte les enfants et les parents

Clive Needle, Caroline Costongs, Giorgio Barbareschi, Aagje Ieven, Cristina Chiotan 28

« L'Agence régionale de santé ne pourra s'attaquer aux inégalités qu'en développant les partenariats »

Entretien avec Laurent Chambaud. 32

« Pour réduire les inégalités sociales de santé, le rôle et les missions des Ateliers santé ville devraient être confortés »

Entretien avec Rémi Frenzt 34

Implication des habitants : l'expérience des « Tables de quartier » à Montréal

Gilles Sénécal 36

L'évaluation d'impact sur la santé, un moyen d'action sur les politiques

Louise Saint-Pierre 38

« Face aux inégalités, il y a une responsabilité collective avant les comportements individuels »

Entretien avec Thierry Lang 39

Identifier les déterminants sociaux des inégalités, pour pouvoir agir : une initiative méthodologique

Entretien avec Tarik Benmarhnia 41

Pour en savoir plus

Laetitia Haroutunian, Céline Deroche . . . 42

► LA SANTÉ À L'ÉCOLE

L'éducation à la santé en milieu scolaire peut-elle participer à la réduction des inégalités sociales de santé ?

Ngoc-Chau Pham-Daubin, Didier Jourdan 44

► LECTURES

Olivier Delmer, Sandra Kerzanet 48



Illustration: Franckie Alarcon

Opinions et pratiques préventives des médecins généralistes en France

L'Inpes a publié, en juin 2011, une nouvelle enquête du *Baromètre santé médecins*. Plus de 2 000 médecins généralistes ont été interrogés. Ils estiment très majoritairement que la prévention relève de leur rôle et ils abordent facilement avec les patients des thèmes comme le risque cardio-vasculaire ou le tabagisme. En revanche, il leur est plus difficile de parler alcool, drogues, vie affective et sexuelle, sujets touchant à l'intime et pour lesquels ils craignent d'être intrusifs. Cette enquête met en évidence les attentes des médecins généralistes pour mieux remplir leur mission de prévention et d'éducation : du temps, des campagnes grand public, un rôle mieux reconnu, des documents d'information pour les patients et la possibilité de déléguer des tâches, notamment à des professionnels paramédicaux.



Le Baromètre santé médecins généralistes, dispositif d'enquêtes périodiques de l'Inpes mis en place au début des années 1990, mesure de manière régulière l'état de l'opinion, des attitudes et des pratiques déclarées des omnipraticiens exerçant une activité libérale en France métropolitaine. Le sixième exercice de cette enquête, publié en juin 2011 (1), a été mené de novembre 2008 à janvier 2009 auprès d'un échantillon représentatif de 2 083 médecins généralistes¹, soit près d'un médecin sur trente exerçant en France. Parmi les praticiens interrogés, 1 898

ont répondu par téléphone à un questionnaire multithématique d'environ vingt-cinq minutes ; 185 médecins ont préféré répondre à ce questionnaire par Internet, solution qui leur était proposée. Les questions posées portaient notamment sur leurs opinions et leurs attitudes vis-à-vis de la prévention et de l'éducation du patient, sur la vaccination, le VIH, les hépatites virales, le traitement et la prise en charge des problèmes d'addiction ou encore sur l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Des sujets plus ou moins faciles à aborder

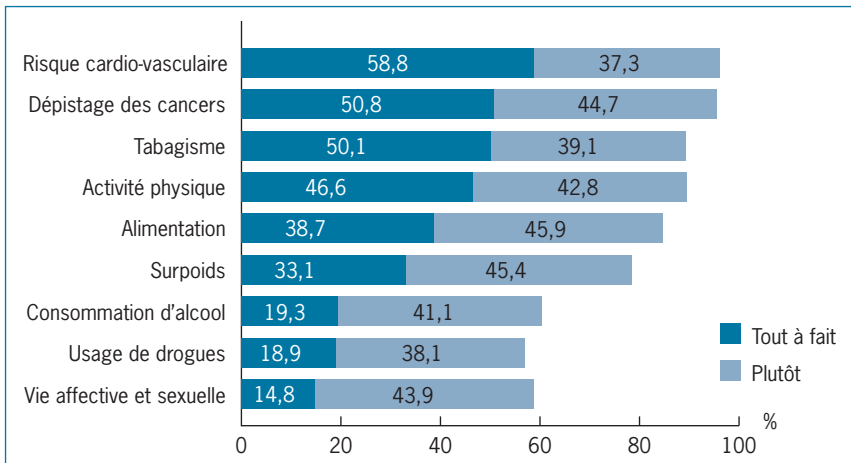
Les médecins généralistes estiment très majoritairement que la prévention relève de leur rôle et de leurs compétences. C'est notamment le cas pour les thèmes les plus médicalisés, comme le risque cardio-vasculaire ou bien le tabagisme : respectivement 90,1 % et 81,7 % des médecins déclarent que la prévention dans ces domaines fait tout à fait partie de leurs prérogatives. Les thèmes pour lesquels ils déclarent avoir un rôle important en prévention sont aussi ceux qu'ils ont le plus de facilité à aborder. Ainsi, 96,1 % des médecins disent qu'il est facile d'aborder le risque cardio-vasculaire avec leurs patients, 95,5 % le dépistage des cancers et 89,2 % le tabagisme (figure 1). À l'inverse, seuls 58,7 % disent aborder facilement les questions relatives à la vie

affective et sexuelle et 57,0 % l'usage de drogues illicites. La seule exception concerne le thème de l'alcool : 98,4 % des médecins déclarent qu'il relève de leur rôle alors que seuls 60,4 % d'entre eux estiment qu'il est facile à aborder. Il semble que la facilité de traiter certains sujets soit moindre lorsqu'il s'agit d'un sujet perçu comme touchant à l'intime et vis-à-vis duquel le médecin peut craindre d'être intrusif ou pas assez « outillé » pour une prise en charge comportant une dimension éducative importante (2).

Des pratiques de prévention où l'information prédomine

Concernant la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, les médecins déclarent une pratique éducative fondée en priorité sur l'information et le conseil (figure 2) : 95,3 % des médecins informent et conseillent les patients : « systématiquement » (57,6 %) ou « souvent » (37,7 %). Cette pratique éducative repose ensuite sur l'orientation vers d'autres intervenants pour des activités éducatives². Ainsi, un peu moins de la moitié des médecins (45,2 %) oriente « systématiquement » ou « souvent » les patients atteints de maladies chroniques vers d'autres intervenants pour des activités éducatives. Près de la moitié des médecins (47,9 %) n'oriente que « parfois » les patients pour de telles activités.

Figure 1. Facilité pour les médecins à aborder avec leurs patients la prévention dans différents domaines (en pourcentage).



Enfin, cette pratique éducative repose pour un tiers des médecins sur la mise en œuvre par eux-mêmes de séances éducatives. Si seulement 8,6 % des médecins déclarent le faire de manière systématique, un quart d'entre eux dit le faire « souvent » (25,1 %) et plus d'un tiers (37,9 %) le faire « parfois ». Un quart (24,9 %) déclare ne jamais le faire.

Il semble ainsi, d'après le Baromètre santé médecins généralistes 2009 et comme cela a déjà été observé par d'autres auteurs (3), que les approches d'éducation thérapeutique du patient, centrées notamment sur l'aide apportée au patient pour développer des compétences psychosociales et d'auto-soins, soient peu présentes dans les pratiques.

Les facteurs favorisant les pratiques de prévention

Pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation, plus de neuf médecins sur dix (91,4 %) souhaiteraient disposer de plus de temps. Ce résultat est proche de ceux d'autres enquêtes récentes, selon lesquelles le manque de temps et le fait que les pratiques de prévention s'adaptent mal aux conditions d'exercice sont des difficultés relevées par de nombreux médecins, qu'il s'agisse d'éducation pour la santé ou d'éducation du patient (2, 4).

Questionnés sur les éléments qui pourraient faciliter ces missions, 85,0 % évoquent les campagnes grand public, 81,5 % un rôle mieux reconnu en prévention, 78,5 % des supports d'information écrits, 78,0 % une formation. Près

des trois quarts des médecins interrogés (73,5 %) évoquent la possibilité de déléguer certaines activités de prévention et d'éducation. Cette délégalation de tâches, notamment faite aux infirmiers et aux paramédicaux, semblerait par ailleurs être accueillie favorablement par une majorité de praticiens ; en effet, parmi les 81,6 % de médecins déclarant que les paramédicaux ont un rôle à jouer dans la prévention, 91,3 % seraient prêts à leur déléguer des tâches de prévention.

Parmi la liste d'éléments proposés permettant de mieux remplir les missions de prévention, une rémunération spécifique est l'élément le moins cité, concernant tout de même 64,1 % des médecins (figure 3).

L'impact positif de la formation en EPS ou en ETP

La moitié des médecins généralistes interrogés déclare avoir bénéficié d'une formation en éducation pour la santé (EPS) ou en éducation thérapeutique du patient (ETP) durant les douze mois ayant précédé l'enquête. Dans la majorité des cas, il s'agit de formations brèves, le plus souvent centrées sur une pathologie particulière. Selon eux, ces formations ont un impact positif sur leurs pratiques professionnelles. Parmi les médecins formés, 60,6 % déclarent informer et conseiller leurs patients contre 54,0 % des médecins « non formés ». Les premiers sont aussi plus nombreux à mettre en œuvre régulièrement ou systématiquement des activités éducatives avec les personnes atteintes de maladies chroniques (40,0 % vs 26,9 %).

Parmi les 48,7 % de médecins n'ayant pas bénéficié d'une formation au cours des douze derniers mois, 31,5 % n'en envisagent pas ; par manque de temps pour 57,8 % d'entre eux, ou parce que ces compétences auraient déjà été acquises par la pratique clinique (45,6 %).

Des évolutions positives depuis 2003, notamment sur la vaccination

Outre la féminisation (30,2 % de femmes médecins en 2009 contre 21,5 % en 2003) et le vieillissement progressif de la profession (53,9 % des médecins interrogés sont âgés de plus de 50 ans contre 37,1 % en 2003), observés par ailleurs par diverses sources administratives, le Baromètre

Figure 2. Pratique éducative déclarée dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (en pourcentage).

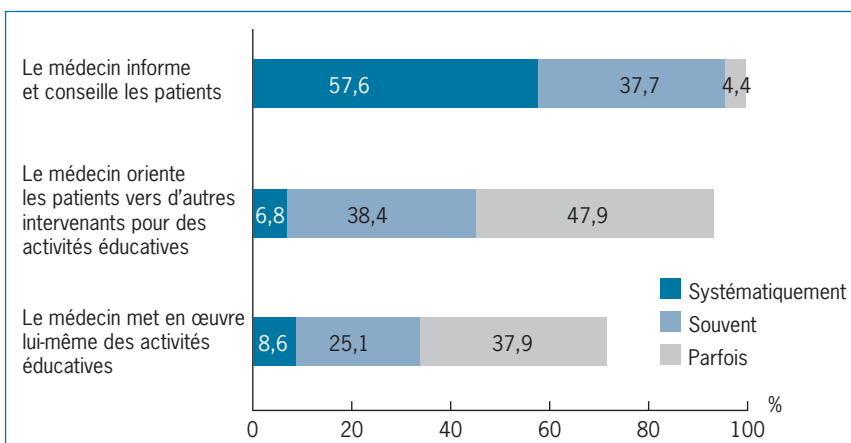
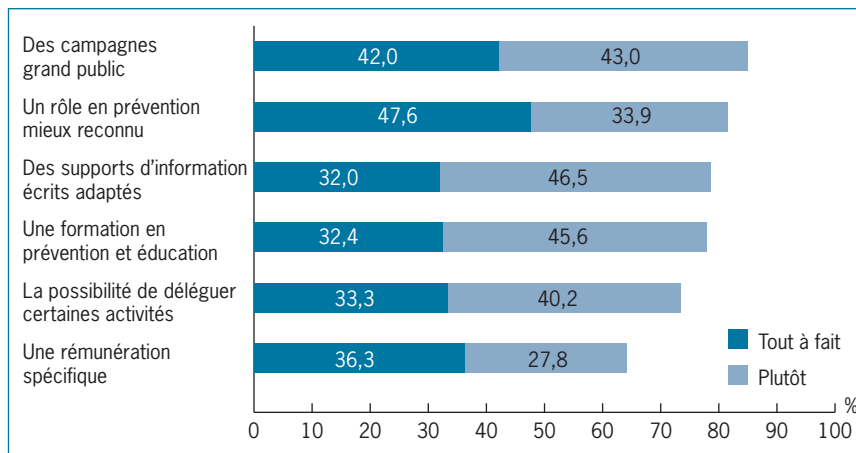


Figure 3. Éléments permettant de mieux remplir les missions de prévention et d'éducation (en pourcentage).



santé met en lumière des évolutions significatives quant à quelques pratiques liées à l'exercice de la profession et différentes opinions et pratiques préventives.

L'exercice de groupe est passé de 43 % à 54 % en dix ans chez les médecins généralistes libéraux de secteur 1³. La participation à un réseau a, quant à elle, presque doublé en six ans et concerne 38,9 % des médecins interrogés en 2009 contre 20,3 % en 2003. Si le nombre moyen d'actes reste globalement stable entre les deux vagues d'enquêtes (entre 24 et 25 actes quotidiens), les activités associées à l'exercice de la profession, telles que la participation à des activités relatives à des associations de malades (-5 points) ou des activités de formateur ou de maître de stage (-11 points), ont diminué fortement.

L'utilisation de questionnaires pré-établis d'aide au repérage de facteurs de risques ou au dépistage d'une pathologie, qui peuvent constituer des éléments facilitant le dialogue avec le patient, est déclarée par plus de 60 % des médecins en 2009, contre un peu plus d'un tiers en 2003. La perception de leur efficacité a diminué entre 2003 et 2009 dans l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques, pratique pourtant plus formalisée et plus médiatisée. Est-ce justement parce que les médecins y sont plus sensibilisés et ont une meilleure approche de la complexité de cette tâche (5) ?

Concernant spécifiquement la vaccination, les opinions favorables à la vaccination en général restent stables, à un niveau très élevé : plus de 97 % déclarent y être « très » ou « plutôt » favorables. Les opinions favorables concernant la vaccination associée ROR ont progressé significativement puisque 82,1 % des médecins déclarent y être « très » favorables en 2009 contre 79,0 % en 2003. Ces chiffres évoluent de manière plus importante encore concernant la vaccination contre l'hépatite B pour les nourrissons (39,3 % en 2009 contre 24,4 % en 2003 et 19,4 % en 1998). L'augmentation des opinions favorables s'accompagne également de pratiques préventives plus fréquentes : 2,6 % seulement des médecins déclarent ne « jamais » proposer la vaccination ROR pour les enfants de 1 à 2 ans en 2009 ; ils étaient 5,1 % en 1994. Par ailleurs, leurs pratiques de vaccination personnelle ont évolué, à l'image de celle contre la grippe saisonnière, que 74,8 % déclarent avoir effectuée l'hiver

précédant l'enquête (soit en 2008) contre moins des deux tiers (63,2 %) six ans auparavant.

Bien d'autres résultats sont disponibles dans l'ouvrage, qui fournit des clés pour comprendre l'implication des médecins généralistes dans le domaine de la prévention et se révèle ainsi un outil riche pour les décideurs comme pour les acteurs de terrain.

Arnaud Gautier

Biostatisticien, chargé d'études et de recherche,

Cécile Fournier

Médecin, chargée d'études sur les maladies chroniques et la prévention cardio-vasculaire,

François Beck

Chef du département Enquêtes et analyses statistiques, direction des Affaires scientifiques, Inpes.

1. Échantillon obtenu par sondage aléatoire simple dans les fichiers fournis par la société Cegedim®.
2. Question posée avec pour précision « par exemple, des activités d'éducation du patient à l'hôpital, dans des réseaux ou dans des associations de patients ».
3. Médecins conventionnés appliquant les tarifs de base de la sécurité sociale (23 euros au 1^{er} janvier 2011).

Pour en savoir plus

Le Baromètre santé médecins généralistes 2009 est intégralement accessible en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1343.pdf> ; l'ouvrage peut aussi être commandé à l'Inpes.

Références bibliographiques

- (1) Gautier A., dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.
- (2) Turban F. *Éducation thérapeutique du patient en médecine générale : représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme*. Thèse de doctorat en médecine, université de Picardie Jules-Vernes, 2008 : 136 p.
- (3) Gallois P., Vallée J.-P., Le Noc Y. Éducation thérapeutique du patient. Le médecin est-il – aussi – un « éducateur » ? *Médecine*, 2009 : p. 218-224.
- (4) Bourit O., Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. *Médecine*, 2007, vol. 5, n° 3 : p. 229-234.
- (5) Pélicand J., Fournier C., Aujoulat I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. AdSP, 2009, n° 66 : p. 21-23. En ligne : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad662123.pdf>

Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention

Les inégalités sociales de santé (ISS)¹ renvoient aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Les ISS concernent toute la population selon un **gradient social**. On appelle gradient social de santé la correspondance entre les différences de santé observées et la position dans la hiérarchie sociale (selon des indicateurs comme les revenus, le niveau d'études, la profession, etc.). Chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité moins élevé que la classe immédiatement inférieure et ainsi de suite jusqu'au bas de l'échelle. Les inégalités sociales de santé sont considérées comme de véritables « **inéquités** » en santé, c'est-à-dire comme des « *différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais, de plus, qui sont considérées comme inéquitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique* » (BDS²).

Corrélation très forte entre santé et position sociale

Les données statistiques sur les ISS sont nombreuses et les travaux de recherche pour les expliquer et outiller l'action se développent internationalement. Notamment, les travaux de recherche en épidémiologie sociale et en géographie de la santé apportent des éclairages nouveaux sur les déterminants sociaux, qui bousculent l'approche biomédicale de la santé prédominant encore dans nombre de systèmes de santé. Ces travaux documentent, de façon convergente, l'existence du gradient social de santé pour plusieurs pathologies et plusieurs déterminants sociaux. Dans le modèle conceptuel proposé par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, présidée par le professeur Michael Marmot, les déterminants sociaux sont classés en **déterminants structurels** et **déterminants intermédiaires**.

Les déterminants structurels de l'état de santé sont ceux liés au contexte politique et socio-économique du pays. Parmi les facteurs qui influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc la répartition sociale de la population en fonction



Illustrations : **Franckie Alarcon**

du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe et de ses origines ethniques, on trouve : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques fiscales, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société. Ces facteurs ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires. Les données comparatives entre les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montrent bien que, par un ensemble de politiques fiscales et sociales, chaque pays détermine non seulement un taux de pauvreté qui est relativement stable, mais aussi quelles catégories de citoyens sont le plus touchées. Par exemple, les données montrent qu'en France les familles avec enfants font l'objet de politiques fiscales et de programmes de transferts qui réduisent de 80 % la proportion d'enfants vivant dans la pauvreté dans ces familles².

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements ainsi

qu'au rôle de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera pour les conditions matérielles : le logement, la qualité de l'environnement du quartier, la consommation potentielle (c'est-à-dire les moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, etc.), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social. Les comportements concernent la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux.

Des facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques

L'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques qui agissent tout au cours de l'existence. Certains travaux privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités. D'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie. Ces modèles explicatifs ne sont pas exclusifs les uns des autres et peuvent être complémentaires. Il n'y a pas de déterminisme, mais des déterminants qui interagissent, s'enchaînent, voire se modifient au cours de la vie. Le poids de chaque déterminant et son mode d'interaction sont peu connus et semblent par ailleurs dépendre fortement du contexte (*impact différencié suivant les individus, les pays, le lieu de vie, le système socio-économique, etc.*). Il existe un consensus pour dire que tous ces déterminants interviennent mais sans que l'on puisse expliquer complètement comment, ni si l'un prédomine sur l'autre ou encore comment les hiérarchiser. Mais des travaux de neuro-endocrinologie et d'épigénétique³ se développent pour expliquer comment les situations sociales affectent l'organisme et son développement. Les situations durables de stress néfaste à la santé semblent expliquer une plus grande vulnérabilité de l'organisme.

Agir sur les déterminants

Les orientations données à l'action seront influencées par l'importance accordée aux différents déterminants. Il n'existe pas, à ce jour, de réponse unanime, ni de mode d'intervention type ou universellement applicable qui à lui seul serait d'ailleurs insuffisant. La Commission des déterminants sociaux de l'OMS a retenu des recommandations et des principes d'action, parmi lesquels on notera **la participation sociale, l'empowerment et l'intersectorialité** ainsi que le focus mis

sur un secteur d'intervention prioritaire qui est celui de la **petite enfance** pour une équité en santé dès le départ.

Les deux principes d'action que sont la participation sociale et l'empowerment représentent la participation communautaire dans la prise de décision, soulignant comme aspect primordial l'inclusion et la participation de la société civile. Le

troisième – les actions intersectorielles – implique non seulement des politiques et des actions gérées à partir du secteur de la santé lui-même, mais aussi dans d'autres secteurs qui ont intégré dans leurs objectifs la contribution à la santé (comme par exemple : l'éducation, le transport et l'habitat, etc.). Ces éléments des recommandations et principes d'action sont au cœur des exemples d'actions présentés dans ce dossier, que ce soit au Canada ou en France.

La question des inégalités sociales de santé est un enjeu central de la santé publique. Sa prise en compte, en France, est inscrite dans les missions des agences régionales de santé et est au cœur du 2^e plan cancer.

Ce dossier traduit la volonté de l'Inpes de poursuivre son implication dans le transfert des connaissances sur le sujet et dans son rôle de lobbying pour la prise en compte de cette question dans les politiques et dans les pratiques.

Marie-José Moquet, Louise Potvin

1. Définition proposée par la Banque de données en santé publique pour l'entrée - inéquité (en santé) - (cf. glossaire en ligne des termes de santé publique et de promotion de la santé : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>).

2. OCDE. Croissance et inégalités. Distribution des revenus et de la pauvreté dans les pays de l'OCDE, 2008.

3. Expression créée au XIX^e siècle, redéfinie par Conrad Waddington en 1942 dans son sens actuel, l'épigénétique désigne l'étude des influences de l'environnement cellulaire ou physiologique sur l'expression de nos gènes. En ligne : <http://www.inserm.fr/tematiques/genetique-genomique-et-bioinformatique/dossiers-d-information/epigenetique>.

Dossier coordonné par **Marie-José Moquet**, médecin, chef du département Qualité et labellisation, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes, et **Louise Potvin**, PhD, titulaire de la chaire FCSS/IRSC Approches communautaires et inégalités de santé, université de Montréal, Canada.

Pourquoi et comment les inégalités « font système » ?

Comment se forment les inégalités, comment s'articulent-elles entre elles ? Pierre Volovitch explique comment les inégalités se cumulent et « font système », qu'il s'agisse des inégalités de revenus, de cadre scolaire, de logement ou d'état de santé. Si l'on prend les inégalités sociales de santé, elles résultent d'une conjugaison de facteurs défavorables (chômage, difficultés financières et problèmes pour se loger, isolement social). Ainsi, une étude de l'Irdes montre que la vulnérabilité sociale renforce considérablement la probabilité d'être en mauvaise santé. Mais la complexité de l'articulation des inégalités entre elles ne doit pas être un blanc-seing pour ne pas agir : une politique de réduction des iniquités ne peut demeurer sectorielle.

Il existe des inégalités de revenus, des inégalités scolaires, des inégalités dans le domaine du logement, des inégalités d'état de santé, etc. On pourrait imaginer ces inégalités sagement rangées les unes à côté des autres. Se poser la question d'une forme d'inégalité, vouloir agir sur celle-ci supposeraient alors de s'emparer d'un seul sujet, sans avoir à toucher aux autres, comme lorsque l'on sort un livre d'une bibliothèque. La réalité est plus complexe. Les inégalités « font système ». Elles ne sont pas des objets distincts, isolés. Elles entretiennent entre elles des liens complexes par lesquels chacune d'entre elles est reliée à plusieurs autres. Pire, ces liens ne sont pas constants, ils se « construisent » dans la durée. Et c'est bien parce que les inégalités sont reliées entre elles, parce que ces liens complexes se construisent dans la durée, que les inégalités se « transmettent » à l'intérieur des familles et des groupes sociaux.

Des inégalités liées

Chacun connaît des exemples de ce type de liaisons entre inégalités. Les inégalités de revenus conduisent à des inégalités dans le domaine du logement. La concentration de certaines populations dans certaines zones urbaines renforce les problèmes d'inégalités scolaires qui elles-mêmes auront des répercussions sur l'accès à l'emploi. Si l'on veut rentrer dans le système en privilégiant les inégalités sociales de santé, on sait qu'une moindre qualifi-

cation peut conduire à des conditions de travail plus dures qui se répercuteront sur la santé. Cette moindre qualification est liée à une scolarité plus courte. En prenant l'angle des soins on peut donc ajouter l'impact négatif, désormais bien renseigné, de la « distance culturelle » entre la personne malade et les soignants. Si des problèmes financiers d'accès à la couverture sociale sont présents, on aura alors un système d'inégalités assez complet.

Vulnérabilité sociale et santé

On peut illustrer de manière plus précise cette faculté des inégalités sociales à faire système dans le domaine des inégalités sociales de santé grâce à l'excellent travail réalisé par Emmanuelle Cambois et Florence Jusot sur les liens entre « vulnérabilité sociale et santé » (1).

Dans cette étude, les deux auteurs définissent quatre dimensions de « vulnérabilité sociale » :

- existence de périodes d'inactivité professionnelle involontaire (maladie ou chômage) supérieures à six mois ;
- difficultés à faire face à des charges financières liées au logement ;
- recours non volontaire à un hébergement ;
- isolement social durable.

Ces dimensions de « vulnérabilité » ne sont pas prises en compte à partir de la seule situation présente de la personne, mais aussi en fonction de son expérience passée (« *Connaissez-vous ou avez-vous connu tel type de situa-*

tion ? »). Les questions étant posées à des personnes âgées de 35 ans et plus.

La prise en compte de l'expérience passée est liée à l'hypothèse que ce sont bien les conditions de vie sur l'ensemble du cycle de vie qui sont déterminantes dans les situations sociales et l'état de santé observé à un moment donné.

En intégrant ces questions de « vulnérabilité sociale » à l'enquête « Santé, soins et protection sociale » qui recueille par ailleurs des réponses sur l'état de « santé perçue » des personnes interrogées, les auteurs arrivaient aux résultats présentés au *tableau 1*. Suivant les critères de « vulnérabilité sociale » et en fonction de leur intensité, on constate donc bien que la probabilité de se déclarer en mauvaise santé peut être doublée (période unique d'inactivité involontaire, période unique d'hébergement), triplée (difficultés financières liées au logement auxquelles on n'a pas pu faire face), voire presque quadruplée (plusieurs périodes d'inactivité involontaire ou plusieurs périodes d'hébergement).

État de santé lié à la situation sociale

On a donc bien des liens entre l'état de santé présent des personnes d'une part, et les périodes de chômage, les problèmes de logement, l'isolement social présent ou passé de ces mêmes personnes, d'autre part. Les inégalités sociales de santé s'articulent de façon complexe avec les inégalités d'accès à

Tableau 1. Influence de la « vulnérabilité sociale » sur la probabilité d'être en mauvais état de « santé perçue » (réponse « mauvais » ou « très mauvais » à la question « Comment est votre état de santé ? »).

	Inactivité involontaire		Difficultés financières liées au logement		A dû être hébergé		Isolement durable
	Une fois	Plusieurs fois	En faisant face	Sans faire face	Une fois	Plusieurs fois	
Probabilité de se déclarer en « mauvaise santé »	2.1	3.5	1.4	3.0	1.9	3.6	2.4

l'emploi, les inégalités de logement. Ces causes peuvent avoir des effets immédiats, mais elles ont aussi, et c'est un point évidemment important, des effets dans la durée. Comprendre l'état de santé d'une personne va donc demander de connaître sa situation sociale présente, mais aussi d'avoir des informations sur la façon dont cette situation sociale a évolué. Par ailleurs, les inégalités d'accès à l'emploi engendrent des inégalités de revenus. De nombreuses études ont montré que la qualité de l'emploi comme la qualité de logement se répercutent sur la qualité de la santé, les phénomènes pouvant se cumuler. Les difficultés de revenus s'articulent d'autre part avec les conditions d'alimentation, non prises en compte dans l'étude présentée, mais dont les effets sur la santé sont bien documentés. En rappel, les difficultés de santé, qu'elles soient physiques ou psychiques, se répercutent à leur tour sur les inégalités d'accès à l'emploi, construisant des spirales dans lesquelles les individus peuvent se trouver enfermés. De la même façon, les difficultés de revenus, d'accès à l'emploi peuvent devenir des éléments déterminants de ruptures familiales ou conjugales qui conduisent à leur tour à des situations d'isolement social. Les inégalités font système, entretenant entre elles une multiplicité des liens aux modes d'interaction variés.

Facteurs financiers et culturels

Une fois constatée la réalité des liens entre situation sociale et santé, une difficulté apparaît dans la recherche des liens de causalité. Déjà dans des liaisons (apparemment) binaires, les causalités peuvent être nombreuses. On connaît et on sait mesurer, par exemple, le lien entre l'état dentaire des enfants et la catégorie sociale des parents. On peut

aussi mesurer les écarts de prévalence du surpoids et de l'obésité en fonction de cette même catégorie sociale des parents. Si on veut alors avancer sur les causalités, on rencontre des éléments qui peuvent être quantifiés. Effet des revenus : l'accès aux soins dentaires est onéreux, une alimentation équilibrée est financièrement plus coûteuse. Mais on rencontre également des effets « culturels » plus difficilement quantifiables : l'importance accordée à l'hygiène dentaire comme les connaissances en matière d'alimentation sont socialement différenciées.

Des chaînes causales complexes

Quand les liens se complexifient, cas de l'effet du chômage, des difficultés de logement ou de l'isolement social sur la santé, les chaînes causales se complexifient elles aussi. On y retrouve des événements qui pourront, au moins partiellement, être quantifiés (périodes de chômage, difficultés financières liées au logement), mais aussi des événements qui ne seront pas simplement quantifiables (hébergement lié à des ruptures familiales, périodes prolongées d'isolement social).

Se pose alors la question des politiques publiques de réduction des inégalités sociales de santé. La complexité des causalités peut servir de prétexte à l'immobilisme. Alors qu'on lui posait une question sur l'absence de politique publique dans le domaine des inégalités sociales de santé, un directeur général de la Santé répondait qu'il était parfaitement conscient de l'existence de ces inégalités sociales, qu'il était également conscient de l'importance et de la gravité du problème, mais qu'il ne disposait pas d'outils simples, de procédures claires, pour agir. À l'inverse de cet immobilisme, on peut dire que le fait

que les inégalités fassent système donne l'assurance que la lutte contre les inégalités dans un domaine quelconque aura des effets bénéfiques dans d'autres domaines. C'est après tout le pari qu'ont fait les politiques « hygiénistes » de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècles. Sans en avoir une exacte quantification, on savait que les conditions de logement se répercutaient sur l'état de santé et l'on a mené des politiques d'amélioration du logement qui ont eu, on a pu le mesurer, des effets positifs sur l'état de santé des populations.

La complexité ne justifie pas l'immobilisme

Reste que la certitude qu'une action de réduction des inégalités menée dans un domaine aura des répercussions positives dans un autre domaine ne donne pas le moyen de choisir entre telle ou telle politique. À dépense égale, la lutte contre les inégalités de revenus aura-t-elle plus ou moins d'effet sur la réduction des inégalités sociales de santé qu'une action contre les inégalités scolaires ? Nos connaissances actuelles ne permettent pas de répondre à ce type de question. L'absence de réponse ne peut cependant pas servir de prétexte à l'immobilisme. Elle invite plutôt à approfondir les connaissances que nous avons dans ces domaines.

Les inégalités font système. Elles se nourrissent les unes les autres par le biais de liens complexes et multiformes. De ceci nous ne pouvons tirer la conclusion que l'action n'est pas possible parce que les moyens d'agir ne sont pas simples, mais plutôt retenir l'idée qu'une politique de réduction des inégalités ne peut être sectorielle, qu'elle doit prendre en compte le système des inégalités en menant des politiques globales.

Pierre Volovitch

Économiste,

membre du comité scientifique, Observatoire des inégalités, Tours.

► Référence bibliographique

(1) Cambois E., Jusot F. Vulnérabilité sociale et santé. In : Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. *Santé, soins et protection sociale en 2004*. Paris : Irdes, 2006 : p. 41-47.

Entretien avec Michael Marmot¹, président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

« Ce sont les conditions de vie et leurs déterminants sociaux qui forgent les inégalités »

Pour Michael Marmot, l'injustice sociale tue à grande échelle. Les liens établis entre des mesures économiques injustes, des politiques et des programmes sociaux médiocres et une mauvaise gouvernance expliquent en grande partie les inégalités de santé que l'on observe actuellement dans le monde. Pour réduire ces inégalités, il faut donc s'attaquer à leurs racines, c'est-à-dire les « causes des causes », les déterminants socio-environnementaux de la santé : les inégalités de pouvoir, d'argent et de ressources, mais aussi les conditions dans lesquelles les populations naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.



La Santé de l'homme : Comment se fait-il que certains pays européens qui ont une bonne espérance de vie, comme par exemple la France, ont les inégalités de santé les plus marquées ?

Tous les pays ont des inégalités de santé très marquées. Il n'y a pas de rela-

tion simple entre l'espérance de vie globale d'un pays et l'ampleur des inégalités de santé. Ceci dit, si l'on considère les pays européens dans leur ensemble, on s'aperçoit que c'est au centre et à l'est de l'Europe que sont observées les inégalités de santé les plus importantes. Dans ces anciens pays du bloc communiste, l'espérance

de vie est également plus courte qu'en Europe occidentale. Au contraire, en Suède, où l'espérance de vie est l'une des plus longues d'Europe, il y a relativement peu d'inégalités de santé.

Voici un autre argument soulignant qu'il n'y a pas de relation simple entre l'espérance de vie globale et les inégalités de santé : la santé s'est améliorée dans bon nombre de pays, mais les inégalités de santé ont soit augmenté, soit stagné. Car l'explication est ailleurs, elle concerne en fait les principaux déterminants sociaux de la santé (NDLR : qui sont des facteurs essentiels d'inégalités). Schématiquement, les bénéfices de l'amélioration des conditions socio-économiques ne sont pas équitablement partagés. De même, en cas de problèmes économiques, comme c'est le cas actuellement, les conséquences tendent à peser de façon disproportionnée sur les catégories sociales les plus défavorisées.

S. H. : Comment s'expliquent les différences entre les pays européens ?

Toutes les connaissances acquises jusqu'ici sur la santé publique en général et les déterminants sociaux de la santé en particulier, pourraient constituer une réponse encyclopédique à cette question. Pour répondre de

manière courte et concise, nous nous en tiendrons aux inégalités de santé qui suivent une fracture Est/Ouest. Pendant les décennies 1970 et 1980, la santé a connu une amélioration constante dans les douze pays de l'Union européenne, alors qu'elle stagnait, voire se détériorait, dans les pays du centre et de l'est et dans les pays membres de l'Union soviétique. Compte tenu du lien étroit entre les conditions sociales et la santé, la mauvaise santé peut être imputée à la perte d'autonomie des populations ; selon les termes d'Amartya Sen², les populations ont été privées de leurs libertés fondamentales. Ces libertés sont essentielles à la santé.

Après la chute de l'Union soviétique, on a pu observer une divergence marquée entre les pays et une augmentation des inégalités socio-économiques au sein même de ces pays. En Russie par exemple, les revenus réels ont chuté de façon dramatique dans les années qui ont immédiatement suivi la chute de l'Union soviétique, les inégalités de revenus ont augmenté, ainsi que la criminalité. Le mécanisme qui relie ces ruptures sociales à une aggravation de la santé passe par des taux extraordinaires d'alcoolisme, de tabagisme et d'autres facteurs de risque. La perspective de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CSDH) de l'OMS consiste à examiner les « causes des causes », en d'autres termes, à s'interroger sur la raison de ces consommations excessives d'alcool et de tabac, et à chercher des réponses dans les déterminants sociaux. Ce sont les conditions de vie et leurs déterminants sociaux qui forment les inégalités.

S. H. : Vous présidez la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, créée par l'Organisation mondiale de la santé en 2005 ; pourriez-vous résumer l'action de cette Commission ?

La CSDH a affirmé que l'injustice sociale tue à grande échelle ; l'association délétère de mesures économiques injustes, de politiques et de programmes sociaux médiocres et d'une mauvaise gouvernance explique en grande partie les inégalités de santé que l'on observe actuellement dans le monde. La Commission a mis en exergue trois domaines d'action :

- les conditions dans lesquelles les populations naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ;
- les inégalités de pouvoir, d'argent et de ressources, engendrant des inégalités dans les conditions de vie ;
- l'importance de la formation, de la recherche, de la production de connaissances, de la surveillance.

La CSDH a consigné ses résultats dans un rapport publié en 2008, intitulé *Comblant le fossé en une génération*.

S. H. : Quelles sont les principales recommandations de la Commission ? Et comment les mettre en pratique ?

La Commission a adopté une perspective longitudinale, qui suit toute la trajectoire de la vie ; ses recommandations découlent de cette approche. Dans le domaine des inégalités de pouvoir, d'argent et de ressources, la CSDH a fait émerger plusieurs recommandations structurelles :

- équité de santé dans toutes les politiques publiques ;
- équité entre les sexes ;
- financement honnête ;
- responsabilité des marchés ;
- responsabilisation politique, inclusion (*NDLR : prise en compte des besoins de l'ensemble de la population*), voix (*NDLR : prise en compte de l'avis des populations les moins favorisées*).

Voici un exemple de mise en œuvre des recommandations concernant le Royaume-Uni. Le gouvernement britannique m'a invité à analyser les inégalités de santé en Angleterre et m'a demandé comment les recommandations de la CSDH pouvaient y être appliquées. Le Rapport Marmot a été publié en 2010, sous le titre *Fair Society, Healthy Lives (Une société juste, une vie saine)*. Pour compléter les travaux de la CSDH, nous avons proposé des recommandations dans six domaines :

- donner à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie ;
- éducation et formation tout au long de la vie, pour un meilleur contrôle de sa destinée ;
- emploi et conditions de travail ;
- revenu minimum pour une vie saine ;
- lieux et collectivités sains et durables ;
- approche des déterminants sociaux appliquée à la prévention.

S. H. : Si les responsables étaient contraints de faire un choix, quel domaine d'intervention serait prioritaire sur les autres pour entamer une réduction des inégalités sociales de santé ?

Je n'attribuerais, pour ma part, aucune priorité. Nous accordons énormément d'importance au développement précoce de l'enfant. Mais est-ce que cela signifie pour autant qu'il ne faut pas se soucier de ce qui se passe dans les écoles ou sur les lieux de travail ou ne pas chercher à savoir si les personnes âgées ont les moyens de se chauffer en hiver ? Bien sûr que non. Si nous pensions qu'une seule mesure était nécessaire, nous n'aurions produit qu'une seule recommandation. Nous avons besoin de lieux de vie sains ET de bonnes écoles ET de lieux de travail corrects, et il faut aussi aider les parents à être de bons parents.

S. H. : Pensez-vous que les responsables politiques et les professionnels sont conscients du mécanisme des inégalités sociales de santé et des moyens pour les contrecarrer ?

Je suis convaincu que la sensibilisation à ces problèmes est beaucoup plus grande aujourd'hui qu'auparavant. Mais je suis également persuadé que le chemin à parcourir est encore long. Je suis très heureux de la future tenue d'un sommet mondial sur les déterminants sociaux de la santé à Rio de Janeiro en octobre 2011, auquel mille deux cents personnes doivent assister : responsables politiques, professionnels de terrain, représentants de la société civile et experts. Comme elle l'a déjà indiqué, la CSDH a l'ambition de créer un mouvement social. Il en va de notre responsabilité à tous, soucieux de vivre dans une société juste, de ne pas l'oublier.

Propos recueillis par
Marie-José Moquet et Yves Géry

1. Directeur, International Institute for Society and Health, et professeur de recherche au MRC, département d'épidémiologie et de santé publique, University College London, Royaume-Uni.
2. Économiste, spécialiste des questions sur le développement, prix Nobel d'économie en 1998.

OMS : un cadre d'action pour réduire les inégalités sociales de santé

En 2010, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'Europe¹ a demandé à Michael Marmot une étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la région européenne de l'OMS. Cet article présente des extraits des rapports intermédiaires² préalables à cette étude qui est en cours et qui, concrètement, définira un cadre d'action pour améliorer la santé et réduire les inégalités de santé.

Il existe des inégalités de santé majeures entre les pays de la région européenne de l'OMS (en majorité les pays d'Europe occidentale, centrale et orientale), et au sein même de ces pays. L'écart d'espérance de vie entre les pays les mieux et les moins bien dotés peut atteindre jusqu'à douze ans pour les femmes et vingt ans pour les hommes. Dans les pays concernés, les niveaux de santé et l'espérance de vie sont liés à la situation socio-économique. Plus la situation sociale est défavorable, plus le niveau de santé est bas.

La majorité des inégalités de santé peuvent être évitées par des moyens raisonnables, et leur réduction est une question de justice sociale. Il n'est donc pas acceptable de laisser persister cette iniquité en santé. L'action visant à réduire les iniquités doit ainsi être une priorité de la région européenne de l'OMS et c'est pourquoi le directeur

régional de l'OMS pour l'Europe a commandité cette étude des déterminants sociaux de la santé et de la fracture sanitaire dans la région européenne (1).

Les déterminants sociaux de la santé

Les facteurs politiques, économiques, sociaux et culturels qui influencent la santé en Europe et au sein même des pays constituent les déterminants sociaux de la santé (2). La Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CSDH) a donc proposé un cadre conceptuel pour guider ce travail de recherche (figure 1). En effet, au cours des dernières décennies, la santé publique s'est principalement intéressée aux causes immédiates de la maladie et des inégalités de santé (NDLR : au sens causes directes relevant des comportements à risque des individus) : tabagisme, alimentation, consumma-

tion d'alcool, activité physique, etc. Or, pour la CSDH, les causes de ces comportements ou habitudes de vie résident dans le contexte social, au sens large. La figure 1 illustre donc les « causes des causes » liées à la nature de la société, qui peut être influencée par des forces globales agissant à l'extérieur d'un pays : la nature du commerce, les interventions humanitaires, les accords internationaux et les problèmes écologiques occupant le devant de la scène en raison des changements climatiques, etc.

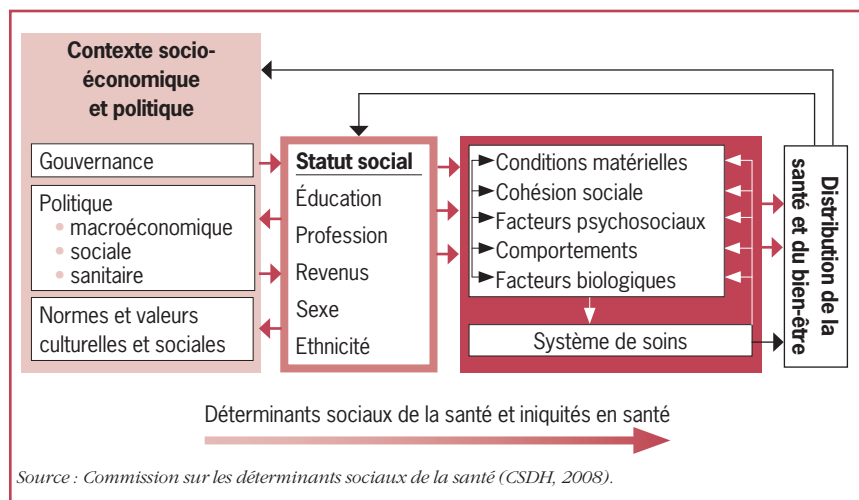
Des processus sociaux affectent l'exposition à des situations nuisibles (et favorables) à la santé et les vulnérabilités des populations ainsi que la résilience (NDLR : capacité à se développer pour une personne confrontée à des traumatismes ou à d'autres événements défavorables). Les expositions et les vulnérabilités sont généralement inégalement réparties dans la société, selon la situation socio-économique et/ou d'autres marqueurs du statut social comme le groupe ethnique ou le sexe.

Le rapport *Fair Society Healthy Lives* (Une société juste, une vie saine) (3), a suivi l'idée directrice de la CSDH et, selon une perspective longitudinale des trajectoires de vie, propose des recommandations dans six domaines :

- petite enfance ;
- éducation ;
- emploi et conditions de travail ;
- adéquation de la protection sociale et des revenus ;
- lieux de vie et collectivités ;
- stratégies de prévention de la maladie.

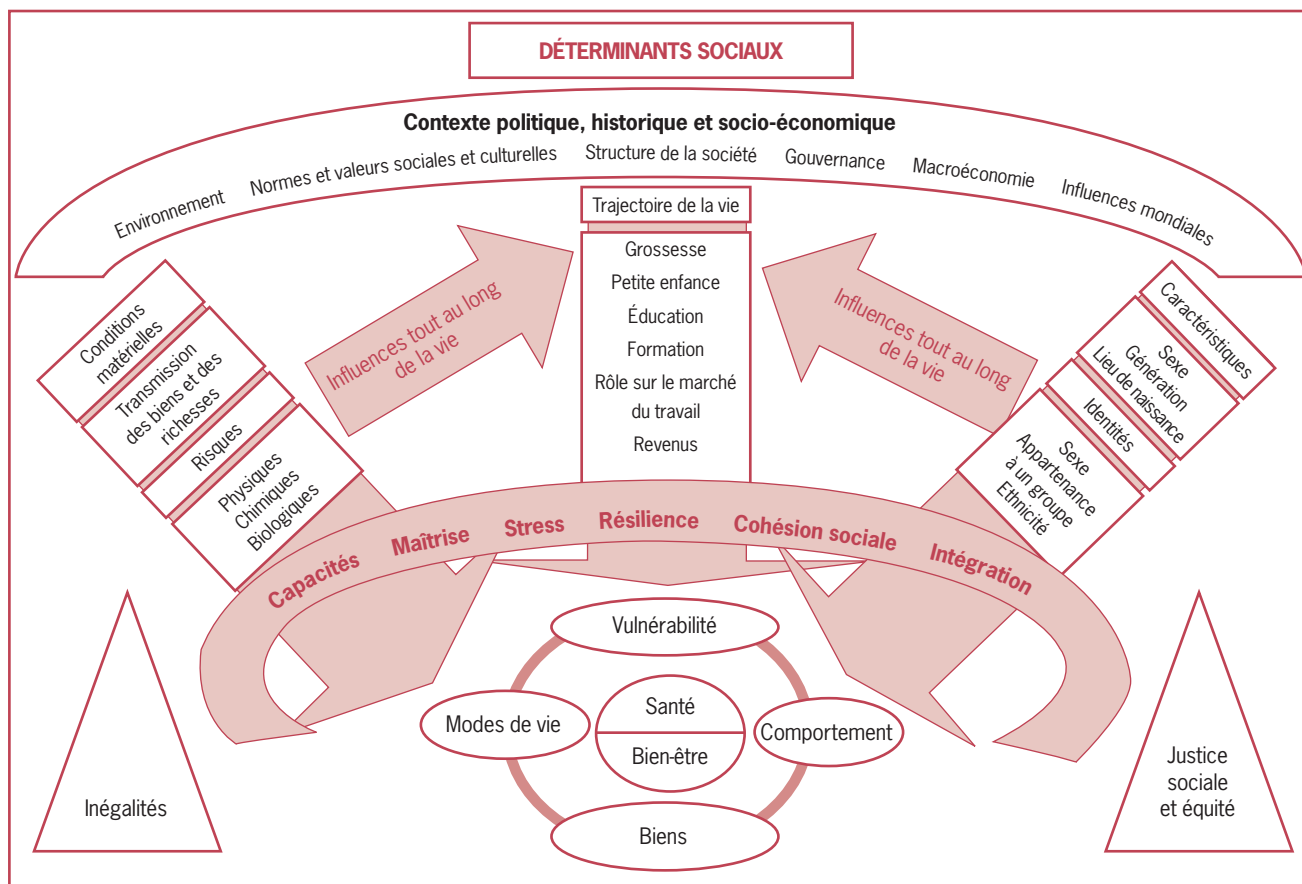
Cette approche repose sur le concept sous-jacent d'*empowerment* (NDLR :

Figure 1. Déterminants sociaux de la santé et iniquités en santé.



Source : Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CSDH, 2008).

Figure 2. Les déterminants sociaux de la santé – Cadre proposé pour l'étude européenne.



accroissement du pouvoir d'agir d'un individu) : pouvoir disposer des conditions matérielles d'une vie décente, maîtriser sa destinée et participer aux processus politiques décisionnels. L'amélioration de la santé et la réduction des inégalités exigent une mise en œuvre totale des droits de l'homme (4).

Derrière les comportements individuels, les « causes des causes »

Ce premier cadre conceptuel sur les déterminants sociaux de la santé (figure 1) a été développé pour mettre en évidence les principaux éléments concourant à une bonne santé, ainsi que les politiques et les pratiques qui les affectent et qui relèvent des actions visant à réduire les iniquités (figure 2). Ce deuxième cadre vise à mieux comprendre comment se façonnent les inégalités de santé, entre les sociétés et au cœur même des sociétés. Dans bon nombre de cas, les inégalités de santé entre pays s'expliquent par l'influence des déterminants sociaux de la santé au niveau national ; un pays qui ne répond pas aux besoins vitaux de fractions

importantes de sa population ne peut pas avoir un niveau sanitaire satisfaisant.

Facteurs qui influent le parcours de vie

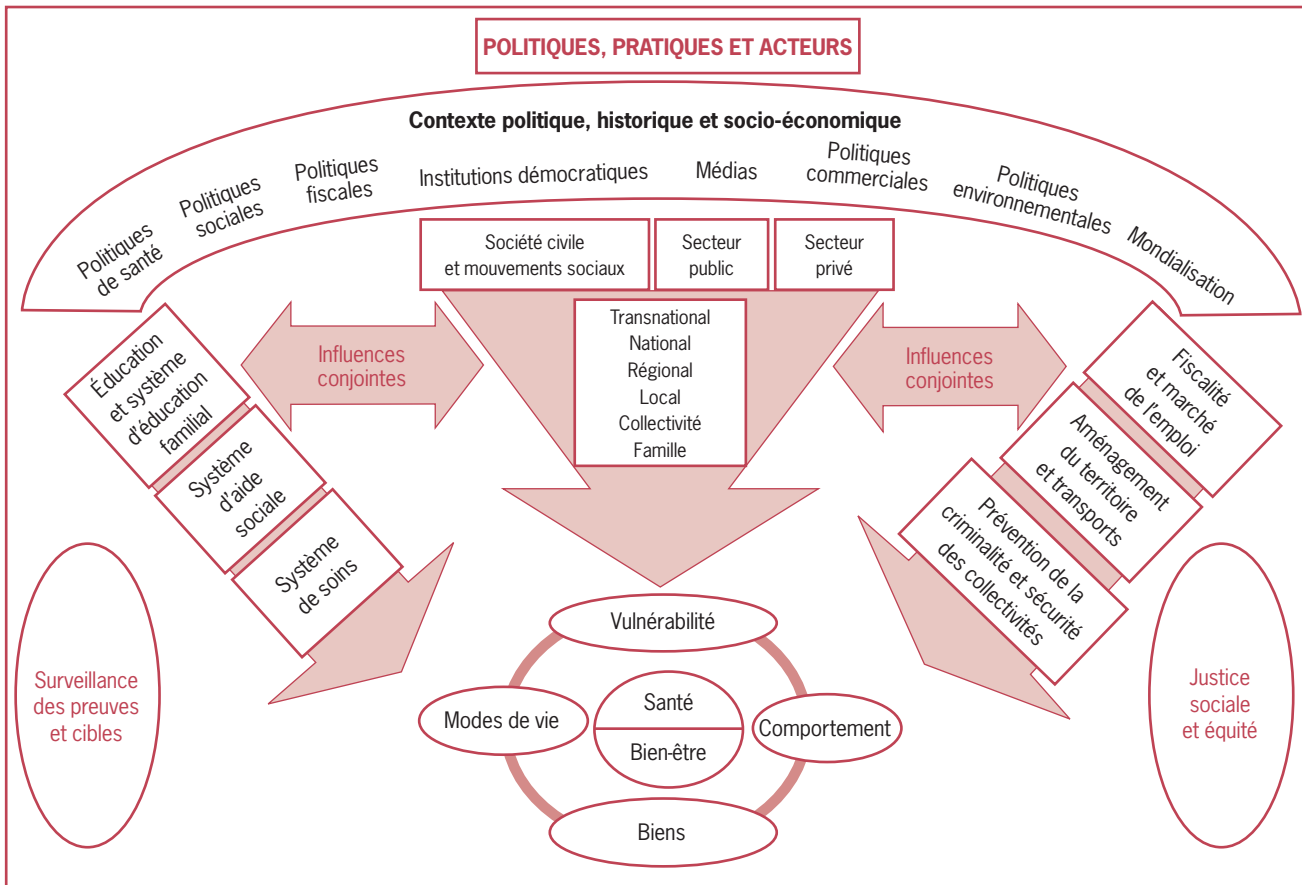
Ce deuxième cadre (figure 2) fournit un résumé de ce que l'on appelle souvent les « causes des causes » d'une mauvaise santé. Ces causes jouent comme des facteurs sociaux et influencent l'exposition des hommes, des femmes et des enfants à des conditions nuisibles ou favorables à la santé tout au long de leur vie : pendant la grossesse et la période de la petite enfance, pendant la scolarité et les études, pendant la période de procréation, dans les relations avec le marché du travail et les revenus pendant la vie active, puis la retraite. Des effets intergénérationnels affectent le cours de la vie, entre autres les conditions de vie du père et de la mère avant la conception de l'enfant. Les influences qui s'exercent à chaque stade de la vie peuvent ainsi changer l'avenir de la personne, son degré d'exposition ou aider à faire changer le cours des choses. D'autres facteurs peuvent influencer le déroulement de ces événements

tout au long de la vie. Ils peuvent être catégorisés comme suit :

- caractéristiques individuelles : âge, sexe, taille, poids, lieu de naissance, statut social des parents avant la naissance et pendant l'enfance, notamment revenus, éducation et emploi ;
- identités administratives et sociales : normes selon le genre, relations entre les sexes, sexualité, ethnicité, nationalité et handicap ;
- conditions matérielles et psychosociales : démarrage dans la vie, en termes de conditions sociales et de biens matériels transmis par les générations antérieures, et des conditions acquises au cours de la vie, comme l'accès à la nourriture et l'eau, la sécurité et le logement ;
- risques auxquels les individus sont exposés pendant la grossesse et tout au long de la vie, incluant les risques générés par des substances chimiques et biologiques.

Par ailleurs, le fait d'être mal perçu par les autres dans sa propre identité engendre fréquemment une vulnérabilité, une exclusion et une discrimination. La perception de l'identité et les rôles

Figure 3. Politiques publiques, pratiques et acteurs.



sociaux qui varient selon le sexe et l'éducation interagissent avec les caractéristiques biologiques. Ces éléments jouent un rôle capital dans la période de procréation et la santé sexuelle, fortement affectées par les conditions sociales ; ils peuvent ainsi conduire à d'importantes différences de santé entre les hommes et les femmes.

Mieux comprendre l'interaction des facteurs

Ce cadre de causalité vise à mieux comprendre l'interaction entre les facteurs et les processus qui influencent le risque, le degré d'exposition favorable ou nuisible ainsi que les facteurs qui influencent la vulnérabilité et la résilience des individus, des groupes et des collectivités en cas d'exposition. Ces facteurs sont dynamiques dans le sens où l'accumulation d'influences positives et négatives constitue un processus continu. Ils affectent la santé et le bien-être des individus. Les circuits de causalité – qui mènent à la vulnérabilité et prédisposent à des comportements défavorables pour la santé – ne sont pas distribués équitablement. Ils engen-

dre les iniquités en santé observées en Europe, c'est-à-dire une fracture sanitaire entre les pays et un gradient social entre les individus, les collectivités et les régions d'un pays.

Cette distribution inégale des déterminants de la santé découle des politiques publiques et de l'histoire du pays et des régions, de la stratification socio-économique des sociétés vivant dans ces entités géographiques et de la distribution inégale du pouvoir, du prestige, de l'argent et des ressources au niveau national et international. Les institutions éducatives et sociales peuvent jouer un rôle dans l'apparition de cette distribution inégale en opérant des discriminations entre les individus, les groupes et les collectivités dans la distribution des opportunités, comme l'éducation, l'accès au marché du travail, l'évolution professionnelle.

Politiques publiques, pratiques et acteurs

En résumé, la situation politique et historique d'un pays, ses politiques publiques et ses pratiques, ses normes culturelles et sociales et son gouverne-

ment définissent à chaque niveau le contexte dans lequel les déterminants sociaux opèrent, et les changements potentiels. Ils varient selon les pays et les sociétés. Les changements de politiques publiques, de pratiques et de normes peuvent engendrer une réduction des iniquités en santé et une amélioration générale de la santé dans un pays, ainsi qu'une plus grande cohésion sociale et davantage de bien-être. Dans le cas contraire, des changements mal canalisés peuvent accentuer l'iniquité et nuire à la santé et au bien-être. Les circuits de causalité de la santé d'un individu sont complexes et opèrent sur le long terme. La lutte contre les inégalités de santé exige la participation de l'intégralité du gouvernement et des mouvements populaires, ainsi que d'autres composantes de la société, car les interventions successives ont un impact cumulatif sur la réduction de l'iniquité en santé et l'amélioration de la santé globale dans chaque pays.

Les processus et les systèmes qui doivent être activés sont présentés à la figure 3. Les tensions dans ces systèmes sont telles que les politiques et les pro-

cessus visant à améliorer les résultats de santé sont difficiles à mettre en œuvre. L'organisation est très complexe dans ces systèmes (figure 3), entre les différents niveaux de gouvernance et de services, dans les organismes transnationaux, dans les organismes régionaux et locaux. Souvent, ce n'est pas dans l'intérêt commun des acteurs concernés. Par exemple, quel que soit le résultat obtenu en améliorant l'éducation, des résultats scolaires élevés pour des individus situés au même niveau socio-économique (gradient) accroissent la concurrence pour les emplois des niveaux moyens et élevés. Les politiques de croissance économique et de changement climatique peuvent être conflictuelles. L'étude devra donc recommander des méthodes de travail efficaces pour les systèmes et les structures.

La santé dépend des conditions de vie

Les politiques publiques englobent des politiques qui affectent directement la santé individuelle. Elles englobent aussi d'autres politiques – sociales, fiscales, commerciales et environnementales, également impactées par la mondialisation – qui ont un effet indirect. Ces politiques (éducation, famille, aide sociale, soins médicaux, fiscalité, marché de l'emploi, aménagement du territoire, transport, justice, ordre et sécurité) sont mises en œuvre à chaque niveau de gouvernance et de services publics. Les stratégies doivent être mises en œuvre à chaque niveau, aussi bien par les administrations (NDLR : locales, régionales, nationales comme les agences sanitaires) que par les organismes sociaux. Ces différents niveaux englobent la famille, le quartier et la collectivité à laquelle l'individu appartient. L'action à tous ces niveaux et types de gouvernance doit également impliquer la société civile et les dispositifs sociaux et associatifs et prendre en compte le secteur privé. Ces actions doivent être menées simultanément.

Les administrations gouvernementales et les organismes de la société civile chargés de mettre en œuvre les politiques publiques doivent travailler conjointement. Les collectivités, les organisations sociales et les institutions affectées par ces changements doivent également être impliquées dans ce travail conjoint. Le changement doit être effectué avec les individus et leurs collectivités, et non pour eux.

Pas de santé sans du social

Les actions touchant d'autres secteurs que celui de la santé, visant principalement à répondre aux problèmes qui leur sont propres, affectent fréquemment les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. Il s'agit notamment de l'éducation, de l'aide sociale et de l'environnement.

Quand ces programmes sont coordonnés, les bénéfices sont multipliés. Les politiques et interventions des autres ministères et agences, ainsi que celles du système de santé, doivent être renforcées en conséquence. Les efforts pour atténuer les changements climatiques et économiser les ressources naturelles (par exemple une meilleure isolation des logements) peuvent également affecter la santé. De même, la réduction du chômage par la création d'emplois améliorant les conditions de travail aura des effets multiples, notamment sur les inégalités de santé, l'amélioration de l'intégration et de la cohésion sociale et la réduction de la pauvreté.

Ceci pose néanmoins des problèmes importants en période de pénurie d'emplois et lorsque seules les petites entreprises embauchent. Certes, comme cela a déjà été souligné, les tensions sont fréquentes entre les politiques publiques et les organismes qui les mettent en œuvre. Mais l'équité en santé dans toutes les politiques publiques est un principe élémentaire qui doit permettre d'assurer davantage d'équité en santé dans les politiques sociales.

S'assurer de l'équité, puis vérifier l'efficacité

La mise en application de ces approches exige un double préalable. Tout d'abord vérifier l'équité, c'est-à-dire s'assurer que les politiques publiques en œuvre mèneront à davantage d'équité, tant pour la santé que pour ses déterminants. Ensuite, vérifier le niveau de preuves d'efficacité d'une stratégie/action/politique ; ceci permet de se concentrer sur la compréhension de la nature et de l'ampleur des gradients sociaux à niveler ; ceci permet aussi de surveiller, de mesurer et d'interpréter toute réduction de ce gradient et de progresser en évaluant l'impact sur les populations.

Cette surveillance continue des preuves permet également d'adapter les politiques publiques afin d'assurer une plus grande efficacité. C'est aussi

un moyen d'auditer et d'évaluer les politiques publiques par rapport à l'aspiration d'équité de toutes les politiques publiques, et d'apprécier le fossé entre les niveaux actuels d'iniquité et le souhait d'atteindre une équité en santé.

Michael Marmot

Professeur de recherche³,

Jessica Allen,

Ruth Bell,

Ellen Bloomer,

Peter Goldblatt,

Chercheurs membres

du *Marmot Review Team*,

département d'épidémiologie

et de santé publique,

University College London, Royaume-Uni.

1. L'OMS est l'autorité chargée de la santé publique dans le système des Nations unies. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS dans le monde. Il sert la région européenne de l'OMS qui comprend 53 pays et couvre une vaste région géographique s'étendant de l'océan Atlantique à l'océan Pacifique.

2. Contributeurs de ces rapports : conseillers principaux de l'OMS, OMS Europe, University College London (Marmot Review Team) et les groupes de travail.

3. Président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, Directeur, International Institute for Society and Health.

► Références bibliographiques

- (1) Marmot Review Team. *Interim second report on the social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, 2011b : 63 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148375/id5E_2ndRepSocialDet-jh.pdf
- (2) CSDH. *Final Report: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva : World Health Organization, 2008.
- (3) Marmot Review. *Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010*. London : Marmot Review, 2010.
- (4) Marmot Review Team. *Health and social justice in Europe: First report of a review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen : World Health Organization European Regional Office for Europe, 2011a.

Le rôle des services de PMI dans la réduction des inégalités sociales de santé

La grossesse et la petite enfance sont des périodes cruciales. Les services de Protection maternelle et infantile offrent un accès gratuit à l'accompagnement et aux soins de prévention pour la mère et l'enfant. À titre d'exemple, dans le domaine de la périnatalité, le service de PMI de Paris a régulièrement adapté son mode de fonctionnement pour offrir cet accès le plus égalitaire possible aux futures mères présentant des vulnérabilités psychosociales. Si l'organisation de la dispense d'absence de frais permet de lever l'obstacle financier, il faut tout autant prendre en compte les ressources humaines disponibles et l'organisation du parcours de soins, pour garantir un accès égal à un suivi de grossesse pour toutes les femmes.

La question des inégalités sociales de santé constitue désormais un prisme incontournable pour l'analyse des politiques publiques. Dans le contexte de tensions économiques et sociétales, elle offre un champ d'analyse pour la politique de santé elle-même, et, au-delà, pour les autres secteurs des politiques publiques concernés par les nombreux déterminants qui ont un impact, direct ou indirect, sur la santé.

Les acteurs de la santé publique qui visent à réduire les inégalités sociales de santé doivent agir de façon différenciée sur les facteurs qui ont un impact sur la santé des individus ou des populations, en tenant compte des processus qui génèrent ces impacts. Les interventions seront différentes selon qu'il s'agit de préserver le capital santé par le dépistage et le soin, de promouvoir la connaissance des dispositifs de prévention et de dépistage et leur bon usage par les populations concernées, ou de faciliter l'accessibilité à ces dispositifs et aux systèmes de soins.

Concentrer les efforts sur les populations exposées

Dans un contexte où la population générale a un accès relativement assuré à un service de promotion de la santé et de protection sanitaire efficace, la

lutte contre les inégalités sociales de santé doit d'abord préserver ce niveau de recours à une offre de service de santé de qualité et en prévenir la dégradation.

Par ailleurs, il importe de concentrer des efforts importants par des actions ciblées sur les populations surexposées à des facteurs de risque spécifiques et des vulnérabilités particulières, qu'ils soient de nature médicale, sociale, administrative ou géographique. La reconnaissance, comme facteur de risque, de caractéristiques « négatives » telles que la non-connaissance ou le non-recours aux dispositifs de prévention et de soins permet de conduire des actions spécifiques sur les parcours de santé et de soins de certains groupes de population.

Grossesse et petite enfance : périodes cruciales

À certaines périodes de la vie, comme la grossesse et la petite enfance, la question de la préservation du capital santé se pose avec acuité. C'est l'intérêt majeur de la politique publique de protection maternelle et infantile, en périnatalité et en petite enfance, qui mobilise de nombreux acteurs, dans lesquels figurent, parmi d'autres, les services de Protection maternelle et infantile (PMI).

L'approche de la personne doit être globale et prendre en compte sa dimension personnelle somatique et psychosociale, et les différentes composantes de son environnement social, économique, écologique, culturel. Elle s'appuie sur une démarche pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle coordonnée autour des besoins spécifiques de chacun, qui ne sont pas toujours simplement réductibles aux problématiques médico-sanitaires.

La PMI : acteur essentiel

Dans l'organisation actuelle du système de santé français, récemment restructuré par la loi Hôpital, patients, santé et territoires, les services de PMI, confiés aux conseils généraux, jouent dans la lutte contre les inégalités sociales de santé un rôle essentiel.

Leurs missions sont définies par le code de santé publique et leur existence est incontournable dans leur champ de compétence. Leur approche des problèmes de santé se fait de façon équilibrée entre la population générale de leur département et les populations présentant des caractéristiques de vulnérabilités particulières vivant sur leur territoire.

Leur action est centrée sur la promotion de la santé, la prévention et le dépistage des pathologies et du handi-

cap. Les personnes nécessitant une prise en charge de type thérapeutique sont orientées vers les services de soins adéquats.

Leur activité est consacrée à une population cible : les jeunes, la famille, en particulier les femmes, les futurs parents, et l'enfant jusqu'à 6 ans, centrée donc sur des âges clés de la vie, avec une approche en population générale et conjointement une démarche ciblée sur les groupes vulnérables. L'offre de service concerne donc la planification familiale, le suivi obstétrical de la grossesse et l'accompagnement des femmes enceintes vulnérables, le suivi médical préventif de l'enfant de la naissance à six ans et l'accompagnement des parents dans la prise en charge de leur enfant au cours des étapes de son développement.

Démarche pluridisciplinaire concertée

Les méthodes d'intervention sont multiples, associant des approches individualisées et des activités collectives, de professionnels divers et tous engagés dans une démarche pluridisciplinaire concertée. Les familles peuvent être rencontrées dans les centres de PMI ou à leur domicile et bénéficier d'accompagnements dans certaines démarches. Ces services sont gratuits pour les familles, soit qu'elles bénéficient de dispositifs de dispense d'avance de frais, soit que le conseil général assure le financement des prestations, au travers notamment des ressources humaines engagées.

Enfin, les équipes de PMI sont engagées dans un partenariat étroit avec l'ensemble des acteurs du champ médico-social de leur secteur pour articuler leurs interventions avec les professionnels en charge des autres aspects des problèmes rencontrés par les familles, qu'ils soient administratifs (accès aux droits et à la protection sociale), éducatifs, sociaux (ressources, logement), sanitaires (organisation des soins, orientation vers les services adaptés). Ce sont des acteurs essentiels pour guider les familles qui ne connaissent pas les dispositifs ni les ressources dont elles ont besoin.

Un rôle d'intervention et d'alerte

À ce titre, les services de PMI sont en première ligne pour identifier les obstacles nouveaux, parfois imprévus, induits par des évolutions réglementaires

ou des modifications de l'organisation des parcours de soins. À partir de leur position de service en charge de populations, et pas seulement dispensant des prestations de santé à des usagers, ils sont des observateurs attentifs et performants des problématiques collectives. Cette position d'observateur leur permet d'accompagner les populations aux prises avec des difficultés ou des impossibilités pour accéder aux dispositifs réglementaires et de droit commun qui fondent le système national de promotion de la santé et d'accès aux soins. Leur engagement, parmi les acteurs du système, les autorise donc à alerter les autorités sanitaires, à proposer des aménagements et à adapter leurs propres organisations pour permettre aux populations vulnérables de pouvoir encore accéder aux services et institutions qui, sans ces alertes, les ignorent.

L'exemple du service de PMI de Paris

L'évolution récente du dispositif de protection maternelle parisien est, à ce titre, un bon exemple de cette place que les services de PMI occupent dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, et des efforts d'adaptation qu'ils fournissent dans ce but, toujours poursuivi et jamais atteint. Cette évolution s'est déroulée sur trois grandes périodes et s'ouvre actuellement sur une quatrième à engager.

La première période, de 1945 à 1996, est marquée par une très large délégation de la prise en charge de la protection maternelle à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris. En 1945, en effet, pour mettre en application les dispositions de l'ordonnance créant le service de PMI, le département de la Seine organise le suivi des grossesses en s'appuyant, d'une part, sur l'important dispositif des maternités de l'AP-HP, et, d'autre part, sur le réseau des dispensaires municipaux, caritatifs et humanitaires qui maillaient alors le territoire parisien.

Cette délégation de fait de la protection maternelle est consolidée par des dispositifs conventionnels qui, dès 1976, assurent le financement des dépenses induites par le suivi des grossesses pour les maternités. En 1977, lorsque le plan de périnatalité de 1970 instaure les sages-femmes de PMI, le département qui les a recrutées les positionne dans

les maternités de l'AP-HP et les maternités concourant au service public hospitalier. Elles se voient confier le suivi à domicile des grossesses présentant des pathologies obstétricales ne relevant pas de l'hospitalisation à domicile.

Dans un premier temps (années 1970-1980), les femmes enceintes sont suivies sur le site hospitalier même, sans difficultés particulières et sans avance de frais. Elles sont prises en charge quel que soit leur régime de protection sociale. Les difficultés apparaissent dans la fin des années 1980 lorsque l'accent est mis sur la rationalisation des dépenses hospitalières. Les femmes dont la protection sociale est absente ou incomplète génèrent des dépenses irrécouvrables, en particulier pour les frais de suivi de pathologies et pour les dépenses d'accouchement, qui ne sont pas facturables à la PMI. Les services de maternité, dont les budgets sont hypothéqués par ces créances irrécouvrables, mettent en place des stratégies de recouvrement qui détruisent le principe de gratuité ou de dispense d'avance de frais d'un suivi de PMI. Dans un contexte qui voit monter en charge les situations de précarité sociale, où n'existe pas encore de couverture sociale universelle (*NDLR: CMU mise en place en 2002*), et où la politique de regroupement familial installe sur le territoire une population migrante et féconde, l'impact sur les parcours de soins est massif. L'enquête conduite en 1993 par l'Inserm, dans vingt et un départements français, sur les grossesses peu ou pas suivies (2) et les investigations sur les motifs de cette carence apporte des informations essentielles. Elle confirme l'impact péjoratif d'un suivi de grossesse insuffisant sur les indicateurs de morbidité périnatale pour la mère et l'enfant. Les facteurs qui font obstacle au suivi sont autant administratifs que psychosociaux. Avec un taux de 1,4/1000 grossesses peu ou pas suivies, *versus* un taux national de 1,1/1000, le dispositif parisien n'est plus pertinent, et les dépenses engagées, pour importantes qu'elles sont, ne bénéficient pas aux femmes les plus vulnérables qui sont pourtant le public visé par le service de PMI (3).

Réforme importante au tournant de l'an 2000

De 1996 à 2004, l'organisation du dispositif est totalement renouvelée. Le maintien du parcours de soins des femmes vulnérables dans le dispositif

de droit commun et la garantie de leur accès aux plateaux techniques hospitaliers, au titre des risques périnataux qu'elles présentent, en sont les principes fondateurs. Le cadre conventionnel entre le département et l'AP-HP est donc redéfini sur ces bases. Il met en place un remboursement des actes ou des tickets modérateurs non couverts par les dispositifs de protection sociale des consultantes pour le suivi de la grossesse, ce qui maintient la dispense d'avance de frais. Dans chaque maternité, des agents administratifs du département œuvrent pour assurer l'effectivité de la couverture sociale des consultantes. Le service de PMI assure ainsi la solvabilité des femmes enceintes, y compris pendant une période pour l'accouchement, afin de supprimer l'obstacle financier opposé pour le suivi et l'accouchement. La mise en place de la couverture médicale universelle (CMU) et de l'aide médicale d'État (AME) va ensuite réduire la part du département dans cet effort (4).

Ces équipes des structures d'accueil de PMI s'investissent également dans les démarches d'inscription des femmes, notamment pour celles qui se présentent tardivement, pour leur suivi et accouchement dans les maternités.

Le service de PMI mobilise ses centres de planification familiale départementaux qui vont, pendant plusieurs années, effectuer pour ces femmes les premiers examens et bilans, dans l'attente de leur inscription effective dans un parcours de suivi normal sur le site hospitalier où elles devront accoucher. Enfin, les sages-femmes de PMI diversifient leur activité et s'investissent désormais également sur le secteur, pour développer des actions d'information, de promotion de la santé et d'orientation des femmes dans le dispositif de soins. Elles assurent des permanences d'accueil et s'inscrivent dans le travail pluridisciplinaire avec les équipes de protection infantile, notamment pour les femmes présentant des vulnérabilités psychosociales lourdes.

Une consultation dédiée aux situations de vulnérabilité psychosociale

Dès le début des années 2000, dans le contexte de la mise en place des réseaux ville-hôpital de périnatalité, les services de maternité se recentrent sur

le suivi des grossesses pathologiques et l'accouchement. La collaboration des secteurs public/privé initiée dans les réseaux permet de résoudre la question des inscriptions, grâce à une procédure formalisée qui permet de réorienter rapidement les femmes suivies en centres de planification et d'éducation familiale. Le service de PMI et l'AP-HP redéfinissent leurs modalités de coopération dans le cadre des réseaux de périnatalité par une nouvelle convention d'objectifs et de moyens. Les sages-femmes de PMI effectuent désormais une consultation dédiée aux situations de grande vulnérabilité psychosociale, ce qui permet d'initier le suivi de grossesse des femmes qui arrivent tardivement et d'accompagner plus efficacement les situations relevant d'interventions pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles.

Les limites du nouveau dispositif

Ce nouveau dispositif fait rapidement la preuve de ses limites. En effet, l'orientation vers la ville des grossesses à bas risque fait ressurgir pour les femmes vulnérables les difficultés d'accès aux soins dans un système où leur solvabilité n'est pas organisée. Les consultations, mais également les échographies et les bilans biologiques redeviennent payants pour des femmes, ce qui en exclut de fait certaines qui ne peuvent assurer la dépense ou l'avance de frais. Une tentative de mise en place de prise en charge des femmes orientées par le réseau vers la médecine libérale ne parvient pas à se concrétiser.

La situation actuelle est de nouveau tendue pour les patientes très vulnérables, mais également pour des femmes qui, même pourvues de protection sociale efficace, ont du mal à trouver dans l'offre de service de villes un accès au parcours de suivi des grossesses à bas risque. Les difficultés générées par les réorganisations de l'offre de service hospitalière, effectuées par les autorités sanitaires sans conduire conjointement le développement d'une offre ambulatoire alternative structurée et accessible, rendent indispensable une réflexion de l'ensemble des acteurs de soins, publics et privés, pour maintenir une politique publique de protection maternelle efficace. Le service de PMI est donc, de nouveau, engagé dans l'alerte des autorités sanitaires et dans

le développement de partenariats pertinents pour maintenir un accès aux soins de la grossesse aux femmes qui, pour des raisons économiques ou psychosociales, en seraient éloignées en l'absence de dispositifs facilitateurs lisibles et structurés.

Marcelle Delour

Médecin, chef du service de Protection maternelle et infantile de Paris.

Pour en savoir plus

Delour M., Desplanques L. S'adapter pour réduire les inégalités : l'exemple du service de protection maternelle et infantile de Paris. In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.M. dir. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : p. 209-218.

► Références bibliographiques

- (1) Articles L 1423-1, L 2112-1, L 2112-2 du code de la santé publique.
- (2) Blondel B. *Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. Étude réalisée avec les services de PMI de 21 départements*. Paris : direction générale de la Santé, Inserm U149 et services départementaux de PMI, 1994.
- (3) Haut Comité de santé publique, ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance. Pour un nouveau plan périnatalité*. Rennes : École nationale de santé publique, coll. Avis et rapports du HCSP, 1994 : 276 p.
- (4) Delour M., Blondel B., Brodin M. Du constat épidémiologique à l'adaptation du dispositif de prise en charge : l'expérience parisienne d'accès aux soins périnataux à partir de 1996. In : Serfaty A., Papiernik E. dir. *L'action collective périnatalité en Ile-de-France (1996-2000)*. Rennes : École nationale de santé publique, 2005 : p. 140-151.

Entretien avec Pilar Arcella-Giroux, médecin de santé publique, psychiatre, Service communal d'hygiène et de santé (SCHS), mairie d'Aubervilliers.

« Se rapprocher des parents et s'éloigner de toutes les suspicions »

Dans un quartier d'Aubervilliers, une médecin-psychiatre, une infirmière et une psychologue accompagnent des femmes avant et après la naissance pour les épauler dans leur tâche de parent. Ces femmes sont en situation économique difficile ; elles ont souvent besoin d'un soutien pour s'affirmer dans leur nouveau rôle de mères mais aussi d'un appui pour créer du lien social, être reconnues et valorisées. L'objectif de ce programme est de promouvoir le bien-être psychique du jeune enfant en venant en aide à la mère. Peu de projets de ce type ont vu le jour en France.



La Santé de l'homme : Vous coordonnez un programme de promotion du bien-être psychique du jeune enfant. De quoi s'agit-il ?

Il s'agit d'un programme de promotion de la santé mentale dont le but est de mettre en place, avant la naissance de l'enfant, un bon accompagnement des jeunes parents confrontés à la précarité afin de favoriser des conditions

psychosociales qui devraient aider les bébés à grandir en bonne santé. Améliorer les conditions psychosociales doit nous permettre de favoriser le développement affectif, cognitif et social de l'enfant. Ce projet est issu des Ateliers santé ville (ASV), organisés à Aubervilliers depuis 2001, et qui incluent un volet « santé mentale ». Car l'un des objectifs des Ateliers santé ville demeure l'identification au niveau local

des besoins spécifiques des publics en difficulté et des déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie. Avec ce programme, nous sommes donc au cœur du sujet. En 2002, nous avons été interpellés par la direction générale de la Santé (ministère de la Santé) qui souhaitait nous mobiliser sur l'idée d'un programme de prévention précoce. Nous avons réuni les chefs de service et très vite considéré que nous serions dans un exercice où, pour être opérationnels, il nous fallait être précis sur nos critères d'intervention et nos constats partagés. La mobilisation des acteurs de la ville, les approches des programmes de promotion de santé mentale ou d'actions contre les souffrances psychiques déjà existants sur nos territoires étaient autant de matériaux utiles à l'organisation de ce nouveau programme.

S. H. : Comment avez-vous conçu votre programme ?

L'échelle du quartier est apparue très vite la plus adaptée pour le suivi de l'action, plutôt que celle de la totalité du territoire communal qui est le lieu d'intervention des Ateliers santé ville. Aubervilliers compte soixante-quatorze mille habitants dans huit quartiers différents. Sa population est jeune, 45 % de moins de 30 ans, avec une pauvreté monétaire qui transparait au vu des revenus des ménages, taux de foyers non imposables de 63 %, et cosmopolite avec 35 % d'habitants d'origine

étrangère. Pour ce projet, nous avons bénéficié d'abord d'un accompagnement technique grâce à la Fondation pour la santé publique de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN). Et avant de passer à la phase d'écriture du programme, nous avons multiplié nos réunions internes et cherché des apports extérieurs à la ville : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass), direction générale de la Santé, Délégation interministérielle à la ville (Div), etc.

S. H. : Comment avez-vous choisi votre quartier d'intervention ?

Comme je l'indiquais précédemment, nous avons exploité tous les matériaux utiles. Ainsi, l'Observatoire de la société locale nous a permis de croiser nos demandes de type santé et de type social et de qualifier rapidement le terrain sur lequel le programme allait s'installer. Nous cherchions, par exemple, un quartier où il y avait le moins de mobilité, une certaine mixité sociale et un nombre suffisant de bébés. Le quartier Paul-Bert, avec ses six mille habitants et un peu plus de cinq cents familles avec des enfants entre 0 et 3 ans, nous est alors apparu comme évident. Le programme a commencé en 2006 par le

recrutement de l'équipe. La littérature scientifique démontre que ce type de programme de santé précoce est chronophage. Il fallait recruter des professionnels dotés d'une approche particulière, ayant une très bonne connaissance des déterminants psychosociaux de santé à qui nous demanderions de privilégier la promotion de la santé au détriment de leur expérience professionnelle plus large en santé publique. À ce jour, nous sommes trois personnes pour mettre en œuvre ce programme : une infirmière à plein temps, une psychologue à mi-temps et moi-même à temps partiel pour la coordination.

S. H. : Sur quels déterminants vous êtes-vous adossés ?

Nous nous sommes d'abord intéressés aux déterminants psychosociaux de la santé cités dans les revues de littérature internationales sur la prévention précoce ; ce sont surtout des déterminants décrits comme ayant un lien avec la violence. Puis, nous avons adopté une approche plus globale, davantage adaptée à notre cadre urbain. Dans notre expérience, le premier déterminant est l'habitat, il fournit de nombreuses informations utiles à la réussite d'un programme de promotion de la

santé mentale. Nous avons beaucoup d'habitats anciens, inadaptés, voire insalubres, d'ailleurs nous avons au SCHS des programmes en cours qui travaillent spécifiquement sur ces questions comme notre programme contre le saturnisme. La question de l'habitat est en lien avec l'exclusion sociale notamment celle des familles monoparentales en situation de grande précarité, des familles hébergées par d'autres familles, des personnes isolées, des jeunes parents d'origine étrangère qui sont seuls sans le soutien de leurs familles et amis restés au pays.

D'autres déterminants ont une influence comme la non-participation à la vie citoyenne, une absence de lien social en ville, une méconnaissance du quartier et du système de santé et plus largement des dispositifs au service des habitants. Très souvent, même si notre programme s'adresse à tous les jeunes parents du quartier, la population concernée connaît des difficultés économiques : ceux qui ont un travail sont soumis à des horaires irréguliers et décalés, avec des tâches disparates à accomplir. Tout ceci ne facilite ni la vie de famille ni l'intégration sociale, et a bien sûr des répercussions défavorables sur la vie quotidienne et le bien-être des personnes concernées.

S. H. : Comment le programme fonctionne-t-il ?

Nous entamons notre démarche à la vingtième semaine de grossesse. Nous travaillons en partenariat étroit avec les sages-femmes du centre de Protection maternelle et infantile (PMI). La future mère reçoit une lettre de l'une de nos visiteuses (infirmière ou psychologue) pour lui proposer d'entrer dans ce programme. C'est fondamental de commencer avant l'accouchement. Il s'agit d'une période souvent difficile où il y a beaucoup de changements. La femme et sa famille peuvent connaître des difficultés. Si la visiteuse accompagne ces changements, le lien de confiance installé avec la famille est de meilleure qualité. Quand l'accouchement approche, nous proposons des visites rapprochées. Nous savons que les premières semaines sont essentielles, qu'elles peuvent être source de bonheur mais aussi d'angoisse tant pour les parents que pour le reste de la famille, notamment la fratrie quand il y en a une.

« Nous ne sommes pas perdues..., on nous écoute »

Dans le cadre de l'évaluation du programme « Promotion du bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans) dans le quartier Paul-Bert d'Aubervilliers », l'équipe a organisé courant 2010 une rencontre avec les mères pour recueillir leur opinion sur ce que leur apporte ce programme et ses limites.

Sur les visites à domicile effectuées par un membre de l'équipe, les mères expriment leur satisfaction d'être épaulées, écoutées et considérées : « La ville est un ensemble dans lequel on est vite perdues, dans ce programme nous ne sommes pas perdues car la puéricultrice ou la psychologue vient chez nous et on avance ensemble. Alors que se déplacer, c'est compliqué et qu'il faut aller voir des structures différentes (PMI, service social, médecin, etc.) et qu'une fois là-bas, il faut aller vite. Ici, chez nous, on nous écoute, on a le temps ; c'est important car on est partie prenante ; à l'extérieur on se sent perdue et non considérée... »

Sans les visites à la maison, on se sent seule. Certes, quand la puéricultrice s'en va, on se sent seule mais on a des choses à faire, elle nous a guidée... entre les visites à domicile, il y a des choses à faire et quand la nouvelle visite arrive, il y a des nouveautés à raconter. Notre dossier est toujours revu à chaque fois. Lors de ces visites chez nous, on ne peut rien cacher, la puéricultrice ou la psychologue voit tout chez nous, comment nous vivons ; elle détecte les manques, les détresses... Alors que chez le médecin on ne peut pas tout dire : ce serait trop long et compliqué ! Ce serait bien que ces visites soient plus rapprochées, qu'on vienne nous voir plus souvent ou qu'on ait la possibilité d'avoir des réponses en urgence ; quelque chose comme "SOS puéricultrices" (rires). Quelqu'un qui puisse gérer les urgences ».

« À l'accueil parents-enfants on nous donne beaucoup de conseils et on apprend des choses. D'une manière générale, il y a une chose qu'on regrette : pourquoi ce programme s'arrête aux 3 ans ? Quand les enfants entrent à l'école, on en a besoin, or le soutien de la caisse d'allocations familiales s'arrête aussi aux 3 ans. Il faudrait un retrait du programme en douceur, laisser les mamans, petit à petit, prendre leur envol toutes seules... »

Propos recueillis par **Pilar Arcella-Giroux** et **Josette Zelie**

Notre présence à ces moments est concertée et négociée avec la famille. Nous restons plus proches durant les trois premiers mois puis nous commençons à espacer les visites, au fur et à mesure que la famille nous sollicite moins, jusqu'à ce que l'enfant entre à l'école.

S. H. : Quels sont les effets apportés par cet accompagnement ?

Clairement, les femmes qui sont entrées dans cet accompagnement vont très vite dépasser le cadre de la grossesse pour s'exprimer sur leurs conditions de vie. Nous constatons aussi que certaines femmes et familles expriment leur envie de partager avec d'autres personnes du quartier des interrogations communes. Par ailleurs, nous avons estimé tout aussi intéressant que des femmes participent au comité technique d'évaluation que nous avons mis en place ; nous le leur avons proposé et certaines sont très intéressées. Trois d'entre elles à ce jour ont accepté.

S. H. : Y a-t-il des changements dans leurs comportements ?

Il y a une forte timidité de leur part pour globalement se retrouver dans un atelier ou un comité de quartier. La solitude du foyer entraîne des habitudes. La barrière de la langue est très importante : quand une personne commence tout juste à parler une nouvelle langue, elle balbutie, c'est tout à fait normal mais un

interlocuteur non avisé peut trouver que beaucoup de femmes que nous visitons s'expriment comme un enfant. Elles se trouvent alors confrontées à des regards particuliers malheureusement souvent condescendants ou encore méprisants. C'est une difficulté. Cependant, dans le quartier, elles ont l'atout d'être globalement bien considérées. Nous avons réalisé un diagnostic social avec elles, il en ressort que le fait d'être maman provoque du respect dans le quartier, c'est avant tout une joie pour tout le voisinage. Toutefois, il y a aussi beaucoup de racisme, de commentaires déplacés du type « Avec un si petit appartement, elle peut avoir un enfant ? », et nous devons nous interroger là-dessus, des jugements sectaires ou hâtifs sur le lien entre difficultés économiques et sociales et parentalité.

S. H. : Les premiers enfants qui ont bénéficié du programme l'ont quitté en septembre dernier pour intégrer l'école. Quels en sont les premiers résultats et les difficultés rencontrées ?

Nous avons encore une vue très partielle. De plus, les enfants sont dispersés dans plusieurs écoles ce qui ne facilite pas la tâche. Mais nous avons le sentiment que ces enfants ont un acquis positif, une sorte de facilité évidente. Je demande encore du temps pour suivre ces évolutions. Du temps pour voir si dans un autre lieu, dans un autre contexte, notre méthodologie est perti-

nente. Et puis, grâce au soutien de l'Inpes, nous avons commencé à évaluer notre programme et sommes en train d'en tirer nombre d'enseignements. Tout d'abord, les difficultés qui sont apparues nous interpellent : nous avons bien senti que, plus les conditions de vie sont compliquées, moins les gens participent ; nous avons constaté également que, quand ils participent, ils ne parlent que du problème qu'ils estiment majeur. D'autre part, un programme de ce type ne peut donner de bons résultats que si le réseau professionnel, au sens large, s'en empare très fortement. Heureusement, c'est le cas pour Aubervilliers, où la démarche transversale de l'Atelier santé ville est très soutenue, et puis le Comité de pilotage de ce programme est vraiment opérationnel, leurs membres ont pris très au sérieux leurs responsabilités. Ce qui ressort aussi, et nous devons l'affronter dans le réseau, c'est que nous nous confrontons à notre propre réalité, à nos propres difficultés dans notre travail. Si, par exemple, vous saviez comme c'est difficile de recruter une puéricultrice ! Je retiendrai toutefois une idée : pour mieux protéger les enfants, il est nécessaire de se rapprocher des parents et de s'éloigner d'abord de toutes les suspicions. Il est très important d'avoir des yeux pour voir et des oreilles pour entendre ce que la famille vit et exprime.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**, journaliste.

Favoriser le développement psychologique, affectif, cognitif et social de jeunes enfants

Il est admis que la précarité sociale des parents, quand elle entraîne mal-être et souffrance psychique, rejait fréquemment sur les enfants qui présentent alors bien souvent des attitudes de repli, des comportements inadaptés ou des difficultés dans l'acquisition d'outils essentiels comme la lecture ou l'écriture. L'objectif du programme « Promotion du bien-être psychique des jeunes enfants (0-3 ans) confrontés à la précarité » d'Aubervilliers est de promouvoir – à partir de la mobilisation des principaux partenaires concernés par cette thématique et dans le cadre d'une approche participative – des conditions psychosociales favorisant le développement psychologique, affectif, cognitif et social de jeunes enfants confrontés à la précarité.

Le projet se développe autour de trois axes d'intervention :

- **auprès des familles** : le projet, par le biais des visites à domicile, vise à assurer un fort soutien aux familles. Un « programme de santé familiale » est élaboré avec chaque famille afin de prendre en compte ses objectifs et son point de vue sur sa propre santé et son bien-être. Une première visite est systématiquement proposée au moment de la grossesse aux futurs parents. La fréquence et la durée des visites postérieures sont fixées au regard du diagnostic de la situation réalisé par le professionnel, et du souhait

exprimé par la famille. L'objectif des visites à domicile est de favoriser la croissance du bébé dans de bonnes conditions de santé globale, à travers :

- le soutien à l'établissement de liens familiaux solides ;
- les informations aux parents sur le développement de l'enfant, la santé, la sécurité, la nutrition, la grossesse ;
- la recherche de solutions face aux situations difficiles ;
- l'amélioration de l'accès aux soins pour la famille ;
- l'établissement de liens avec les ressources communautaires et professionnelles présentes dans le quartier ;
- **auprès de la communauté** (le quartier) : le projet impulse le développement d'un lieu d'accueil parents-enfants, avec une dimension communautaire à travers la mise en place d'un réseau de parents associés (les parents peuvent ainsi communiquer entre eux) ;
- **auprès des professionnels** : une cellule pluriprofessionnelle met en œuvre le programme, composée par des professionnels des différentes structures travaillant autour de la petite enfance dans le quartier.

P. A.-G.

À Poitiers, la lutte contre les inégalités passe par le logement et la nutrition

Les politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé ne peuvent se réduire à favoriser l'accès aux droits et aux soins. La ville de Poitiers a rendu ses cantines scolaires davantage accessibles aux enfants défavorisés et travaille, depuis plus d'une décennie, à supprimer les logements insalubres. Agir sur la nutrition et le logement permet d'intervenir sur les déterminants de santé, donc en amont.

Depuis 1995, une délégation santé a été créée à Poitiers et un élu en est en charge. Les accès aux droits et aux soins ont été identifiés comme objectifs prioritaires. La municipalité a donc créé, en collaboration avec le centre hospitalier universitaire (CHU), Médecins du Monde, Pharmaciens sans Frontières et diverses associations, un centre nommé « Relais Georges-Charbonnier » où officient des professionnels de la santé et du social : médecins et infirmières *via* un cabinet médical, travailleurs sociaux du CCAS. Ce centre inclut un restaurant social. Ultérieurement, la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) du CHU y aura une antenne permanente. Des permanences de l'hôpital psychiatrique, du centre de soins spécialisés en toxicomanie (CSST) et du Cipat (organisme spécialisé dans la prise en charge des dépendances à l'alcool) y sont organisées. Le centre dispose aussi d'un centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH, des hépatites et des IST (Cidag).

Pour accéder au centre, il n'y a pas d'obligation de décliner son identité, les professionnels proposent systématiquement une reconstitution des droits (nécessaire pour 80 % des usagers). Le centre est petit, tous les professionnels et les bénévoles se connaissent et travaillent ensemble. Les usagers sont adressés et accompagnés, si nécessaire, du médical vers le social, du restaurant vers le soin, des consultations sociales et médicales vers les permanences spécialisées (1). Le Relais Georges-Charbonnier est devenu un élément localement reconnu de l'accès aux droits et aux soins pour les populations précarisées, fragilisées. La proportion de migrants y augmente régulièrement.

Paradoxalement, le succès de cette politique a mis en lumière ses limites : les mécanismes de production des inégalités sociales et ethniques de santé se situent très en amont du Relais Georges Charbonnier, en amont de l'accès aux droits et de l'accès aux soins. Nous devons donc développer un autre type de politique pour réduire ces inégalités. Après une phase de réflexion, nous avons entrepris d'agir sur l'ensemble des domaines de compétences de la ville et de l'agglomération dans un objectif de réduction des inégalités de santé à l'égard de l'ensemble de la population concernée. Pour illustrer cette politique, nous détaillons dans cet article quelques actions en précisant la dimension théorique, l'analyse développée, la mise en œuvre puis l'évaluation.

L'alimentation des populations précaires

Cent quarante mille personnes vivent sur le territoire de la Communauté d'agglomération du Grand Poitiers, il y a neuf épiceries solidaires, quatre restaurants sociaux, cinq distributions alimentaires, une banque alimentaire. Chaque restaurant social sert en moyenne cent repas par jour, deux mille familles s'adressent aux épiceries solidaires et aux distributions alimentaires.

Une réflexion commune menée sur le lien entre alimentation et santé a permis de constater que les répertoires alimentaires des usagers étaient extrêmement restreints, que les populations locales, natives, ne cuisinaient plus ou très peu et avaient une alimentation très déséquilibrée. Beaucoup de migrants sont confrontés au phénomène de « transition alimentaire » parce qu'ils sont passés d'un type d'alimentation et de nutriments à un autre totalement différent, qui ne leur a pas été expliqué. Ils jettent au sortir des distributions la plupart des fruits et légumes frais qu'ils ne connaissent pas et ne savent pas cuisiner, ainsi que les conserves et certains aliments qu'ils suspectent de contenir du porc. Ils finissent par avoir une alimentation ultra restreinte, essentiellement à base de poulet, de riz et de boisson gazeuse. Ceci est d'autant plus regrettable qu'il s'agit de populations qui savent bien cuisiner, en ont conservé le goût et ont un réper-

toire alimentaire très vaste dans le pays d'origine, à base de nutriments présents ici dans les rayons de supermarchés ou dans les épiceries exotiques mais à des prix inaccessibles pour eux.

À partir de ce constat, les épiceries et autres structures existantes ont mis en place des activités dénommées ici « cuisine », là « culinaire », ailleurs « saveurs »... Le principe est d'utiliser des produits locaux de bonne qualité nutritionnelle présents dans les épiceries solidaires ou faciles à trouver à bas coût dans la distribution locale, de les cuisiner pour des repas chaque fois différents. Ensuite, les repas sont pris en famille avec les enfants ; si surplus il y a, il est réparti pour être emmené et consommé à domicile.

À l'inverse, la population précaire native connaît les aliments mais a peu de goût pour l'exercice culinaire ou l'a perdu au fil du temps ; elle le retrouve progressivement. La population migrante est enthousiaste vis-à-vis de cette activité et élargit à grande vitesse son répertoire alimentaire en le « mâtinant » parfois d'aliments dont les puristes de la cuisine du terroir contesteraient peut-être l'orthodoxie : piment, gingembre, gombo, etc. (2). Des associations et des centres socioculturels ont « contractualisé » la présence à ces ateliers avec l'octroi gratuit de tickets de cantine pour les enfants, ce qui « maximise » le taux de présence et améliore l'état nutritionnel des enfants. Cette politique a donc considérablement modifié le répertoire alimentaire, le statut nutritionnel et l'état de santé des familles participantes.

Les cantines scolaires réduisent les carences nutritionnelles

Poitiers fonctionne avec huit niveaux de tarifications des cantines scolaires. Le prix du repas va de 0,89 euro à 4,50 euros selon les revenus. Le prix de revient du repas est de 8 euros. Un effort a été réalisé sur la qualité des repas avec l'embauche d'une diététicienne, une part supérieure à 20 % de nourriture biologique, etc.

Cependant, lorsque l'on observe la fréquentation des cantines scolaires, on s'aperçoit que 85 % des enfants des quartiers les plus « riches » fréquentent les cantines scolaires *versus* 60 % des enfants des

quartiers les plus pauvres. Plus de 55 % des familles des quartiers les plus défavorisés sont en catégorie à 0,89 euro. Cette cartographie – et des entretiens avec des familles modestes dont les enfants ne vont pas à la cantine – nous a permis de savoir que c'est le coût – perçu comme trop élevé – qui est l'obstacle à l'accès aux cantines. Un outil de santé publique, la cantine scolaire, est donc développé avec un investissement financier considérable de la collectivité territoriale ; or, les enfants situés sur le gradient social le moins favorisé n'y accèdent pas ou peu. La dimension de santé publique, élément déterminant, a amené à modifier la tarification malgré une incidence budgétaire lourde. Le coût des tarifications basses a été encore réduit : pour exemple, le tarif plancher est passé de 0,89 à 0,40 euro. Dans les semaines qui ont suivi cette modification, deux cents nouvelles familles situées sur les plus bas niveaux ont inscrit leurs enfants à la cantine.

L'évaluation en termes de santé des enfants

L'évaluation a été réalisée sur les critères suivants : nombre de participants aux ateliers cuisine, de séances, d'enfants supplémentaires qui fréquentent les cantines scolaires, enquête sur le répertoire alimentaire des familles avant et après participation aux ateliers culinaires, etc. Nous avons aussi travaillé en lien avec le service de pédiatrie du CHU. Il en ressort que, lorsque les parents fréquentent les distributions alimentaires sans participer aux ateliers culinaires et que les enfants ne vont pas à la cantine pour des raisons économiques, ces enfants sont pratiquement tous carencés en oligo-éléments et en vitamines. Bien sûr, il ne s'agit pas d'une enquête réalisée avec un échantillon représentatif, mais les conclusions sont nettes. Ces carences ont des conséquences connues sur la fréquence des infections, la fatigabilité, les résultats scolaires.

Ainsi, lorsque les mères fréquentent les distributions alimentaires et les ateliers culinaires et que les enfants vont à la cantine, ces derniers n'ont pratiquement pas de carences, pas d'anémie ferriprive (due à une carence de fer). À l'inverse, d'une manière générale, les enfants qui ne fréquentent pas la cantine scolaire pour des raisons économiques ont des carences multiples. Nous avons pu étudier, avec les services de pédiatrie, plusieurs enfants qui ont normalisé leur bilan suite à leur inscription à la cantine et à la participation de leurs mères aux ateliers culinaires.

L'accès à au moins un repas équilibré par jour, pour chaque enfant scolarisé, est un objectif majeur mais difficile à atteindre.

Lutte contre le logement insalubre

Poitiers s'est attaqué au logement insalubre à partir de 1995 avec l'objectif de bouter hors de la ville les marchands de sommeil. Confrontés à plusieurs cas de saturnisme infantile, nous avons identifié des immeubles et constaté, d'une part, une faible volonté des « pouvoirs publics » pour lesquels ce parc d'habitat insalubre semblait une fatalité, d'autre part, un cynisme étonnant des propriétaires, habitués d'un sentiment d'impunité.

À partir de là, un volontarisme sans relâche et l'évolution des textes ont permis des décisions préfectorales. La rénovation de quelques immeubles a été imposée ; toutefois, la majorité des logements insalubres continuait d'être habitée, sur-occupée, générant des pathologies diverses dont des lésions cérébrales irréversibles dues au saturnisme chez de jeunes enfants (3). Notre « longue » expérience nous a appris que le principal obstacle était l'épousement d'acteurs dispersés face à l'extrême agilité de propriétaires qui connaissent toutes les astuces du droit pour faire échouer les procédures. Une stratégie a été élaborée au cours d'une réunion « fondatrice », en octobre 2008, réunissant le préfet de région, le secrétaire général de préfecture, le député-maire, les adjoints au maire des domaines concernés, les fonctionnaires de tous les services déconcentrés de l'État et des services municipaux impliqués. L'identification des immeubles et des propriétaires étant réalisée, un comité de pilotage a été créé et examine l'état d'avancement de toutes les procédures ; l'analyse juridique des obstacles est exposée et des solutions sont construites. Lorsqu'un cas de saturnisme ou un risque d'exposition au plomb est signalé, une expertise immédiate des immeubles est réalisée.

Cette stratégie a permis d'augmenter le nombre de procédures et de les faire aboutir systématiquement et relativement rapidement. Soit les habitations ont été réhabilitées par leurs propriétaires (sur injonction préfectorale), soit ils ont été expropriés et leurs immeubles vendus, puis réhabilités par des bailleurs sociaux. À titre d'exemple, deux propriétaires qui possédaient des dizaines d'immeubles insalubres ont été condamnés en 2011 et dépossédés de leur parc, lequel a ensuite été rénové. Une association locale finan-

cée par l'État a informé chaque famille sur les risques de l'habitat, les pathologies liées au logement, etc.

Conclusion

Les politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé ne peuvent se réduire à favoriser l'accès aux droits et aux soins. Tous les domaines de compétence des collectivités territoriales (ici la ville) sont concernés. Pour engager ces politiques, il faut élaborer une réflexion en amont permettant d'identifier une ou plusieurs « entrées » concernant la préservation de la santé pour chaque domaine de l'action municipale.

Ni la santé, ni le soin ne sont des compétences municipales ; pourtant de nombreuses villes ont des élus à la santé. La politique de la ville comporte un volet santé mais il est territorialisé. La création récente des Ateliers santé ville (*lire l'article p. 34-35*) permet de fédérer des projets santé sur des territoires éligibles à la politique de la ville. Les agences régionales de santé (ARS) proposent aux collectivités d'élaborer des contrats locaux de santé.

Malgré toutes ces nouveautés dans le couple santé-collectivité territoriale, les échanges que nous avons avec nos collègues, élus d'autres villes ou établissements publics de coopération intercommunale (Epci) en France, ne nous donnent pas le sentiment que la nature et la diversité des politiques de réduction des inégalités sociales de santé soient pleinement appréhendées.

Michel Berthier

Adjoint au maire de Poitiers, en charge de la politique de la ville, médecin pédiatre au CHU de Poitiers, avec la contribution de **Pauline Berthier** Doctorante en biologie, pour le recueil et le traitement des données sur le statut nutritionnel des enfants.

► Références bibliographiques

- (1) Berthier M. Famille et précarité. *Archives pédiatriques*, 2002, vol. 9, suppl. 2 : p. 251-254.
- (2) Berthier M. Risque néonatal et devenir des enfants de familles vulnérables. *Revue de Médecine périnatale*, 2009, vol. 1, n° 2 : p. 39-44.
- (3) Berthier M. État actuel de la lutte contre le saturnisme en France. *Médecine & enfance*, juin 2001 : p. 291-299.

Montréal : un soutien à la petite enfance pour aborder l'école dans de meilleures conditions

Une étude réalisée à Montréal, au Canada, montre qu'avant d'intégrer l'école, une partie des enfants présente une certaine vulnérabilité sur le plan de la santé, du bien-être, des compétences sociales, affectives et cognitives. Et moins le quartier est favorisé, plus les enfants vulnérables sont nombreux. Ce constat a incité les acteurs de la petite enfance à se mobiliser et à travailler ensemble. Entre autres initiatives, la répartition des places en services de garde a été revue en tenant compte des quartiers vulnérables ; des programmes d'intervention éducative précoce et de prévention des retards de développement ont été dotés de moyens supplémentaires. L'objectif est bien ici de lutter contre les inégalités sociales de santé.

En santé publique, les politiques publiques s'appuient largement sur la mobilisation des communautés et l'action intersectorielle comme stratégies de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé (1-4). Dans cette voie, le système de santé publique québécois est l'instigateur de plusieurs interventions à base communautaire (5, 6). L'étude ici présentée concerne le champ de la petite enfance dans la région montréalaise. Lancée en 2008 et mobilisant les partenaires régionaux et locaux, elle donne suite aux résultats et aux questions soulevées par une enquête populationnelle menée sur la maturité scolaire des enfants montréalais. Nous abordons ici quelques aspects de l'enquête et les interventions qui ont suivi l'analyse de ses résultats¹.

Conclusions de l'enquête à l'appui de l'intervention en maturité scolaire

L'enquête « En route pour l'école ! » (7, 8) menée par la direction de Santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal visait à dresser un portrait de la maturité scolaire des enfants à leur entrée à l'école dans l'ensemble du territoire montréalais. Plus spécifiquement, cette enquête voulait identifier les disparités entre les quartiers et les facteurs socio-

économiques pouvant les expliquer, afin d'alimenter la réflexion et de favoriser le déploiement des services à la petite enfance.

La collecte des données a été réalisée, au printemps 2006, auprès de l'ensemble des écoles publiques en recourant à l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance. L'IMDPE évalue le degré de développement des enfants dans cinq dimensions de la maturité scolaire : le développement cognitif et langagier, la santé physique et le bien-être, les compétences sociales, la maturité affective, les habiletés de communication et les connaissances générales (9, 10).

Les résultats révèlent qu'à Montréal un enfant sur trois (35 %) est vulnérable dans au moins un domaine de la maturité scolaire. On constate, en outre, une grande disparité, variant de 22 % à 43 % selon les territoires des vingt-neuf centres locaux de services communautaires (CLSC). Ainsi, regroupés en quintiles², huit territoires présentent un faible risque sur le plan de la maturité scolaire, alors que cinq affichent un risque élevé.

Parmi les territoires du quintile le plus à risque, quatre présentent des

réalités sociodémographiques plutôt défavorables avec une proportion élevée de familles dont le revenu moyen est faible et quatre concentrent une population de vingt ans et plus sans diplômes d'études secondaires. À l'opposé, six des huit territoires du quintile le moins à risque ont des conditions sociodémographiques plutôt favorables (11).

Afin de favoriser le déploiement des services dans les zones prioritaires, une consultation d'intervenants a été réalisée, conduisant à diviser les territoires en plus petites unités sociologiques appelées « voisinages ». Ainsi, les chercheurs ont cartographié les résultats pour cent un voisinages montréalais.

Le processus décisionnel mis en place

L'intervention, initiée par la DSP pour donner suite à l'enquête, consiste en un appel à la mobilisation intersectorielle visant à construire une compréhension commune des problèmes et des solutions (12). S'en sont suivi :

- la création d'une structure intersectorielle régionale (regroupant les services de santé, du social, de l'enfance, de l'éducation, de l'immigration, etc.) qui a orchestré la tenue, un an plus tard, d'un sommet régional ;



- l'engagement des structures locales intersectorielles déjà existantes en petite enfance dans les vingt-neuf territoires locaux sur la question de la maturité scolaire.

Ce processus décisionnel a permis la mise en mouvement des acteurs sur l'articulation entre le problème et les solutions sur la question de la maturité scolaire, qui jusque-là n'était pas pour eux prioritaire. Les données de l'enquête viennent éclairer ce processus en mettant en lien l'épidémiologie du problème et la cartographie des services publics existant dans les territoires.

Résultats les plus concrets issus du processus décisionnel

Différentes actions du gouvernement québécois (santé, famille) sont venues répondre à certaines des attentes locales. Mentionnons :

- la prise en compte des quartiers vulnérables dans la répartition des places en services de garde subventionnés ;
- un financement additionnel de deux programmes publics : d'intervention éducative précoce (Iép)³ et de traitement des retards de développement (Amis)⁴ ;
- l'institution d'un fonds – de quatre cents millions de dollars canadiens sur dix ans – de développement des enfants, issu d'un partenariat État-philanthropie privée et principalement

dédié à l'action locale concertée⁵. Les données de l'enquête ont aidé à la prise de décisions pour une allocation mieux ciblée des ressources.

Au niveau des territoires de CLSC, la mobilisation a entraîné la mise en place de comités dédiés à la maturité scolaire ; un élargissement des réseaux d'acteurs, notamment par l'engagement du milieu scolaire ; et un renforcement du travail intersectoriel (par exemple transition des services de garderie vers l'école). Des événements locaux ont soutenu l'action collective sur le multiculturalisme et les problèmes langagiers, sur les partenariats public-privé dans le champ social, sur le partage des réalisations et leurs suites, etc.

Outre la mise en place des programmes publics, des interventions communautaires ont été déployées, telles que la démarche « Passage à l'école » (www.casiope.org), des activités d'éveil à la lecture ou des camps estivaux de préparation à l'école. Dans ce contexte, les données de l'enquête ont permis de rendre visibles les zones les plus fragiles, où les besoins sont les plus importants de justifier la mobilisation communautaire et la requête de ressources additionnelles (13).

L'intervention en maturité scolaire et la lutte contre les inégalités sociales de santé

Les résultats de l'enquête mettent en lumière qu'il existe, malgré les investissements de l'État québécois à l'égard de la petite enfance au cours des quinze dernières années, des écarts considérables entre les quartiers de Montréal quant à la proportion d'enfants vulnérables sur le plan de la maturité scolaire. Il est, par ailleurs, démontré qu'il existe un lien entre les inégalités dans les domaines de la santé et du développement des enfants et les inégalités dans la distribution des services et ressources à la petite enfance, et que ce lien est modulé en fonction des milieux et conditions de vie des familles (14). L'enquête a pour perspective d'outiller les communautés afin d'améliorer le dispositif et le soutien à la petite enfance. Les résultats prennent en

compte la situation socio-économique, présentent une cartographie des services publics illustrant le lien entre situation socio-économique défavorable, problème de maturité scolaire et services à la petite enfance.

La mobilisation a principalement permis un accroissement des services publics et communautaires à la petite enfance et une distribution de ces services en faveur des milieux les plus vulnérables. Il s'agit d'une entrée par deux des quatre grandes stratégies de réduction des inégalités sociales de santé (15) :

- améliorer l'accès des individus désavantagés aux services de santé ;
- réduire l'effet des désavantages socio-économiques sur la santé.

Les deux autres stratégies étant :

- la réduction de ces désavantages socio-économiques ;
- la réduction de l'effet amplificateur de la maladie sur ces désavantages.

Ces stratégies requièrent la collaboration des autres secteurs de l'administration publique, responsables de la régulation des déterminants de la santé (4, 16), de même que la coordination avec les organismes communautaires, partenaires de la transformation des milieux (3). À cet égard, la mobilisation montréalaise associe un secteur névralgique, celui des services de garde subventionnés, et le milieu communautaire qui est un acteur central dans tous les territoires locaux.

L'initiative montréalaise et son impact sur la politique québécoise en petite enfance

Au cours des dernières années, deux rapports internationaux sont venus sonner l'alarme sur l'importance de soutenir les premières années de vie des enfants, enjoignant les pays membres de l'OMS et de l'OCDE d'investir massivement en faveur de la petite enfance (17, 18). Même si, au Québec, les financements dédiés aux tout-petits depuis quinze ans sont déjà importants (7, 19, 20), on peut aisément avancer que ces rapports, conjugués à l'influence du mouvement pancanadien en faveur du développement de l'enfant (21), ont eu pour effet d'intensifier les investissements. L'important développement en prévention dans le réseau québécois de la santé en 2010 (Iép et Amis) et la création du Fonds

pour le développement des enfants en 2009 en témoignant. Cette préoccupation largement partagée se voit reconvenue avec la mise en œuvre d'une deuxième édition de l'enquête sur la maturité scolaire, visant cette fois l'ensemble des enfants de maternelle du Québec au printemps 2012. Une mobilisation de l'ampleur de celle décrite dans cet article est en conséquence attendue à l'échelle du Québec.

Angèle Bilodeau,

Ph.D, Chercheure, direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et professeure agrégée de clinique, département de médecine sociale et préventive de l'université de Montréal,

Isabelle Laurin,

Ph.D, Chercheure, DSP de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et professeure associée,

département de service social

de l'université de Sherbrooke,

Nadia Giguère,

Ph.D,

Anouk Lebel,

M Sc3, Agente de recherche,

Centre de recherche Léa-Roback de l'université de Montréal, Québec, Canada.

1. La recherche conduisant à ces résultats a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada.

2. Les territoires de CLSC sont regroupés en cinq catégories (quintiles) permettant de situer chaque territoire par rapport aux autres. Ces quintiles tiennent compte du nombre variable d'enfants de chaque territoire. Les territoires du premier quintile comptent une proportion d'enfants vulnérables inférieure à 28,1 % alors que ceux du cinquième quintile comptent une proportion d'enfants vulnérables supérieure à 41,3 %.

3. Interventions éducatives précoces est un programme du ministère de la Santé et des Services sociaux visant à favoriser le développement optimal des enfants du point de vue cognitif et langagier, socio-affectif et psychomoteur, et à faciliter leur entrée à l'école. Iép est une offre de services des CSSS auprès des intervenants des services de garde et des organismes communautaires famille.

4. L'Approche multidisciplinaire intégrée en stimulation (Amis) est un programme du ministère de la Santé et des Services sociaux qui offre, en CSSS, des services cliniques aux enfants de 0 à 5 ans ayant des retards de développement.

5. La Loi 7 instituant le Fonds pour le développement des jeunes enfants a été déposée à l'Assemblée nationale du Québec en juin 2008 et adoptée en septembre 2009, suite à des audiences publiques où des préoccupations ont été formulées sur ce nouveau mode de gouvernance public-privé dans le champ social et sur l'arrimage de ce nouveau secteur philanthropique avec les services publics existants.

► Références bibliographiques

- (1) Kreisel W., Von Schirnding Y. *Intersectoral action for health: A cornerstone for health for all in the 21st century*. World health statistics quarterly, 1998, vol. 51, n° 1 : p. 75-78.
- (2) Santé Canada. *The population health template: Key elements and actions that define a population health approach*. Ottawa : Santé Canada, 2001 : 42 p. En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/discussion-eng.pdf>
- (3) Baum F. Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & Education*, 2007, vol. 14, n° 2 : p. 90-95.
- (4) Organisation mondiale de la santé, Agence de la santé publique du Canada. *L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays*. Ottawa : Santé Canada, 2008 : 44 p. En ligne : http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_fr.pdf
- (5) Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. Québec : gouvernement du Québec, 2008 : 103 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documenta-tion/2008/08-216-01.pdf>
- (6) Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique. *Garder notre monde en santé*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux, 2009 : 15 p.
- (7) Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique. *Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais. Rapport régional 2008. En route pour l'école !* Montréal : Agence de la santé et des services sociaux, 2008 : 136 p. En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-630-5.pdf
- (8) Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique. *Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais. En route pour l'école ! Rapport synthèse*, 2008, vol. 11, n° 1 : 4 p. En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/1911-6853-FEV 2008.pdf
- (9) Janus M., Brinkman S., Duku E., Hertzman C., Santos R., Sayers M., et al. *The Early Development Instrument: A Population-based Measure for Communities. A Handbook on Development, Properties, and Use*. Hamilton : Offord Centre for child studies, McMaster University, 2007 : 44 p.
- (10) Janus M., Offord D.R. Reporting on readiness to learn in Canada. *Isuma Canadian Journal of Policy Research*, 2000, vol. 1, n° 2 : p. 71-75.
- (11) Laurin I., Lavoie S., Guay D., Boucheron L., Durand D., Goulet N. L'enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais. Soumis à la revue *Santé publique*.
- (12) Laurin I., Samson I., Lavoie S., Durand D., Boucheron L. *Les sommets sur la maturité scolaire. Document synthèse de la démarche effectuée en 2008-2009*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux, Direction de santé publique, 2010 : 22 p. En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-906-1.pdf
- (13) Bilodeau A., Laurin I., Giguère N., Lebel A., Bisset S., Audet G. *Événement de partage local-régional du 19 avril 2011 sur les résultats de la recherche. Mobilisation des acteurs et transformation des services à la petite enfance : évaluation des retombées de l'Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux, Direction de santé publique, 2011 : 38 p. En ligne : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2049706>
- (14) NICHD Early Child Care Research Network. *Early Child Care and Children's Development in the Primary Grades: Follow-up Results from the NICHD Study of Early Child Care*. *American Educational Research Journal*, 2005, vol. 42, n° 3 : p. 537-570.
- (15) Mackenbach J.P., Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *British Medical Journal*, 2002, vol. 325, n° 7371 : p. 1029-1032.
- (16) Organisation mondiale de la santé et gouvernement d'Australie méridionale. *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*. Genève : OMS, 2010 : 4 p. En ligne : http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf
- (17) Organisation mondiale de la santé, Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblé le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2009 : 33 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
- (18) Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Assurer le bien-être des enfants*. Paris : OCDE, 2009 : 2 p. En ligne : <http://www.oecd.org/dataoecd/21/21/43590076.pdf>
- (19) Centre 1,2,3 GO ! *Comprendre la petite enfance. Rapport final de l'initiative CPE-Montréal 2001-2007*. Montréal (QC) : Centre 1,2,3, GO !, 2007 : 47 p.
- (20) Lapointe P., Martin I. La communauté peut aider ses enfants à mieux se préparer à commencer l'école : l'initiative. *Comprendre la petite enfance. Éducation et Francophonie*, 2005, vol. 33, n° 2 : p. 112-124.
- (21) Hertzman C. Peut-on parler « d'équité dès le départ » au Canada ? *Pop Nouvelles*, juin 2010, n° 22 : p. 6-8. En ligne : http://www.cih-risc.gc.ca/f/documents/ipp_h_issue22_june10_f.pdf

Lutter contre le « gradient de santé » qui affecte les enfants et les parents

Plus on est dans une situation socio-économique défavorable, moins on est en bonne santé. Ce « gradient social » est constaté dans toutes les circonstances par toutes les études scientifiques. Le programme « Gradient », mis en œuvre par plusieurs pays de l'Union européenne et soutenu par celle-ci, élabore des stratégies pour lutter contre ce gradient, qui apparaît dès la petite enfance.

« Gradient » est un projet de recherche collaboratif faisant intervenir douze institutions (universités, instituts de recherche et établissements de santé publique) de divers pays européens. Le projet, coordonné par *EuroHealthNet* et subventionné par le 7^e Programme cadre de la Communauté européenne, couvre la période 2009-2012. Il poursuit les objectifs suivants :

- constituer un cadre européen de surveillance et d'évaluation des politiques publiques et de leur impact sur les gradients des déterminants sociaux qui engendrent des inégalités de santé ;
- étudier si les enfants et les familles de groupes socio-économiques divers répondent différemment aux actions de politiques publiques ;
- identifier les facteurs protecteurs de santé chez les enfants, les jeunes et leurs parents, en privilégiant les relations et les réseaux sociaux, afin d'explorer de nouveaux choix de politiques publiques susceptibles de limiter les inégalités sociales de santé ;
- analyser l'impact des politiques publiques générales de la famille et de l'enfance, et le comparer à celui des politiques orientées vers les familles et les enfants « à risque » ;
- formuler des recommandations de politiques publiques et diffuser les résultats.

Santé meilleure, inégalités creusées : le paradoxe

Ces différentes études seront réalisées par quatre groupes de travail, secondés par un groupe d'experts. Ce projet a été motivé par l'augmentation des inégalités de santé observée dans la majorité des États membres de l'Union européenne, aussi bien entre États, qu'au sein de ces États, alors que

leur population n'a jamais été en aussi bonne santé. Ces inégalités en augmentation constante constituent un gradient systématique entre la santé et la situation sociale de populations entières (1). La situation ne se résume plus au fait que les plus démunis sont en mauvaise santé ; il existe aujourd'hui un gradient social de risques dans l'ensemble de la population (2, 3). Ce gradient de santé affecte tous les individus.

Ces inégalités de santé ne découlent pas toujours de choix individuels ou d'un mode de vie ; liées à des facteurs plus généraux, elles peuvent être tout à fait inévitables et injustes. Ce point est important, car si l'inégalité porte sur des écarts divers, l'iniquité concerne les différences qui sont précisément injustes et qui pourraient être évitées. Il est donc indispensable de distinguer la lutte contre les déterminants des inégalités sociales de santé, associée à l'iniquité, de la lutte contre les déterminants sociaux de santé, définie par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS en 2008 : « ... *Les actions et politiques publiques visant à réduire les inégalités de santé ne doivent pas se borner aux déterminants intermédiaires, mais doivent englober des politiques publiques spécifiquement adaptées aux déterminants structurels sous-jacents : les mécanismes sociaux qui engendrent systématiquement une distribution inéquitable des déterminants de santé dans des groupes de population.* » [Traduction]

Dans le cadre du projet Gradient, nous avons adopté le terme « inégalité », car il est majoritairement utilisé dans les communications de l'Union européenne ; nous l'utilisons donc ici comme synonyme d'iniquité.

De la santé de l'enfant dépend la santé du futur adulte

Le projet Gradient porte sur les enfants, les jeunes et leur famille car les premières années de la vie jouent un rôle fondamental sur l'état de santé des enfants à l'âge adulte. Des actions menées efficacement à cette étape cruciale de la vie peuvent avoir un effet intergénérationnel en sortant les enfants du cycle de l'inégalité (4). Il a été démontré que les inégalités de santé se transmettent de génération en génération. Une situation socio-économique défavorable pendant l'enfance a une influence négative durable sur la santé de l'adulte, quelle que soit sa situation socio-économique (2).

C'est précisément à la période de l'enfance que le gradient social de santé apparaît. Les actions visant à combattre les inégalités de santé dès la petite enfance, ainsi que celles cherchant à instaurer une égalité des chances pour les enfants et les adolescents, pourraient contribuer à donner aux enfants de meilleurs atouts en termes de santé (5). Les actions de ce type n'ont pas seulement un impact positif sur la santé, mais participent à la lutte contre les inégalités intergénérationnelles (3). C'est en effet en intervenant dès les premiers stades de la vie qu'il sera possible de niveler au mieux le gradient et de promouvoir une meilleure santé à long terme (6).

Politiques publiques et réduction des inégalités de santé

Les politiques publiques peuvent reposer sur trois stratégies :

- favoriser les programmes ciblés sur les groupes les plus défavorisés ;
- réduire les écarts de santé entre les

catégories les plus nanties et les catégories les plus défavorisées ;

- niveler le gradient social des inégalités de santé dans l'ensemble de la population par une action universelle, adaptée en proportions et en intensité au degré de pauvreté¹.

L'idéal serait de mettre en œuvre simultanément ces trois stratégies, dans le cadre d'une approche intégrée et à plusieurs niveaux, englobant des actions et des politiques diverses (7). Dans les faits, la majorité des programmes tentent de mettre en œuvre les deux premières options. La troisième stratégie repose sur des politiques et des programmes de santé publique visant à niveler le gradient ; ceci comporte une difficulté majeure, puisque ces politiques et ces programmes nécessitent des actions complexes et des outils structurels à même de traiter les effets d'une distribution différentielle au sein de la population (8).

Le projet Gradient concentre ses efforts sur la réduction des inégalités de santé par le nivellement du gradient social des inégalités de santé dans l'ensemble de la population. À la « lutte contre le gradient », expression fréquemment utilisée dans la littérature, nous préférons le « nivellement du gradient », qui établit plus clairement les objectifs du projet Gradient (améliorer la santé de tous).

Agir sur les déterminants sociaux

L'existence d'un gradient implique que la stratégie choisie devra s'étendre à toute la population et s'orienter vers le processus causal, ce qui impose d'agir sur les déterminants sociaux. Les responsables politiques prétendent fréquemment « réduire les inégalités de santé », alors qu'ils s'attaquent aux écarts ou aux groupes, et non au gradient. Il faut noter ici l'exception notable de la stratégie nationale de la Norvège (9), dont les politiques de santé publique avaient comme objectif de niveler le gradient.

Pour réduire les inégalités, il convient donc de :

- réduire les inégalités sociales qui contribuent aux inégalités de santé ;
- réduire les inégalités sociales dans les comportements de santé et le recours aux soins ;

- mettre en œuvre des mesures spécifiques visant à favoriser l'inclusion sociale ;

- développer des connaissances, des mesures et des outils transversaux (10).

La santé dépend de l'environnement social et humain

Une étude a été réalisée sur la capacité du capital social (*NDLR : le tissu social collectif et son apport pour les individus, la cohésion sociale*) de la collectivité à constituer un facteur de protection. Les neuf études qui répondaient aux critères d'inclusion reposaient sur l'utilisation de résultats et d'indicateurs de santé très divers sur le capital social de la collectivité. La majorité d'entre elles portaient essentiellement sur les jeunes enfants et leurs parents. Cinq études ont confirmé l'existence d'un effet du capital social de la collectivité sur la relation entre les facteurs socio-économiques et la santé des enfants et des adolescents. En effet, les résultats montrent que le capital social de la collectivité influence l'impact du statut socio-économique sur la santé des enfants et des adolescents. Sur les cinq études ayant pour sujet le jeune enfant, quatre montrent des effets positifs, tandis qu'une seule de ces quatre études sur le capital social chez les préadolescents et les adolescents démontre que le capital social de la collectivité a des effets protecteurs. Ceci pourrait signifier que le capital social de la collectivité a un impact plus important sur la santé des jeunes enfants. Globalement, les résultats laissent supposer que le capital social de la collectivité peut réduire l'influence des caractéristiques socio-économiques défavorables sur la santé des enfants et des adolescents. Ils montrent également que l'impact positif du capital social ne doit cependant pas être simplifié.

Études de cas : Flandres et Islande

On dispose de peu d'éléments concernant l'effet du capital social de la collectivité sur les inégalités de santé. Des études doivent être réalisées en Europe pour fournir davantage d'éléments dans le contexte européen. Mais en Flandres (Belgique) et en Islande, des données ont permis d'approfondir la relation entre la situation socio-économique des individus, leur santé et le capital social de la collectivité.

Les Flandres

Les effets protecteurs du capital social de la collectivité ont été étudiés à partir des données de l'enquête flamande de 2005-2006, faisant partie de l'étude sur les comportements de santé des enfants d'âge scolaire (étude HBSC), étude multinationale de l'OMS (www.hbsc.org). Cette étude collaborative portait sur 9 773 enfants, vivant dans 601 collectivités différentes.

Un gradient social a été constaté dans la relation entre la situation socio-économique des enfants et des adolescents et leur santé. Les enfants en situation socio-économique plus élevée étaient en meilleure santé. Le capital social individuel avait un impact favorable sur la santé : les individus étaient en meilleure santé dans la mesure où ils avaient davantage de capital social individuel. Il en était de même pour le capital social de la collectivité. Le capital social et la cohésion sociale traditionnelle de la collectivité ont des effets bénéfiques sur la santé des enfants et des adolescents. La présence d'un capital social et d'une cohésion sociale traditionnelle importantes dans la collectivité engendre des individus en meilleure santé.

Les personnes vivant dans des collectivités sans grand capital social collectif auront intérêt à augmenter ce capital, tandis que celles vivant dans des collectivités ayant un niveau de capital social collectif moyen n'obtiendront de cet accroissement qu'un faible bénéfice en termes de santé et de bien-être.

L'Islande

Cette étude repose sur une enquête démographique nationale englobant la majorité des lycéens islandais, en 2007, âgés de 15 et 16 ans. La plupart des jeunes Islandais fréquentent une école proche de leur domicile.

Au niveau individuel, la relation entre le statut socio-économique faible des parents et le tabagisme des adolescents s'explique partiellement par le capital social (*NDLR : moins on a de capital social, plus on fume*). Les liens sociaux entretenus par les parents avec leurs voisins ou d'autres parents constituent surtout un facteur individuel. Ceci s'applique également à la participation parentale. Mais l'effet des sports collectifs de proximité va bien au-delà de celui des sports individuels.

Comme la participation individuelle à des réseaux sociaux est variable, le capital social pourra n'avoir aucun effet sur certains individus, même s'ils appartiennent à des collectivités à fort capital social. De même, certains individus vivant dans une collectivité à faible capital social pourront bénéficier de leur implication dans des réseaux sociaux. Les adolescents qui n'ont pas d'activité sportive ou associative ne bénéficieront pas individuellement de l'intérêt que ces clubs peuvent offrir, mais ils pourront en bénéficier collectivement par la fréquentation d'amis qui pratiquent des sports. Il est fondamental de mettre en lumière les interactions multi-niveaux pouvant influencer la santé et les comportements de santé, pour proposer une approche intégrée de prévention et de promotion de la santé.

Le capital social de la collectivité, atout pour la santé

Les différents composants du capital social de la collectivité peuvent opérer comme autant d'atouts en matière de santé. Les résultats déjà acquis et les dernières données en date sont suffisants pour permettre de recommander des initiatives orientées vers la collectivité, favorisant la cohésion, la coopération et la confiance mutuelle parmi les enfants et les adolescents, en particulier dans les collectivités à faible capital social. Plus spécifiquement, les recommandations suivantes sont proposées :

- favoriser les organisations locales ayant des principes positifs en matière de santé et de comportements de santé ; ceci a des effets positifs sur la santé et les comportements de santé des jeunes ;
- encourager les implications associatives ; les effets sont positifs sur la santé et les comportements de santé des jeunes, en particulier dans les collectivités à faible capital social ;
- agir sur le taux et la perception de la criminalité dans la collectivité, à titre d'indicateur du capital social de celle-ci, c'est un facteur important.

Systèmes d'aide sociale : lequel est le meilleur ?

Le projet Gradient examine comment différents systèmes d'aide sociale concourent à établir une équité sociale et une équité de santé pour les familles et les enfants. Est-il possible d'affirmer qu'un type d'État providence est meilleur qu'un autre ?

La perspective du gradient implique de prendre en compte les politiques d'aide sociale dans l'étude de la distribution des inégalités sociales de santé. Les gouvernements apportent une réponse très différente à ces questions. O. Lundberg *et al.* (11) ont montré que si tous les pays riches ont des programmes d'aide sociale, les différences entre chaque pays en termes de concept et de générosité sont très nettes. Ces différences sont manifestes dans les variations nationales de taux de pauvreté, en particulier parmi les enfants et les personnes âgées. La conception des politiques sociales, ainsi que leur degré de générosité, jouent un rôle important dans les déterminants sociaux de l'équité en santé.

Redistribution des ressources : la palme au modèle scandinave

E. Dahl et ses collègues affirment que l'argent est plus facile à redistribuer que la santé, mais que le modèle scandinave parvient mieux que les autres systèmes à redistribuer l'argent (12). Pour O. Lundberg (13), les politiques d'aide sociale doivent contribuer à la santé et au bien-être des enfants. Les recherches montrent qu'il existe une relation claire entre la générosité des politiques familiales et le taux de pauvreté des enfants : dans les pays mettant en œuvre des politiques familiales plus généreuses, le taux de pauvreté des enfants est généralement bien moindre. Il existe également une relation très claire entre la générosité des politiques familiales et la mortalité infantile.

Parallèlement aux études systématiques, le projet Gradient a également examiné des approches spécifiques dans quatre pays européens, représentant différents régimes d'État providence : les Pays-Bas, la Suède, l'Angleterre et la Slovaquie. Les résultats intermédiaires laissent supposer, par exemple, que les mères seules s'estiment en plus mauvaise santé que les mères vivant en couple en Suède, en Italie et en Grande-Bretagne. Une étude antérieure avait mis en évidence une relation verticale, un gradient social dans le pourcentage de malades, avec augmentation des problèmes de santé dans les classes défavorisées de ces trois pays. Mais il y a également une relation horizontale, avec des taux plus élevés de mauvaise santé chez les mères seules par rapport aux mères vivant en couple,

dans toutes les classes sociales, impliquant que le fait de vivre seule avec ses enfants est un facteur de santé défavorable pour une femme, prédominant sur la catégorie professionnelle (14).

Beaucoup trop d'actions pertinentes n'ont pas été évaluées (processus et effets). Dans la majorité des cas, l'impact des politiques et des actions sur le gradient social n'est pas évalué. Les politiques et actions sont généralement évaluées en termes d'effets sur les inégalités de santé. Mais les évaluations à long terme font défaut. Ainsi, la qualité des résultats en Europe est limitée.

Une politique « pour tous » peut réduire le gradient social

L'importance de la politique doit s'entendre dans deux acceptions. En premier lieu, l'idéologie des politiques de redistribution est importante. En second lieu, les cultures politiques sont différentes dans les États de l'Union européenne. Globalement, et au sein de l'Union et de l'Europe au sens large, la redistribution entre les groupes sociaux s'effectue selon des traditions différentes. Enfin, la situation économique des États est différente, ce qui est également déterminant en matière de financement de la réduction des inégalités sociales.

Les politiques orientées vers les groupes marginalisés peuvent améliorer la situation de ces groupes, sans pour autant modifier le gradient. Des études récentes ont suggéré que des politiques universelles parvenaient à réduire le gradient social (11) et que l'universalisme était nécessaire pour une mise en œuvre plus marquée de ces politiques universelles là où le besoin est plus grand (15). Ceci exige des mesures structurelles, qui s'inscrivent incontestablement dans le cadre politique.

L'importance des partis politiques et des politiques qu'ils mettent en œuvre une fois au pouvoir a été étudiée (16). Il en est ressorti que les partis les plus traditionnellement enclins à la redistribution réussissaient généralement beaucoup mieux à améliorer la santé des populations. Les études montrent également que les décisions visant à résoudre les inégalités de santé sont habituellement prises dans un contexte d'incertitude, où des priorités multiples

s'opposent (17). Pour les chercheurs, la conceptualisation des inégalités a mis l'accent sur l'effet des modes de vie malsains associés à une collectivité démunie.

Il a été dit à maintes reprises que des actions intersectorielles étaient indispensables au succès des programmes de lutte contre les inégalités sociales de santé. L'OMS a publié un rapport en 2008 sur l'instauration de l'équité en santé par des actions intersectorielles, comportant une analyse de dix-huit études de cas nationales. L'envergure des études de cas, portant sur un grand nombre de pays, de cultures et de niveaux de développement, démontre que bon nombre de professionnels de santé, ainsi que les populations affectées elles-mêmes, attachent une très grande importance aux actions intersectorielles.

Programme d'action santé de l'Union européenne

Faisant suite à sa communication de 2010 sur la « Solidarité en matière de santé », la Commission européenne s'attaque aux inégalités sociales de santé, principalement par l'intermédiaire d'un groupe d'États membres experts et d'une action concertée sur l'équité, financée par le Programme d'action en matière de santé publique de l'Union européenne, avec évaluation des méthodologies, de l'impact sur l'équité et des rôles des acteurs locaux et plus lointains².

Le projet Gradient contribuera à ce processus d'étude et d'action, ainsi qu'à de futures recherches. Les résultats intermédiaires et la structure du projet sont en cours de validation auprès de responsables politiques et de plusieurs acteurs concernés. Début 2012, le projet Gradient et *EuroHealthNet* publieront un rapport sur les résultats et les conclusions des recherches, ainsi qu'un

ouvrage sur les principaux enseignements et les recommandations en la matière. D'ici là, tous les détails du projet, ainsi que les contacts, sont sur le site www.health-gradient.eu.

Clive Needle

Directeur,

Caroline Costongs

Directrice adjointe,

Giorgio Barbareschi, Aagje Ieven

Coordinateurs scientifiques,

Cristina Chiotan

Responsable principale Santé publique,

EuroHealthNet, Bruxelles, Belgique.

1. Selon le principe de « l'universalisme proportionné » (15). (Voir aussi l'interview de M. Marmot page 11).

2. Pour plus d'informations à ce sujet, suivre le lien http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_en.htm. *EuroHealthNet* participe à plusieurs aspects de ce travail. Pour plus d'informations ou connaître les possibilités de participation, suivre le lien www.eurohealthnet.eu, www.health-inequalities.eu et www.equitychannel.net.

► Références bibliographiques

(1) Davies J. K., Sherriff N. The Gradient in health inequalities among families and children: A review of evaluation frameworks. *Health Policy*, 2011, vol. 101, n° 1 : p. 1-10.
(2) Poulton R., Caspi A., Milne B.J., Thomson W.M., Taylor A., Sears M.R., et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health : a life-course study. *The Lancet*, 2002, vol. 360, n° 9346 : p. 1640-1645.
(3) Chen E., Martin A.D., Matthews K. A. Trajectories of socioeconomic status across children's lifetime predict health. *Pediatrics*, 2007, vol. 120, n° 2 : p. e297-e303.
(4) Hertzman C., Siddiqi A., Hertzman E., Irwin L.G., Vaghri Z., Houweling T.A.J., et al. Bucking the inequality gradient through early child development. *British Medical Journal*, 2010, vol. 340 : p. c468.
(5) Chen E., Martin A.D., Matthews K.A. Socioeconomic status and health: Do gradients differ within childhood and adolescence? *Social Science and Medicine*, 2006, vol. 62, n° 9 : p. 2161-2170.
(6) Irwin A., Valentine N., Brown C., Loewenson R., Solar O., Brown H., et al. The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. *PLoS Medicine*, 2006, vol. 3, n° 6 : p. e106.

(7) Dahlgren G., Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health : Leveling up Part 2. World Health Organisation 2006.
(8) Graham H., Kelly Michael P. Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy – Briefing Paper, NHS Health Development Agency 2004.
(9) The Norwegian Directorate of Health's annual report on measures to reduce social inequalities in health. Norwegian Public Health Policy report 2009. Norwegian Directorate of Health, 2010. En ligne : http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00298/Norwegian_public_he_298769a.pdf
(10) Torgersen T.P., Gjaever O., Stigen O.T. Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health. The Norwegian Case, August 2007 : 19 p. En ligne : www.who.int/entity/social_determinants/resources/isa_national_strategy_nor.pdf
(11) Lundberg O., Yngve M.A., Stjerne M.K., Elstad J.I., Ferrarini T., Kangas O., et al. for the NEWS Nordic Expert group. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. *The Lancet*, 2008, vol. 372 : p. 1633-1640.
(12) Dahl E., Fritzell J., Lahelma E., Marikainen P., Kunst A., Mackenbach J. Welfare State Regimes and Health Inequalities. In : Siegrist J.,

Marmot M., Mackenbach J. (Eds.). *Social Inequalities in Health: new evidence and policy implications*. Oxford : Oxford University Press, 2006 : p. 193-222.
(13) Lundberg O. How do welfare policies contribute to the reduction of health inequalities? *EuroHealth*, 2009, vol. 15, n° 3 : p. 24-27.
(14) Burstrom B., Whitehead M., Clayton S., Fritzell S., Vannoni F., Costa G. Health inequalities between lone and couple mothers and policy under different welfare regimes – The example of Italy, Sweden and Britain. *Social Science and Medicine*, 2010, vol. 70, n° 6 : p. 912-920.
(15) Marmot M., et al. Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010. *Marmot Review*, 2010 : 238 p. En ligne : <http://www.marmotreview.org/>
(16) Navarro V., Borrell, C., Benach J., Muntaner C., Quiroga A., Rodriguez-Sanz M., et al. The Importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. *International Journal for Health Services*, 2003, vol. 33, n° 3 : p. 407-417.
(17) Blackman T., Hunter D., Marks L., Harrington B., Elliott E., Williams G., et al. Wicked comparisons: reflections on cross-national research about health inequalities in the UK. *Evaluation*, 2010, vol. 16, n° 1 : p. 43-57.

« L'agence régionale de santé ne pourra s'attaquer aux inégalités qu'en développant les partenariats »

Créées pour fédérer les actions de santé publique à l'échelon des territoires, les agences régionales de santé (ARS) ont, dans leur feuille de route, l'objectif prioritaire de réduire les inégalités sociales de santé. Mais comment faire, puisque ces inégalités sont générées par les conditions socio-environnementales (revenus, emploi, logement) qui échappent justement à la santé ? Pour Laurent Chambaud, le partenariat entre tous les acteurs – de la ville aux associations – et en proximité est la seule stratégie réaliste à mettre en œuvre. C'est celle qui a été adoptée par la région Ile-de-France.

La Santé de l'homme : Comment abordez-vous les inégalités sociales de santé ?

Le sujet des inégalités sociales de santé est, pour nous, totalement transversal. C'est d'ailleurs un élément qui a été pointé, dès le départ, par Claude Evin, directeur général de l'ARS d'Ile-de-France, comme étant l'une des priorités de l'agence. Cette priorité a été confortée quand nous avons commencé notre phase de diagnostic. En effet, l'état de santé des Franciliens est relativement bon et se situe dans une moyenne nationale. Mais notre région connaît des inégalités sociales et territoriales très fortes. C'est sur ce sujet que nous souhaitons mettre l'accent.

S. H. : Comment « travailler » sur les inégalités sociales ?

Il y a au moins deux axes à mener d'une manière concomitante. D'abord, travailler sur ce que la littérature appelle les gradients de pauvreté. C'est-à-dire mener des politiques de prévention et de promotion de la santé qui bénéficient à l'ensemble de la population dont font partie les personnes les plus en difficulté. Ensuite, il est nécessaire de travailler plus spécifiquement en faveur des populations les plus vulnérables, avec un double objectif :

- leur permettre d'accéder aux dispositifs de droit commun ;
- mettre en place des actions spécifiques parce que ces populations sont confrontées à des problématiques spécifiques, y compris dans le domaine de la santé. En d'autres termes, ceci nous engage à développer, en même temps, des actions globales pour les populations afin de réduire les gradients d'inégalités et des actions particulières et ciblées.

S. H. : Avez-vous des exemples concrets ?

Sur l'axe global, un exemple : la politique globale de l'accès aux soins n'est pas uniquement menée en direction des personnes en situation de grande précarité. Elle est mise en œuvre pour l'ensemble de la population. L'objectif visé est d'avoir des soins d'excellente qualité. Mais dans la réalité, nous faisons face à d'importantes inégalités d'un territoire à l'autre de l'Ile-de-France ; ainsi la « grande couronne » (*NDLR : banlieue se situant au-delà des communes limitrophes de Paris*) se caractérise par endroits par des « déserts médicaux », c'est-à-dire une pénurie de certains professionnels et infrastructures de santé. Nous devons ainsi travailler à une meilleure accessibilité. Les dépistages et les vaccinations sont un autre exemple : il s'agit là de mettre en place une couverture maxi-

male au profit de l'ensemble de la population. Nous sommes bien dans le gradient global.

S. H. : Et sur les politiques spécifiques ?

La région Ile-de-France est le territoire dans lequel la tuberculose est, en termes d'incidence, la plus importante. Elle est localisée sur des territoires et des populations spécifiques et requiert un dispositif spécifique ; nous finançons des équipes mobiles pour permettre d'aller à la rencontre des personnes en grande précarité et leur apporter les traitements appropriés. Une partie de ce dispositif existait d'ailleurs déjà avant la création de l'ARS. Autre exemple, celui de la vaccination, notamment de la rougeole : des populations comme les Roms sont très peu vaccinées : il nous faut leur mettre à disposition un traitement et des capacités de vaccination.

S. H. : S'attaquer aux inégalités implique d'agir sur les déterminants socio-environnementaux ayant une influence sur la santé (logement, transports, etc.). Quel rôle l'ARS peut-elle jouer ?

Nous sommes conscients que l'ARS a, en sa possession, très peu de leviers face à ces déterminants ; sans doute

parce que nous sommes entièrement polarisés sur la santé. Et pourtant, il s'agit bien d'une question importante et l'ARS doit y faire face. Pour cela, nous développons fortement des partenariats avec les institutions présentes à un niveau régional ou départemental intégrées dans le territoire. Ainsi, avec l'Éducation nationale, nous signons une convention couvrant les trois académies d'Ile-de-France pour mettre en œuvre des actions d'éducation auprès des enfants d'âge scolaire. Autre exemple : l'état de la science démontre que tout ce qui concerne la femme enceinte et la petite enfance est un sujet majeur car les inégalités apparaissent souvent à cette période ; au niveau départemental, nous avons donc mis en place dans le cadre d'une commission dite « de coordination des politiques publiques », créée par la loi « HPST » (Hôpital, patients, santé et territoires), un groupe de travail avec les huit représentants départementaux des centres de Protection maternelle et infantile (PMI).

S. H. : Les relais locaux de ces structures sont-ils mobilisés ?

C'est indispensable. Et c'est notre second axe partenarial. En matière de prévention et de promotion de la santé, nous savons bien que seul le travail de proximité permet de faire évoluer la situation. Or, il est difficile pour notre structure régionale et nos délégations territoriales d'avoir des relais de proximité. Donc il nous semble important de travailler avec les collectivités territoriales (communes en particulier). Le contrat local de santé (CLS) est un outil créé par la loi, à notre disposition. Notre objectif est de signer quatre-vingt contrats locaux d'ici la fin 2011, avec une ligne directrice simple : coupler nos actions, tant sur les déterminants locaux (habitat, transports, environnements spécifiques, etc.) que sur l'ensemble de l'offre de santé. Ainsi, par exemple, un centre de santé ou une maison de santé pluridisciplinaire peuvent être un lien fort d'exercice de la responsabilité territoriale pour un ensemble d'actions, y compris concernant les déterminants. La promotion de la santé mentale en est un parfait exemple : elle conjugue de multiples éléments liés au logement, aux transports mais aussi à la disponibilité de services de prise en charge dans le domaine de la santé.

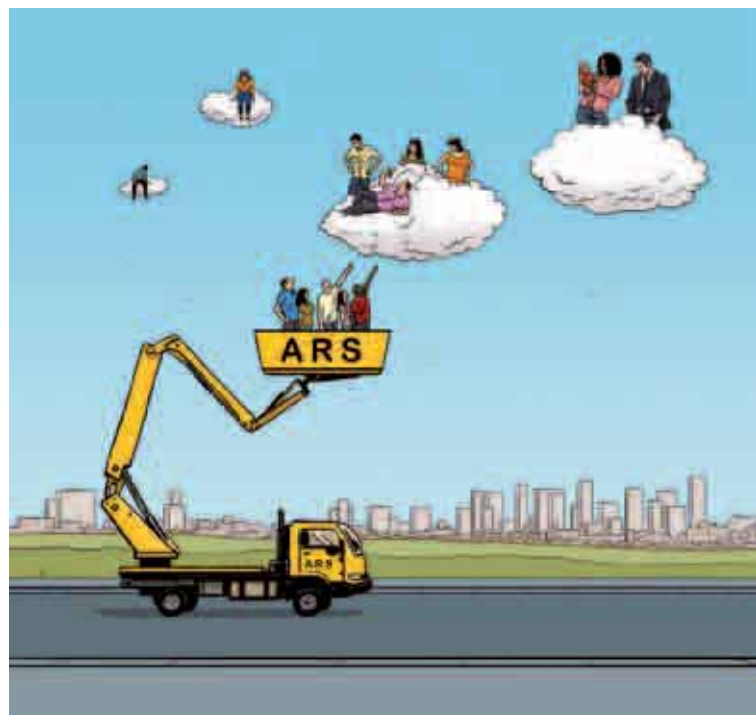
S. H. : En quoi les contrats locaux de santé sont-ils des outils pour tenter de réduire les inégalités ?

Les contrats locaux de santé sont effectivement de véritables outils de lutte contre les inégalités sociales de santé. Le contrat lie une collectivité territoriale et l'ARS et traduit donc une volonté de travailler ensemble. Toutes les communes n'en seront pas dotées. Certaines, déjà identifiées dans le cadre de la politique de la ville, ont préfiguré ce type de contrat, déjà signé des contrats urbains de cohésion sociale et créé des Ateliers santé ville (ASV). Le contrat local de santé fédèrera l'ensemble des

actions de la commune, de l'ARS et des autres partenaires ; il rendra visibles ces actions, parfois isolées, parfois peu connues ; chacun apportera ses particularités autour d'objectifs communs. On peut dire que le contrat local de santé est « à l'intersection des volontés ».

S. H. : Allez-vous tisser des liens avec le secteur social ?

Bien entendu, c'est incontournable dans une approche globale si l'on veut agir sur les déterminants de la santé. Lors de la création des ARS, le ministère de la Santé avait demandé que toutes les agences aient un référent social. En Ile-de-France, cette personne nous aide à travailler avec l'ensemble des structures qui ont un rôle dans le domaine social et qui influent sur les déterminants sociaux. Je pense à nos collègues de la direction de la Cohésion sociale, à des associations de type Emmaüs ou la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars). L'hébergement des personnes sans domicile est indissociable de la question de la santé, nous devons agir ensemble. Les maladies chroniques sont gérées autant par la prise en charge sanitaire que sociale. Les associations de lutte contre le cancer ont depuis longtemps couplé le soin, le travail, l'environnement social et familial. Et l'on pourrait multiplier les exemples.



S. H. : Comment allez-vous travailler avec les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé ?

Les acteurs de la prévention interviennent dans la vie quotidienne des Franciliens. Pour travailler ensemble de manière optimale, nous devons être plus clairs sur ce que nous souhaitons : définir clairement le périmètre et les priorités d'une action. Il nous faut soutenir le secteur associatif, travailler ensemble contre les inégalités territoriales car certains territoires sont plus vulnérables et si l'on n'y prend pas garde, certaines actions de prévention peuvent creuser des inégalités au lieu de les réduire. Le soutien au secteur associatif signifie mieux accompagner, avec un soutien méthodologique, des audits, des évaluations, pas forcément administratives, et une politique de labellisation. Enfin, une réflexion commune doit s'engager sur les données probantes. Ces données qui nous permettent de dire : qu'est-ce qui marche ? Ou, au contraire, pourquoi cela ne marche pas ? Autant de projets qui requièrent un très important travail en commun. En résumé, l'Agence régionale de santé ne pourra s'attaquer aux inégalités qu'en développant les partenariats.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**, journaliste.

Entretien avec Rémi Frenzt, directeur général de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) à Paris.

« Pour réduire les inégalités sociales de santé, le rôle et les missions des Ateliers santé ville devraient être confortés »

Deux cent soixante-quatre Ateliers santé ville (ASV) fonctionnent dans les communes françaises. Ce dispositif consiste à mettre en œuvre des actions pour corriger les inégalités d'un quartier, d'un territoire à l'autre. Ces Ateliers sont créés par les maires qui travaillent désormais en coopération étroite avec les agences régionales de santé. L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) gère ce dispositif, au nom du ministère de la Ville. Les trois priorités des Ateliers sont la prévention, la promotion de la santé et l'amélioration de l'offre de soins. Rémi Frenzt explique le rôle qu'ils jouent afin de réduire les inégalités sociales de santé.

La Santé de l'homme : Quels sont le rôle et la mission de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) concernant les Ateliers santé ville ?

Les Ateliers santé ville (ASV) sont un dispositif qui existait bien avant la loi sur l'égalité des chances de mars 2006, date de création de l'Acsé. À cette occasion, le législateur a confié la mise en œuvre du volet humain de la politique de la ville, et donc la gestion des ASV, à notre agence. La mission des ASV, qui sont au nombre de deux cent soixante-quatre, est double. Elle consiste à établir des diagnostics territoriaux sur l'état de santé publique des habitants dans les quartiers prioritaires et, une fois la validation de ces diagnostics réalisée par un ensemble d'acteurs intervenant dans ces quartiers, l'ASV doit promouvoir des programmes d'action.

Ces programmes peuvent être conduits par les ASV ou par des partenaires. Ils concernent deux domaines prioritaires : la prévention sanitaire et la promotion de la santé, d'une part, et l'amélioration de l'offre de soins, d'autre part. Le métier des ASV est assez compliqué et les Ateliers ont besoin

d'être soutenus par un corps de doctrine national. L'Acsé s'y emploie avec l'administration centrale de tutelle du ministère de la Ville, en lien avec le ministère de la Santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et les agences régionales de santé depuis l'année dernière. Ainsi, un référentiel national va être bientôt diffusé. Nous développons également des programmes de partenariat d'action utilisables par les Ateliers, tel celui avec l'Institut national du cancer (InCA) dont notre financement a été, pour l'année 2010, de 6,3 millions d'euros. J'ajouterai d'ailleurs qu'à travers les contrats urbains de cohésion sociale, nous dépensons également pour des actions de santé près de six millions d'euros supplémentaires.

S. H. : Comment l'Agence travaille-t-elle en lien avec les agences régionales de santé, les contrats locaux de santé et les maisons de santé pluriprofessionnelles ?

Les agences régionales de santé, depuis leur création récente, deviennent pour nous des partenaires à part entière. Dans l'évaluation que nous faisons des actions des ASV, nous

voyons bien comment l'implication des agences – dans le cadre des contrats locaux de santé qu'elles sont en train de négocier avec les collectivités territoriales – sera un facteur dynamique pour amplifier les missions des Ateliers. Les contrats locaux de santé ne sont pas des instruments exclusivement voués à la politique de la ville, mais ils couvrent les quartiers prioritaires, fléchés par la politique de la ville, en y traitant les thématiques de santé. Nous souhaitons donc une mobilisation commune de nos services et de ceux des agences régionales de santé pour partager ces diagnostics et programmer des actions.

Concernant les maisons de santé pluriprofessionnelles – maisons regroupant dans des quartiers sensibles des professionnels de santé afin d'améliorer l'offre de soins – nous souhaitons participer avec l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (Anru) à la création de nouveaux projets. Ces maisons avaient été promues par la dynamique Espoir banlieues (DEB). À l'usage, nous nous rendons compte qu'il est assez long de rassembler les professionnels de santé afin qu'ils se mettent d'accord sur un cadre commun pour exercer leurs fonctions. Mais nous pensons que de telles

structures complètent l'offre de soins pour les patients comme pour les médecins et les paramédicaux.

S. H. : À travers des exemples concrets, en quoi et comment les Ateliers santé ville peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

Prenons l'exemple de la lutte contre le cancer. Les bilans nationaux ont fait ressortir des écarts fortement préoccupants en défaveur des quartiers couverts par la politique de la ville. Les explications sont multiples : les habitants sont moins familiers avec le dépistage, ils sont entravés dans des problèmes sociaux, culturels, linguistiques et donc participent peu aux campagnes de prévention... C'est pourquoi nous avons lancé un partenariat avec l'Institut national du cancer afin de sensibiliser et former les professionnels des ASV dans ce domaine. L'ASV d'Armenitières (Nord) a organisé une journée d'information sur le cancer et a réuni deux mille personnes, avec une marche et de la formation auprès de personnes relais. À noter que sur cent personnes formées, deux tiers venaient des quartiers « politique de la ville ».

Autre exemple : l'alimentation. L'ASV de Saint-Louis de La Réunion se concentre sur un programme d'alimentation équilibrée en direction des habitants des quartiers « politique de la ville ». Nous le savons, ce sont souvent des facteurs économiques, culturels, familiaux qui conditionnent les habitudes alimentaires. L'ASV organise des ateliers, des « matins petits déjeuners », des préparations de nouvelles recettes pour donner aux habitants des règles comportementales et des informations en lien avec le Programme national nutrition-santé.

S. H. : Les thèmes d'action des ASV sont Nutrition et santé, Santé des populations en difficultés, Pratiques addictives et à risque, Santé mentale et VIH sida/ hépatites/IST, etc. Quel travail d'accompagnement l'Acisé accomplit-elle auprès des ASV ?

L'objectif de notre accompagnement est commun à tous ces champs. Et il est simple : il ne faut pas plaquer sur les personnes qui seraient concernées dans ces quartiers les solutions qui prévalent en général sur tout le territoire.



Si nous appliquons de manière mécanique les recettes que nous avons inventées pour des actions généralistes de prévention, cela ne marchera pas. Nous devons partir de la connaissance du terrain, des besoins des personnes, mais aussi de leur mode de pensée, pour, à partir de là, construire des actes qui sont appropriés. Voyons la santé mentale, par exemple. Les problèmes de santé mentale s'aggravent dans un certain nombre de quartiers. Ils sont liés à une accumulation de difficultés. Traiter ces problèmes, des plus légers aux plus lourds, suppose une appréhension complète de l'environnement social, sanitaire, culturel, etc. C'est là que la connaissance fine de la situation des habitants est précieuse. Cette connaissance provient de sources multiples et porte sur des thèmes nombreux : la santé, l'accompagnement renforcé sur la recherche d'emploi, la prévention de la délinquance, les pratiques addictives, la participation à l'offre de soins... C'est le développement de tous ces savoirs concrets adaptés aux habitants des quartiers que nous soutenons à travers les associations qui, par exemple, développent des actions de médiation. Cela permet ainsi aux professionnels de santé de proposer des solutions plus efficaces.

S. H. : Quel bilan peut-on dresser des ASV ?

Il est très positif. Le 18 février 2011, le comité interministériel de la ville s'est réuni et a décidé de conforter le rôle et les missions des ASV. Leur nombre

devrait atteindre les trois cents d'ici la fin de l'année. Je ne vous dirai pas que la totalité des ateliers sont sur ce registre d'excellence. Mais nous comptons sur la dynamique proposée par les contrats locaux de santé – j'en ai déjà parlé – pour établir un état des lieux précis et nous élargissons notre offre de formation à tous les ASV qui en auraient le plus besoin. En 2010, nous avons commencé, à Angers, une formation expérimentale de coordonnateurs d'ASV en partenariat avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) et nous la généraliserons fin 2011.

S. H. : Comment cette extension des ASV va-t-elle être mise en place ?

Par la persuasion, car un ASV ne se décrète pas. Il faut convaincre des élus locaux qui, parfois, font remarquer que la santé publique n'est pas une compétence communale et ne voient pas immédiatement l'intérêt d'une mobilisation de leurs services. L'histoire actuelle nous démontre néanmoins qu'ils sont rapidement sensibles à l'importance de ne pas laisser les habitants de ces quartiers subir les inégalités de santé. Par ailleurs, les préfets, qui sont les délégués de l'Acisé à l'échelle départementale, et leurs équipes sont de plus en plus motivés sur ce sujet. À travers les ASV, c'est le déficit de prévention et d'offre de soins dans les quartiers qui est pris à bras le corps avec tous les professionnels concernés.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**, journaliste.

Implication des habitants : l'expérience des « Tables de quartier » à Montréal

Au Canada, dans un quartier de Montréal, les associations et les institutions publiques élaborent un plan d'action et font appel à la participation des résidents. L'objectif est en particulier de veiller à ne pas accroître les inégalités et voir dans quelle mesure tout projet peut avoir une incidence favorable pour la santé. Des « Tables intersectorielles de quartier » permettent à cet échange contradictoire de se dérouler.

La concertation à l'échelle des quartiers fait partie intégrante de la planification sur l'aménagement urbain, qui met l'accent sur la participation et l'action citoyennes. Les travaux scientifiques récents démontrent que la participation des acteurs sociaux est un gage de la démocratisation de la gouvernance locale et peut produire des effets favorables aux populations au niveau des quartiers. Ainsi, l'appropriation de la participation favoriserait l'engagement des résidents, cimenterait la citoyenneté et produirait des effets favorables sur le cadre de vie (1, 2). Dans ce contexte, si l'environnement du quartier influe sur l'état de santé de ses habitants – en particulier pour la partie de la population la plus défavorisée – l'action de ces résidents peut-elle inverser la tendance, ou au moins en atténuer les effets négatifs ?

Favoriser la « collaboration conflictuelle »

La concertation signifie que des résidents, organisés ou non en réseau, entrent en relation avec des représentants des organismes publics. Mais des rapports de pouvoir structurent ce processus participatif (3). La concertation est une forme de participation, un mode d'interactions sociales et donc de rapports de pouvoir – collaboration, conflits, collaboration conflictuelle – entre des acteurs sociaux. Concrètement, il existe un clivage stratégique dans les interactions entre les acteurs de la concertation de quartier : ils abordent chacun les problèmes sociaux par le prisme de leurs valeurs/intérêts respectifs. Puis, ils les soumettent à des processus d'échange, de négociation et de transaction. Les acteurs institutionnels – comme les professionnels de la ville de Montréal ou la Direction de la santé publique qui participent à la concertation de quartier à Montréal (voir plus loin) – exercent une certaine

domination qui réduit la zone d'incertitude (4) (NDLR : la marge de pouvoir ou d'intervention) laissée aux acteurs de la société civile.

Négocier le « non négociable »

Question : comment les consensus, les orientations partagées, une certaine vision commune qui permet le vivre-ensemble se construisent-ils ? Prenant acte du clivage entre acteurs sociaux, plusieurs approches sociologiques, distinctes entre elles, mais proches par l'analyse des jeux d'acteurs, dont la sociologie de la traduction (5) et le paradigme de la transaction sociale (6), analysent les processus de collaboration mis en œuvre dans le règlement des conflits¹. L'objectif est, partant du problème posé, de parvenir à un dénouement par lequel chacun a fini par accepter de négocier des principes au départ non négociables. Les interactions entre les différentes personnes vont permettre cette « transaction sociale », c'est-à-dire à l'échelle du quartier, s'ajuster et dégager des compromis de coexistence d'abord réfutés puis intériorisés par les acteurs (7), ceci pour régler des conflits. La concertation réussie pourra ainsi avoir des effets sur le quartier, le cadre de vie, la santé communautaire et la qualité de vie de ses résidents.

L'expérience des Tables intersectorielles de quartier de Montréal

À Montréal, les réseaux associatifs locaux, denses, sont constitués à l'échelle du quartier et engagés dans une démarche partenariale avec les représentants des organismes publics (représentants de la municipalité, de l'arrondissement, du ministère de la Santé et des services sociaux, etc.). Ces réseaux ont créé des « Tables intersectorielles de quartier », qui sont des plateformes de concertation. Ces Tables sont financées par la ville de Montréal, la Direction de la santé publique et Centraide², via un programme de la ville de Montréal intitulé *L'initiative montréalaise de soutien au développement social local*. Ce programme trace des plans d'action et intervient dans les débats concernant la planification urbaine et l'aménagement (8).

Très précisément, les Tables prennent une part active à la résolution des problèmes du quartier en développant des activités de concertation : rédaction de portraits de quartier, identification des enjeux (économiques, sociaux, urbanis-

tiques, environnementaux, de santé), établissement de stratégies pour la mise en œuvre du plan d'action. Toutefois, dans la pratique, ces Tables, animées par des associations, disposent de peu de moyens financiers ; leur rôle se confine bien souvent à intercéder auprès de leurs partenaires, soit l'arrondissement, la ville et le gouvernement du Québec, qui participent aux activités de la Table et en sont parfois membres. Ces Tables constituent néanmoins, à l'échelle du quartier, un lieu de convergence entre des acteurs d'horizons et d'intérêts différents et possédant des expertises diversifiées. Le travail des Tables suscite ainsi des échanges entre les instances et les acteurs, tout en jouant un rôle actif dans tout type de négociations se déroulant dans l'espace public du quartier. Force est de constater que l'arrimage est parfois difficile entre, d'un côté, les concepts globaux de lutte contre les inégalités sociales et d'amélioration du cadre de vie, de l'autre, l'exigence quotidienne de réponse à des besoins urgents et immédiats comme nourrir et loger les personnes dans le besoin.

Les problématiques traitées par les Tables intersectorielles de quartier sont très larges : sécurité alimentaire, accès au logement social, aux services sociaux (formation, employabilité), aménagement, environnement et santé publique. À ces thèmes généraux s'ajoutent des dossiers spécifiques, par exemple la contestation devant une proposition d'aménagement ou une situation vécue comme indésirable par une partie des résidents du quartier.

Quartier Villeray : logements insalubres et trafic automobile

Le quartier Villeray, au nord de Montréal, connaît différents problèmes sociaux, notamment de pauvreté, de logements insalubres et des stress environnementaux comme le trafic automobile le long de grandes artères. En revanche, il possède un réseau associatif communautaire très dense, avec des groupes de défense de droits sociaux, des associations assurant des services de soutien, des organismes de planification et d'intervention dont le mandat est d'identifier les enjeux et les projets prioritaires. Plusieurs associations ou réseaux sont engagés dans des partenariats avec des institutions publiques comme les services de la municipalité ou les centres de services sociaux du gouvernement du Québec. Ce quartier a sa Table intersectorielle, intitulée « Regroupement

pour le développement de Villeray », au sein de laquelle des associations et des institutions publiques traitent ensemble des problématiques sociales et urbaines. Outre cette Table de concertation générale, des Tables sectorielles ont été créées par thématiques : jeunes, personnes âgées, sécurité alimentaire, logement, aménagement urbain, etc. En 2006, la Table de concertation du quartier Villeray a conçu un plan d'action, dénommé Forum Social. Ce plan pose d'emblée la participation citoyenne comme moyen de parvenir à une vision partagée des associations et des institutions publiques. Cinq ans plus tard, la démarche a permis de regrouper un large éventail d'acteurs et d'aller bien au-delà des problématiques qu'il était prévu de traiter. La participation des acteurs non initiés (citoyens et acteurs peu institutionnalisés) est montée en puissance.

Sécurité autour des écoles : thème citoyen

L'irruption d'acteurs non initiés, souvent de simples résidents, dans le processus a fait émerger plusieurs thèmes : qualité du cadre bâti, verdissement, sécurité des piétons autour des écoles. Le Forum social a formalisé cinquante pistes d'action qui reprennent toutes les demandes, des plus traditionnelles du mouvement communautaire (accès au logement social, hausse de l'aide sociale, gratuité des transports en commun, etc.) à celles plus spécifiques aux résidents du quartier (aménagement

vert, sécurité des piétons et des écoliers, une piste cyclable, une coopérative de santé) (9)³. Les pistes d'action relevant du régional ou du national sont souvent des revendications fortes et de nature politique (hausse du salaire minimum et de l'aide sociale, réduction des tarifs des transports en commun, plan de construction de logements sociaux, etc.). Elles ont été retranscrites dans un manifeste qui devait être diffusé dans les médias, mais ne l'a pas été à ce jour face au refus de certains partenaires de l'entériner. Outre ce manifeste, quatre autres pistes prioritaires ont été retenues :

- réhabilitation de logements insalubres ;
- création d'une coopérative de santé, en particulier pour favoriser l'accès à un médecin de famille ;
- projet de piste cyclable ;
- restriction de la circulation près des écoles (10).

Cadre de vie favorable à la santé

Finalement, la Table de concertation a donc bien modifié la donne sur ce quartier Villeray de Montréal : l'approche typique de développement social centrée sur l'aide aux démunis est maintenue ; mais elle s'accompagne d'une approche en santé communautaire et en environnement centrée sur l'aménagement vert, l'accès à la santé et les transports actifs. Cette approche prend donc en compte la défense d'un cadre de vie de qualité, favorable à la santé, ainsi que la critique des aménagements urbains favorables à l'automobile. La coopéra-

tive de santé demeure à l'état de projet virtuel entre les mains des intervenants d'organismes publics et parapublics. Un ensemble d'immeubles insalubres a été transformé en logements sociaux. Mais le projet phare de l'après Forum Social est celui de la restriction de la circulation automobile près des écoles, afin d'améliorer la sécurité des enfants. Une subvention de la ville (programme dit Quartier 21) leur permet de développer des plans de restriction de la circulation par zone d'école qui sont réalisés par l'arrondissement (11).

Démarche réussie

La démarche participative du Forum social peut être qualifiée de réussie, les acteurs de toute provenance sont en effet parvenus à adopter un langage et des points de vue communs, malgré le double jeu subtil des organismes publics, à la fois décideurs, bailleurs et partenaires, comme en témoigne l'échec du projet de manifeste. Concrètement, à l'échelle du quartier, ce processus a permis de réhabiliter des logements insalubres et de les attribuer à des familles dans le besoin. Il a aussi permis d'adopter des mesures d'apaisement de la circulation près des écoles⁴, une action exemplaire qui traduit une réelle capacité d'agir à l'échelle du site (12).

Gilles Sénécal

Professeur, Institut national de la recherche scientifique, Centre Urbanisation Culture Société, Université du Québec, Montréal, Canada.

Références bibliographiques

- (1) Healey P. The Communicative Turn in Planning Theory and Its Implications for Spatial Strategy Formation. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 1996, vol. 23, n° 2 : p. 217-234.
- (2) Healey P. Collaborative Planning in Perspective. *Planning Theory*, 2003, vol. 2, n° 2 : p. 101-123.
- (3) Innes J.E. Planning Theory's Emerging Paradigm: Communicative Action and Interactive Practice. *Journal of Planning Education and Research*, 1995, vol. 14, n° 3 : p.183-191.
- (4) Crozier M., Friedberg E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977.
- (5) Callon M., Lascoumes P., Barthes Y. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris : Seuil, coll. La couleur des idées, 2001 : 358 p.
- (6) Blanc M. dir. *Pour une sociologie de la transaction sociale*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1992 : 294 p.
- (7) Blanc M. La transaction, un processus de production et d'apprentissage du vivre ensemble. In : Blanc M., Pineau G., Freynet M.F.

- dir. *Les transactions aux frontières du social*. Lyon : Chronique sociale, coll. Comprendre la société, 1998 : p. 219-238.
- (8) Sénécal G., Cloutier G., Herjean P. Le quartier comme espace transactionnel : l'expérience des Tables de concertation de quartier à Montréal. *Cahiers de Géographie du Québec*, 2008, vol. 52, n° 146 : p. 191-214.
- (9) Forum social de Villeray. *Actes de la démarche du Forum social*, 2007 : 69 p.
- (10) Forum social de Villeray. *La démarche participative, les pistes d'action et les mécanismes de suivi*, 2008.
- (11) Regroupement pour le développement de Villeray. *Plans de déplacement des écoles de Villeray-Saint-Michel+Parc-Extension*. Montréal : Quartier 21 Transport actif à Villeray, 9 novembre 2010.
- (12) Arrondissement Villeray, Saint-Michel, Parc-Extension. *Sécurisation des zones scolaires*. En ligne : http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/ARR_VILL_FR/MEDIA/DOCUMENTS/Securisation_zones_scolaires_Mesures2010.pdf

1. *La sociologie de la traduction s'intéresse aux processus par lesquels des acteurs en réseau tentent d'interpréter à différents moments d'une controverse les volontés collectives et de parvenir à une vision commune* (5 : 75-104). *Le paradigme de la transaction sociale a pour objet les échanges entre des acteurs engagés dans une situation de conflit qui font l'apprentissage de la participation et de la collaboration* (7 : 219).
2. *Centraide est un organisme autonome qui recueille des dons à l'échelle du grand Montréal et qui redistribue aux associations d'entraide et de soutien ainsi qu'à des projets collectifs. Ses objectifs sont : combattre l'exclusion, aider les familles, redonner à chacun des lieux d'appartenance, intégrer les personnes immigrées, aider les communautés à agir* (voir le site Internet : <http://www.centraide-mtl.org/>).
3. *Dans le système québécois de santé, des médecins en clinique privée participent au système public qui garantit un accès gratuit aux soins. Depuis plusieurs années, nombreux sont les Québécois qui n'ont pas accès à un médecin de famille. Les projets de coopératives de santé visent à corriger cette situation. La coopérative garantit, en principe, l'accès à un médecin moyennant le débours d'une part sociale. Souvent critiqué, ce modèle a été associé à une privatisation des soins puisque seuls les membres cotisants ont accès à la coopérative. Le projet de Villeray prévoit des frais d'adhésion plutôt symboliques contrairement à ceux de coopératives déjà implantées* (voir le site internet : <http://www.coopsante-villeray.com/index.html>).
4. *On a retenu les mesures habituelles d'apaisement de la circulation, soit des intersections en saillie, des limiteurs de vitesse (dos d'âne), du marquage au sol, l'affichage du corridor scolaire, etc.*

L'évaluation d'impact sur la santé, un moyen d'action sur les politiques



L'évaluation d'impact sur la santé est une nouvelle stratégie pour anticiper les conséquences de tout projet sur la santé des populations. Elle permet en particulier de repérer, en amont, la dimension inégalitaire d'une action. Deux illustrations au Canada.

L'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS)¹ favorise la prise en compte des effets possibles sur la santé de la population et les inégalités, avant la mise en œuvre d'une politique ou d'un projet. Elle crée une opportunité de sensibilisation des décideurs sur les effets distributifs (différenciés selon les catégories de population) de leurs décisions. Elle peut être appliquée pour des projets simples, caractéristiques des projets municipaux.

Projet touristique en Nouvelle-Écosse

Au Canada, en Nouvelle-Écosse, une ÉIS menée par un groupe de citoyens, le *Path Network* (le réseau *People Assessing their Health*), a été effectuée sur un projet récréotouristique présenté comme nouveau pôle d'attraction, stimulant de ce fait l'économie locale tout en augmentant l'offre de services de loisir. Le projet consiste en l'établissement d'une station de ski et de plusieurs sentiers pédestres. Toutefois, l'importance des investissements requis et la nécessité de procéder à des expropriations de terrains en ont vite fait un projet controversé qui divisait le milieu.

La démarche ÉIS a consisté essentiellement en deux rencontres avec des représentants de la population locale, choisis avec le souci d'un équilibre en termes d'âge, de genre, d'expériences et d'intérêts en jeu. Les rencontres, de trois heures chacune, ont permis d'examiner le projet à la lumière des déterminants de la santé et des impacts différenciés selon les groupes de la population. Plusieurs aspects potentiellement positifs pour la santé des membres de la localité ont été reconnus et encouragés. Toutefois, le groupe a formulé plusieurs recommandations pour assurer l'accessibilité géographique et économique aux activités offertes pour les familles à faible revenu et pour accorder une attention particulière aux groupes culturels (prise en compte de leurs attentes et de leurs spécificités). De plus, une mise en garde a été émise quant aux dangers de glissement des ressources financières actuellement consacrées aux services sociaux au sein de la communauté vers ce projet d'envergure.

Le projet récréotouristique ne s'est finalement pas concrétisé pour diverses raisons. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure les recommandations de l'ÉIS ont influencé cette décision. Toutefois, elle a permis de faire valoir des arguments associés à la santé et au bien-être de la population, en contrepois des arguments de nature économique. Elle a aussi permis de sensibiliser les autorités municipales et les différents représentants de la population sur la réalité des différents groupes qui la composent. De plus, l'évaluation du processus de l'ÉIS a montré une très grande satisfaction des personnes qui y ont participé, plusieurs ayant considéré qu'une telle approche permet de réduire les tensions conflictuelles en élevant le niveau de discussion au-dessus des intérêts personnels pour se centrer sur le bien-être de la collectivité.

Usine de compostage au Québec

Au Québec, une ÉIS menée en collaboration par une direction régionale de santé publique² et les autorités d'une municipalité régionale de comté (MRC) a permis de mettre en exergue les impacts négatifs potentiels d'un projet d'usine de compostage sur l'accessibilité au logement des personnes à faible revenu (voir plus loin). Le projet examiné a été celui de la mise en place d'une usine de compostage des déchets domestiques dans le but de réduire la quantité de déchets enfouis dans l'environnement. Les décideurs de la MRC ont participé à certaines étapes

de la démarche ÉIS, notamment celles où tous les déterminants sociaux et économiques de la santé sont passés en revue au regard du projet. Les éléments retenus pour une analyse plus approfondie concernaient la santé et la sécurité des travailleurs, la qualité du compost, l'augmentation de la circulation lourde sur un axe routier central, le bruit et les odeurs, ainsi que des effets potentiels indirects comme celui de l'accessibilité au logement. Le projet nécessitait en effet un investissement économique important et donc une augmentation du niveau de fiscalité municipale. Cette augmentation pouvant avoir un effet direct sur le coût des loyers, l'étude sommaire réalisée a établi que 33 % des ménages locataires de la ville consacraient plus de 30 % de leurs revenus au coût de leur habitation, diminuant de fait les dépenses allouées à d'autres besoins essentiels comme l'alimentation.

La démarche ÉIS a non seulement permis aux décideurs de la MRC de disposer d'éléments importants au moment de la consultation de leurs citoyens, mais elle les a, de plus, sensibilisés à une situation à laquelle une frange importante de leur communauté est confrontée et attentive aux décisions municipales. Le projet est toujours en attente de réalisation en raison de changements dans le paysage politique. L'information fournie pour cette première étape du projet continue néanmoins à circuler et à alimenter les réflexions sur les retombées insoupçonnées des décisions municipales.

Louise Saint-Pierre

Msc Santé communautaire,
Chargée de projets,
Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé,
Institut national de santé publique
du Québec, Canada.

1. L'ÉIS, telle que définie au sein de la promotion de la santé, consiste à « juger des effets potentiels d'une politique, programme ou projet sur la santé de la population et la distribution (NDLR : répartition) de ces effets au sein de la population » (Source : Centre collaborateur Villes-Santé/Association internationale santé et développement durable. Étude d'impact sur la santé : principaux concepts et méthode proposée).

En ligne : www.euro.who.int

2. Les dix-huit agences régionales de santé et de services sociaux qui couvrent le Québec comprennent une Direction de la santé publique dont le mandat est d'offrir de l'expertise et des services dans le domaine de la surveillance, de la protection de la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

« Face aux inégalités, il y a une responsabilité collective avant les comportements individuels »

Les inégalités ne sont pas la résultante de conduites individuelles mais des conditions de vie et de l'environnement. Les inégalités sociales de santé sont très fortement déterminées par des facteurs socio-économiques. Tel est le constat dressé par Thierry Lang, qui déplore que la réflexion autour de la prévention et de la santé publique se focalise sur les comportements individuels. S'attaquer aux inégalités, c'est donc réviser l'ensemble de notre réflexion en matière de santé publique.

La Santé de l'homme : Vous dites volontiers que les inégalités sociales de santé se construisent « tout au long de la vie ». Qu'entendez-vous par là ?

Nous savons, depuis plusieurs années, que les conditions de la vie intra-utérine sont prédictives d'un certain nombre de pathologies chroniques à l'âge adulte comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète ou l'hypertension artérielle par exemple. L'état actuel des connaissances démontre que les conditions de la naissance et de la petite enfance déterminent les comportements futurs, s'impriment biologiquement, par exemple du fait de la plasticité cérébrale et affectent l'avenir de divers systèmes vasculaires, immunitaires... Ce « tout au long de la vie » évoque un trajet individuel dans lequel les expériences de l'enfance et de l'adolescence, l'entourage familial, vont conduire à un niveau d'études, à des conditions de vie, à une profession exposée à des risques particuliers, à des comportements alimentaires, une consommation d'alcool et de tabac, une conduite à risque. Tout ceci a une réelle importance pour l'action de santé publique, surtout si nous ne voulons pas arriver trop tard, à un moment où les inégalités sociales, les déterminants sociaux, sont déjà biologiquement inscrits, et où les comportements deviennent de plus en plus difficiles à changer.

S. H. : Sur quels déterminants les inégalités sociales de santé se fondent-elles ? Y en a-t-il des « majeurs » ou des « particuliers » ?

Non. Mais, ils sont multiples, extrêmement nombreux et nous les rencontrons tout au long de la vie. Concernant les grandes catégories, on peut distinguer, d'une part, le système de soins curatifs et le système de prévention que j'appellerai « médical » car il fait appel à des notions biomédicales, comme le dépistage ou la prise en charge des facteurs de risque. Les comportements de la vie de tous les jours, fumer, consommer de l'alcool, se nourrir, sont un autre aspect. Enfin, il y a ces fameux déterminants « sociaux » de la santé, plus exactement socio-écologiques tels que l'environnement physique, chimique, social – habitat, logement, transport, conditions de travail, etc. – dont le rôle est primordial. Mais, j'insiste sur cette notion, nous ne trouverons pas, dans cette liste, un seul déterminant spécifique, majeur, clair, sur lequel nous pourrions agir simplement, pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS). Pour obtenir ce résultat, il nous faudra intervenir sur un ensemble très large, ce qui veut dire revoir l'ensemble des politiques. Nous dirions, en utilisant un anglicisme, qu'il s'agit de « revisiter » nos politiques. Ce qui est extrêmement ambitieux.

S. H. : Il est difficile de communiquer sur les inégalités parce qu'elles reposent sur des déterminants complexes à expliquer. Face à cette difficulté, le public ne risque-t-il pas de confondre inégalité et précarité ?

En France, nous avons, en effet, tendance à confondre les deux termes. Nous sommes dans un niveau de compréhension tel que la traduction de « inégalités sociales de santé » correspond souvent à « difficulté d'accès aux soins chez des personnes précaires ». Cela a pour conséquence le renvoi à des actions spécifiques envers des populations cibles. Finalement, il serait plus commode pour la société toute entière qu'il y ait un système de santé et de soins qui fonctionne sans avoir besoin d'être remis en question et qui nécessiterait des actions supplémentaires en direction de populations particulières. La notion centrale dans les inégalités, mais difficile à faire comprendre, est celle de « gradient social »¹. Cette notion est beaucoup plus dérangeante dans la mesure où elle oblige à repenser l'ensemble des politiques de santé. Alors oui, nous avons du mal à communiquer. Sans doute parce que la réalité des ISS n'est montrée que par des chiffres et des statistiques. Or, les chiffres n'émouvent pas. Quand vous dites qu'un ouvrier meurt sept ans avant un cadre, vous avez énoncé une sorte de vérité statistique. Mais cela ne



mobilise pas comme le fait de montrer une photo d'une dizaine de mineurs au fond d'une mine. Je suis, quant à moi, preneur d'idées sur la meilleure façon de communiquer.

S. H. : N'est-ce pas contradictoire que la France, l'un des pays au niveau de santé globale le plus élevé au monde, demeure un pays où les ISS sont très fortes ?

C'est en effet étonnant quand on pense au discours sur l'excellence du système de santé. Les comportements sont un élément d'explication. L'analyse de la mortalité prématurée (*NDLR : avant 65 ans*) pose la même question. Il y a un raisonnement qui consiste à dire que si celle-ci est élevée, c'est dû à l'alcool, au tabac, aux conduites à risque, etc., sous-entendu aux comportements individuels. La question, selon moi, est dans l'analyse de ces comportements et dans la manière dont nous allons agir. Nos collègues sociologues, comme de nombreux épidémiologistes, ont montré que ces comportements ne sont pas seulement individuels. Vous avez une responsabilité lorsque vous allumez une cigarette ou que vous buvez un verre. Mais tout cela se passe dans un contexte social, réglementaire, fiscal, agro-alimentaire, etc. Il y a une dimension et donc une responsabilité collectives dans ces comportements. La santé publique se doit de

prendre en compte cette réalité. Hélas, cette notion de comportement individuel arrête souvent la réflexion en matière de prévention.

S. H. : Dans le rapport que vous avez piloté pour le Haut Conseil de santé publique², vous avez formulé des recommandations. Quelles sont celles qui vous paraissent essentielles ?

La première recommandation est de se donner les moyens de mesurer réellement les ISS et leurs évolutions. Pourquoi ? Parce que notre système de soins ne se donne pas la peine de

mesurer son efficacité, son accessibilité, ses performances au regard des populations dont il a la charge. Un système de qualité, selon moi, devrait disposer d'informations sur la manière dont il répond aux besoins des populations. Ce n'est pas le cas aujourd'hui et je le déplore. Le système hospitalier, l'assurance maladie, le système ambulatoire, par exemple, sont totalement dépourvus d'informations sur les variables sociales ou territoriales. Nous avons un système qui est aveugle dans la mesure où il ne prend pas en compte la question sociale, avec une double conséquence : ne pas pouvoir suivre les tendances et ne pas repérer où se trouvent les blocages.

S. H. : Et la réduction des ISS ?

Elle demeure l'objectif principal. Où en est-on, plus d'un an et demi après la remise du rapport du Haut Conseil de la santé publique ? La loi de santé publique est en suspens, mais, et c'est un progrès, cet objectif se trouve inscrit dans les missions des agences régionales de santé. Je pense que nous nous trouvons dans une situation assez particulière. Nous sommes devant une demande d'expertise sur la réduction des ISS, c'est-à-dire une tâche totalement nouvelle, puisqu'auparavant nous ne parlions que de description, d'analyse et que les interventions étaient centrées sur la précarité. Nous

sommes au début d'un long chemin. En France, comme ailleurs, si nous dressons le bilan de la réduction des ISS, il faut avoir l'honnêteté de dire que tout le monde est un peu démuni. Il faut à la fois travailler en partenariat avec les chercheurs, les collectivités territoriales, les élus et les citoyens pour avancer vers une compréhension et des modes d'action partagés. La question du partage de connaissances et de l'expérimentation est aujourd'hui cruciale.

S. H. : Que pensez-vous de cette nouvelle stratégie qu'est l'évaluation d'impact en santé ?

Nous l'avons recommandée dans notre rapport. La France fait d'ailleurs partie d'une action européenne sur la thématique de la réduction des ISS, avec deux volets : l'évaluation des politiques de santé qui englobe justement l'évaluation d'impact en santé et la coordination de l'expertise. L'évaluation de toutes les politiques est une façon très pédagogique d'introduire la santé dans les préoccupations politiques et d'aménagement du territoire. Ceci renvoie à une évidence qu'il faut souligner : il n'existe pas de spécialistes en ISS. Aborder les ISS, c'est nous amener à revoir l'ensemble de notre réflexion en matière de santé publique. Il s'agit bien d'un grand virage. Vis-à-vis de la précarité, nous pouvions encore envisager qu'il y ait des spécialistes de l'intervention sur des populations précises ; il y a même des dispositifs spécialisés. La question est toute autre face aux inégalités : il n'y a pas des spécialistes du gradient social, mais un ensemble d'acteurs qui doit se fixer un même objectif et « revisiter » les politiques.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**, journaliste.

1. L'état de santé se dégrade progressivement depuis les catégories sociales les plus favorisées jusqu'aux plus défavorisées ; ce lien est continu, concerne les populations bien insérées et existe même, par exemple, entre les catégories des cadres supérieurs et les professions intermédiaires. Il ne s'agit donc pas d'une situation dans laquelle seules des personnes exclues, en grande précarité, devraient faire l'objet d'un traitement spécifique.

2. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Les inégalités sociales : sortir de la fatalité. [Rapport]. Paris : HCSP, 2009 : 101 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf

Identifier les déterminants sociaux des inégalités, pour pouvoir agir : une initiative méthodologique

Comment prendre la mesure des inégalités sociales de santé ? L'affaire est particulièrement difficile. Ainsi, les trois critères couramment utilisés dans les enquêtes en population sont : la catégorie socioprofessionnelle, les revenus et le niveau d'éducation. Mais ces critères ne prennent pas en compte d'autres déterminants majeurs de la santé que sont les événements de vie, les conditions de travail, les modes de vie, les liens sociaux et l'environnement de vie, critères qui ne sont présents que dans les grandes enquêtes spécialisées sur les inégalités sociales de santé qui peuvent accorder à cette thématique une large place, telles que les cohortes Sirs, Gazel ou Record par exemple. L'Inpes et d'autres instituts de recherche élaborent actuellement de nouveaux critères pour mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé, y compris dans les enquêtes généralistes sur les comportements de santé. Entretien avec Tarik Benmarhnia, chargé de recherche à l'Inpes, en charge de ce programme.

La Santé de l'homme : Pourquoi cette décision de compléter les critères dans les enquêtes scientifiques portant sur la santé ?

Les études épidémiologiques démontrent depuis longtemps l'existence d'un « gradient social » (NDLR : voir l'introduction de M.-J. Moquet et L. Potvin p. 7), c'est-à-dire que l'état de santé est systématiquement corrélé à la position sociale pour un grand nombre d'événements de santé. Ce gradient existe pour tous les problèmes de santé publique, à l'exemple des cancers du poumon, de l'infarctus du myocarde ou de l'exposition aux polluants environnementaux.

En épidémiologie, les chercheurs peuvent mener schématiquement deux types d'études : au niveau global d'un territoire, comme la ville ou le quartier, ou au niveau individuel ou populationnel (enquête auprès d'un échantillon de la population). Or, dans le deuxième type d'études, pour

caractériser les disparités sociales, on se base essentiellement sur trois critères : catégories socioprofessionnelles ou PCS¹, revenus et niveau de diplôme. Il se trouve que ces trois critères à eux seuls ne permettent pas de rendre compte finement de ces disparités sous forme d'un gradient social. C'est la raison pour laquelle l'Inpes a créé un groupe de travail interdisciplinaire réunissant des statisticiens, des épidémiologistes mais aussi des chercheurs des sciences humaines, groupe dans lequel sont rassemblés plusieurs instituts de recherche et d'études (Fnors, CNRS, Insee).

Ce groupe est en train de formaliser d'autres critères qui vont permettre de mieux mesurer les disparités sociales et donc les inégalités. Ce travail est coordonné par la cellule « inégalités sociales de santé » de l'Inpes. Attention, nous ne partons pas de rien : ces critères sont déjà utilisés dans les enquêtes « écologiques », c'est-à-dire à l'échelle d'un territoire, au Royaume-Uni, puis aux États-Unis et au Canada notamment, mais aussi en France. Nous allons donc adapter ces critères pour qu'ils puissent être utilisés dans les enquêtes auprès des populations.

S. H. : En quoi consiste votre travail de recherche ?

Le groupe de travail effectue une revue de la littérature internationale pour identifier toutes les connaissances sur ces critères permettant de mieux identifier les inégalités ; en parallèle, il étudie toutes les enquêtes écologiques et individuelles susceptibles de détenir des informations à prendre en compte. Sur la base de ce travail, il a établi cinq critères : événements de vie, conditions de travail, modes de vie, soutien et liens sociaux, environnement de vie. Seconde étape : fin 2011, une enquête expérimentale sera lancée pour affiner ces critères et les confronter à la réalité en interrogeant un échantillon représentatif de la population française d'environ 1 000 personnes.

Cette enquête nous permettra de formuler des questions pertinentes qui viendront s'ajouter aux autres déjà posées – sur la catégorie socioprofessionnelle, les revenus et le niveau de diplôme – dans les enquêtes. Ces quelques questions supplémentaires permettront d'identifier finement – dans son ensemble et sa complexité – les déterminants des disparités sociales, en d'autres termes les inégalités sociales de santé.

S. H. : Concrètement, qu'apportent ces travaux de recherche à la santé publique ?

Actuellement, nous ne disposons pas forcément de données scientifiques pour comprendre et donc agir. Si l'on prend l'exemple de la consommation de tabac, on sait depuis longtemps que les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées fument davantage que les catégories plus favorisées. Mais pour mettre en œuvre une prévention et une promotion de santé efficaces, il faut en savoir plus car d'autres critères entrent en ligne de compte (lien social, isolement, stress, conditions de vie, etc.). Si l'on identifie les déterminants d'une consommation importante de tabac, on peut intervenir ensuite de manière plus efficace et globale. En résumé, notre enquête va permettre de mieux comprendre les déterminants sociaux de santé. Autre exemple, la canicule : en 2003, ce ne sont pas forcément les personnes âgées les moins favorisées sur le plan de la catégorie socioprofessionnelle, des revenus et du niveau de diplôme, qui ont été les plus touchées : ces différences ont joué faiblement. En revanche, ce qui a joué énormément, c'est la solitude, l'absence de lien social. Ce fut alors un déterminant majeur et les personnes isolées ont payé le plus lourd tribut.

Un exemple dans un tout autre domaine : l'exposition au bruit et à la pollution atmosphérique. Là encore, les critères de revenus et de position sociale sont insuffisants pour expliquer les disparités d'un individu et d'un groupe de population à l'autre. Les nouveaux critères que nous proposons de prendre en compte permettront de faire le lien entre un risque subi et ses déterminants, par définition multiples et complexes : conditions de vie et de travail, temps de trajet, exposition au stress et fatigue, etc.

En conclusion, identifier les mécanismes et les déterminants des inégalités permet de mieux comprendre et donc de mieux intervenir pour les réduire. Nos travaux de recherche ont bien pour ambition de fournir un outil « opérationnel », pour aider au développement d'actions.

Propos recueillis par Yves Géry

1. Profession et catégorie socioprofessionnelles.

Pour en savoir plus

Ce « Pour en savoir plus » propose un ensemble de références et d'organismes clés sur les inégalités sociales de santé (ISS), les mécanismes qui les génèrent et les dispositifs qui tentent de les réduire. Cette sélection documentaire porte, dans une première partie, un éclairage sur le concept d'inégalités sociales de santé, ses définitions, ses déterminants et leur mesure, illustré dans une seconde partie par des modèles d'intervention et des exemples concrets d'actions toutes approches confondues : milieux, parcours de vie, politiques publiques. Ce dossier se termine par une liste d'organismes ressources dans le champ des ISS.

Pour aller plus loin dans la connaissance de ce thème, nous vous conseillons la lecture de la bibliographie extrêmement complète de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) sur les ISS, réalisée et régulièrement mise à jour par son Pôle documentation.

Les liens Internet mentionnés ont été consultés le 17/07/2011.

► Concept, définitions, déterminants et mesure

Concept, définitions

- Aiach P. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Economica/Anthropos, 2010 : 280 p.
- Bihr A., Pfefferkorn R. *Le système des inégalités*. Paris : La Découverte, coll. Repères, 2008 : 122 p.
- Bricard D., Jusot F., Tubeuf S. Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? *Questions d'économie de la santé*, 2010, n° 154 : 6 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes154.pdf>
- De Koninck M., Pampalon R., Paquet G., Clément M., Hamelin A.-M., Disant M.-J., et al. *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008 : 95 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_inegalites_sociales_sante.pdf
- De Saint Pol T. Les inégalités sociales face à la santé en France. *Regards croisés sur l'économie*, 2009, vol. 1, n° 5 : p. 65-70.
- Fassin D., préf. *Inégalités et santé. Problèmes politiques et sociaux*, 2009, n° 960 : 136 p.
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP). *Les inégalités sociales : sortir de la fatalité*. [Rapport]. Paris : HCSP, 2009 : 101 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcsp20091112_inegalites.pdf
- Lang T., coord. Les inégalités sociales de santé [dossier]. *Actualité et dossier en santé publique*, 2010, n° 73 : p. 7-57.
- Lombrail P., Pascal J. Les inégalités sociales de santé. In : Bourdillon F., dir. *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009 : p. 14-19.
- Regards aigus sur les inégalités sociales de santé [numéro thématique]. *Contact santé*, 2010, n° 231 : p. 1-54.
- Comment réduire les inégalités sociales de santé [dossier thématique] ? *La santé de*

l'homme, septembre-octobre 2008, n° 397 : p. 15-47. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=slh/sommaires/397.htm>

Déterminants et leur mesure

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. *Enquête sur la santé et la protection sociale en 2008* [rapport Irdes]. Paris : Irdes, 2010 : 254 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
- Berchet C., Jusot F. L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. Une analyse selon le genre et l'origine. *Revue économique*, 2010, vol. 61, n° 6 : p. 1075-1098.
- Commission européenne. *Analysing the socioeconomic determinants of health in Europe: new evidence from the EU-SILC*. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2010 : 46 p. En ligne : http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-10-016/EN/KS-RA-10-016-EN.PDF
- Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux [numéro thématique]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007, n° 2-3 : p. 10-14. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf
- Montaut A., Danet S. Inégalités sociales de santé [numéro thématique]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, mars 2011, n° 8-9 : p. 73-99. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf
- Tchicaya A., Demarest S., Lorentz N. *Comparaison internationale des inégalités sociales de santé en Europe : cas du Luxembourg avec 23 autres pays*. Differdange (Luxembourg) : CEPS, 2011 : 18 p. En ligne : <http://www.statistiques.public.lu/catalogue-publications/working-papers-CEPS/2011/23-2011.pdf>
- Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lemery B. *Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton* (2^e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, coll. Abrégés, 2010 : 176 p.



- Vigneron E. *Les inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011 : 194 p.

► Modèles d'intervention, leviers pour la réduction des inégalités de santé, actions

- Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V., Pierre A. Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage. *Questions d'économie de la santé*, 2009, n° 139 : 6 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes139.pdf>
- Basset B., dir. *Agences régionales de santé : les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2009 : 203 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>
- Commission des déterminants sociaux de la santé (Organisation mondiale de la santé). *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2008 : 32 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
- Doumont D., Feulien C. *En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction*



des inégalités de santé ? Fondements, concepts et programmes stratégiques. Série de dossiers techniques. Louvain : UCL-RESO, 2010 : p. 10-61. En ligne : <http://www.uclouvain.be/cps/ucf/doc/reso/documents/dossier61.pdf>

- Doumont D., Feulien C. *En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements des inégalités et stratégies d'intervention*. Série de dossiers techniques. Louvain : UCL-RESO, 2010 : 20 p. En ligne : www.uclouvain.be/cps/ucf/doc/reso/documents/Dossier_61.pdf
- Doumont D., Feulien C. *En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Stratégies locales d'intervention*. Série de dossiers techniques. Louvain : UCL-RESO, 2010 : 18 p. En ligne : <http://www.uclouvain.be/cps/ucf/doc/reso/documents/dossier62.pdf>
- Jusot F., Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.-M., dir. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : 379 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- Lang T. *La santé se construit dans un environnement social. Questions de santé publique*, 2009, n° 7 : 4 p. En ligne : http://www.iresp.net/imgs/publications/091204152034_qspn7-determinants-.pdf
- Leclerc A., Kaminski M., Lang T. *Inégaux face à la santé : du constat à l'action*. Paris : La Découverte, coll. Hors collection Social, 2008 : 297 p.
- Lorach J.-M. *Inégalités de santé et action territoriale : situation et perspectives offertes par les principes du développement durable. Développement durable et territoires*, 2004 : p. 1-10. En ligne : <http://developpementdurable.revues.org/1032>
- Mannoni C. coord. *Les Ateliers santé ville : une plus-value locale pour la réduction des inégalités de santé*. Paris : Profession banlieue, Pôle de ressources Ville et développement social, Pôle ressources de la délégation à la politique de la Ville et à l'intégration de Paris, 2010 : 69 p. En ligne : http://www.profession-banlieue.org/f1298_Les_ateliers_sante_ville_Une_plus_value_locale_pour_la_reduction_des_inegalites_de_sante_70_p_.pdf

- Morel J. *L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques. Santé conjugée*, avril 2007, n° 40 : p. 75-77. En ligne : http://www.maisonmedicale.org/spip.php?action=accéder_document&arg=1131&cle=a4feda76f4f8d346f44fc3f121da80a313bec749&file=pdf%2FSC40_C_morel.pdf
- Niewiadowski C., Aiach P., coord. *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Recherche santé social, 2008 : 288 p.
- Observatoire national des zones urbaines sensibles. *Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles*. Paris : éditions de la Div, coll. Les documents de l'Onzus, 2009, n° 1 : 146 p. En ligne : www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/Documents_01_2009_cle2112ab.pdf
- Réduire les inégalités sociales de santé [dossier thématique]. *Éducation santé*, 2009, n° 245 : p. 2-31. En ligne : http://www.educationsante.be/es/telechargmt_pdf.php?pdf=/pdf/es245.pdf
- Ridde V., Guichard A., Houéto D. *Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances »*. *Promotion & Éducation*, 2007, vol. 14, suppl. n° 2 : p. 44-47. En ligne : http://ped.sagepub.com/content/14/2_suppl/44.full.pdf+html



► Organismes ressources

- **Centre de recherche Léa-Roback : centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal**
Le centre Léa-Roback est né d'une initiative conjointe de la chaire Approches communautaires et inégalités de santé et de l'Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé. Il a pour mission d'observer l'impact du milieu sur la santé physique et mentale et, ainsi, de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et à l'amélioration des conditions de vie. Il s'implique dans le développement de la recherche en créant des alliances entre chercheurs, décideurs publics et acteurs de terrain et promeut le transfert de connaissances vers l'action.
En ligne : <http://www.centreleoroback.org/>

- **EuroHealthNet**

EuroHealthNet est un réseau européen associant agences, organismes de santé et chercheurs pour promouvoir la santé et l'équité. Le réseau prend part à de nombreux projets relatifs à l'équité en santé et la réduction des inégalités comme : *Determine*, *Gradient* ou encore *Crossing Bridges*.
En ligne : <http://eurohealthnet.eu/>

- **Health-inequalities.org : portail européen pour agir sur l'équité en santé**

Ce portail est le résultat de la collaboration d'acteurs européens des univers de la santé et du social, regroupés en deux initiatives paneuropéennes : « Comblent l'écart : stratégies d'action pour lutter contre les inégalités de santé dans l'Union européenne » (*Closing the gap: Strategies for action to tackle health inequalities in the EU, 2004-2007*) d'une part, et, d'autre part, *Determine (2007-2010)*, qui s'appuie sur *Closing the gap* et établit un consortium communautaire d'actions sur les déterminants socio-économiques de la santé.
En ligne : <http://www.health-inequalities.org>

- **Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)**

L'Irdes contribue à nourrir la réflexion sur l'avenir du système de santé. Ses chercheurs observent et analysent les politiques de santé, les comportements des consommateurs et des producteurs de soins sous différents angles : économique, médical, géographique, international, etc. L'Irdes édite et met à disposition les résultats de ses recherches. Il dispose d'un riche fonds documentaire ouvert au public.
En ligne : <http://www.irdes.fr>

- **Institut Théophraste-Renaudot**

Ce centre de ressources en santé communautaire met à disposition sur son site Internet de nombreux documents dont certains relatifs aux déterminants sociaux de la santé, aux inégalités sociales de santé et au rôle de la promotion de la santé et de la santé communautaire dans la lutte contre ces inégalités.
En ligne : <http://www.institut-renaudot.fr>

- **Observatoire des inégalités**

Cet organisme indépendant d'information et d'analyse sur les inégalités, financé par des subventions publiques et le mécénat d'entreprises, présente des données relatives aux revenus, à l'éducation, aux conditions de vie ou encore aux inégalités hommes-femmes.
En ligne : <http://www.inegalites.fr/>

Laetitia Haroutunian

Documentaliste,

Céline Deroche

Chef du département Veille et documentation, Inpes.

L'éducation à la santé en milieu scolaire peut-elle **participer à la réduction des inégalités sociales de santé** ?

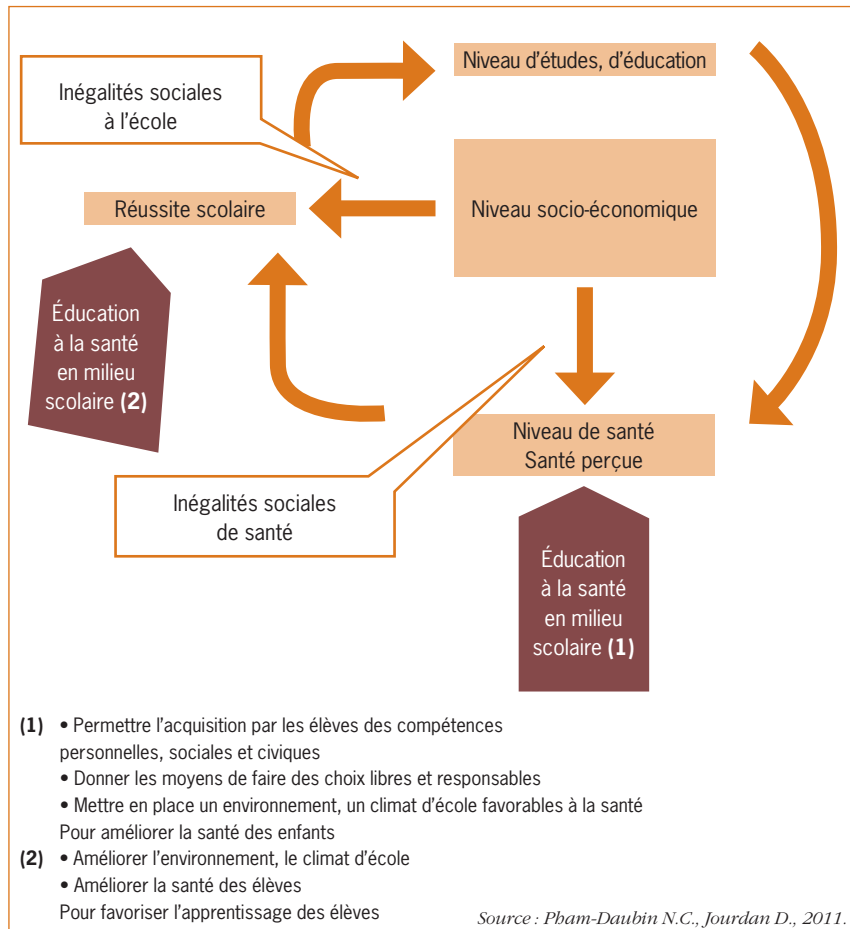
Une équipe de chercheurs a analysé la littérature scientifique internationale pour étudier l'impact de l'éducation à la santé en milieu scolaire sur une éventuelle réduction des inégalités. Ces chercheurs sont prudents dans leurs conclusions, faute d'éléments suffisamment probants du fait de la faiblesse de la recherche dans ce domaine. Ils n'en concluent pas moins que les résultats « tendent à montrer » que les actions d'éducation à la santé permettent d'améliorer la réussite scolaire et la santé des élèves, et, si certaines conditions sont réunies, peuvent éventuellement infléchir les inégalités.

Cet article étudie la contribution potentielle de l'École en matière de réduction des inégalités sociales de santé qui représentent l'un des enjeux clés pour la santé publique en ce début

de XXI^e siècle (NDLR: voir aussi le dossier central dans ce même numéro). Nous examinons dans quelle mesure l'éducation à la santé à l'école peut participer à la réduction de ces inégalités.

L'article est basé sur un bilan de la littérature internationale pour étudier l'impact des actions d'éducation à la santé en milieu scolaire sur les inégalités sociales de santé.

Figure 1. Impact de l'éducation à la santé en milieu scolaire.



L'impact des inégalités

Les études sur la santé des Français montrent qu'il existe une amélioration globale du niveau de santé tant en matière de mortalité que de morbidité. Cependant, les inégalités sociales de santé persistent, voire se creusent pour certains indicateurs (encadré 1 page 47).

Les inégalités sociales ont bien évidemment un impact sur la santé des plus jeunes. Ceci est particulièrement net pour la santé bucco-dentaire : ce sont les enfants des catégories sociales les plus défavorisées qui souffrent le plus d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire et des pathologies qui en résultent. La différence de prise en compte des questions d'hygiène dentaire est liée certes à des raisons financières mais aussi à l'accès, différent suivant le degré d'instruction, à l'information, à l'éducation pour la santé et à la prévention (1).

L'éducation à la santé à l'école

L'éducation ainsi que le niveau d'études sont reconnus comme des déterminants socio-économiques de la santé. L'école serait donc un lieu qui pourrait contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Par quels leviers est-elle susceptible d'y parvenir ? Nous examinerons plus particulièrement dans quelle mesure l'éducation

à la santé en milieu scolaire participe à la réduction des inégalités de santé.

À ce jour, l'éducation à la santé en milieu scolaire vise l'autonomie des individus, elle s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé (2). En cela, elle vise à réduire les inégalités sociales de santé : « *L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser leur potentiel de santé* » (3).

L'éducation à la santé en milieu scolaire, dans une démarche promotrice de santé, répond aux propositions concernant la santé des enfants, présentées dans le rapport du Haut Conseil de la santé publique (4), qui visent à réduire les inégalités sociales de santé :

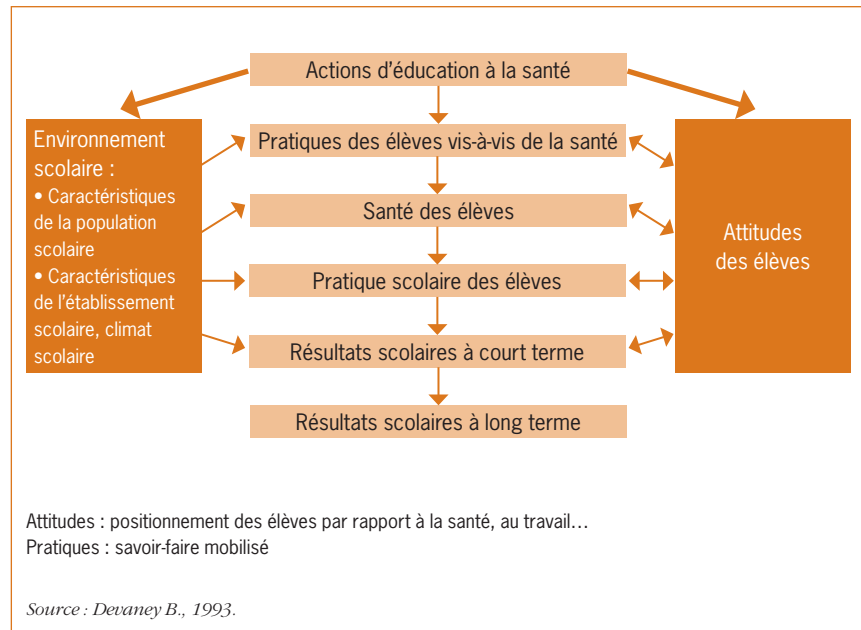
- « *Maintenir au sein des établissements et durant le cursus éducatif les procédures actuelles de surveillance de la santé des jeunes, et développer l'accompagnement et l'orientation des situations difficiles ainsi que les actions de prévention.*

- *Mettre en place des politiques publiques qui visent à réduire les inégalités sociales des déterminants de la santé et leurs conséquences, particulièrement auprès des enfants et des jeunes : accès à l'éducation et l'école, ..., environnement, ..., citoyenneté.*

De la même façon, elle va dans le sens des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (5) qui préconise l'amélioration des conditions de vie et de travail ainsi que le développement de l'enfant et de son éducation.

L'éducation à la santé dans le cadre spécifique de l'école permet d'agir sur certains déterminants de la santé : les conditions de vie et d'environnement (le climat scolaire, les aménagements, etc.), les comportements individuels, mais aussi les contextes – favorisant ou non – dans lesquels s'insèrent ces comportements. Elle contribue à permettre l'émergence des conditions de développement de facteurs de protection qui favorisent un bon état de santé et dont l'inégale répartition contribue aux inégalités sociales de santé : travailler dans de bonnes conditions, vivre dans un environnement social et physique sain, adopter un style de vie favorable à la santé, percevoir et disposer effectivement d'un contrôle sur sa vie.

Figure 2. Modèle de lien entre les actions d'éducation à la santé et les résultats scolaires.



Les travaux de recherche sur le rôle de l'école dans la réduction des inégalités de santé

Même si l'éducation à la santé en milieu scolaire semble être l'un des axes de travail possibles pour réduire les inégalités sociales de santé, les données bibliographiques internationales disponibles ne permettent pas de juger, à ce jour, de l'impact réel du rôle de l'École. Les liens qui existent entre le niveau socio-économique, la santé et l'école sont complexes et multiples. Le niveau socio-économique a un impact sur la santé et sa perception ainsi que sur la réussite scolaire. La santé participe, parmi d'autres facteurs, à la réussite scolaire qui elle-même – par le niveau d'études atteint et le niveau d'éducation – a des répercussions sur la santé.

Une meilleure santé favoriserait l'apprentissage

Certaines études permettent de penser que l'éducation à la santé joue un rôle dans les interactions entre la santé et les conditions favorisant la réussite scolaire (figure 1).

Des travaux ont évoqué l'existence d'un lien significatif et complexe entre l'état de santé dans ses dimensions physiologique, psychologique et sociale, et les conditions d'apprentissage : les élèves en bonne santé sont plus enclins à travailler de façon efficace (6). Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'im-

pact de programmes d'éducation à la santé sur les performances scolaires (7). Ils proposent un modèle théorique simplifié de relation entre les actions d'éducation à la santé et la réussite scolaire (figure 2). Dans ce modèle, l'impact des actions d'éducation à la santé porte sur les pratiques des élèves vis-à-vis de la santé, les attitudes des élèves et l'environnement scolaire. Les bonnes pratiques de santé auraient un effet positif sur les acquisitions scolaires et donc sur les résultats. Ainsi, permettre aux élèves d'être en meilleure santé leur donnerait les conditions d'être en capacité d'acquiescer les moyens de réussir dans le cadre scolaire et aussi de façon plus globale dans leur vie d'individu et de citoyen.

Une bonne alimentation aurait un impact sur la réussite scolaire

Une évaluation de programmes d'éducation à la santé visant l'amélioration de l'alimentation en favorisant les conditions de restauration scolaire des enfants les plus socialement désavantagés a été réalisée. Elle a mis en évidence un certain nombre d'effets positifs sur les élèves (8). D'une part, sur la santé des enfants : amélioration du poids, meilleur état de santé ; et, d'autre part, sur leur capacité d'attention, leur comportement et leurs capacités cognitives. Ces élèves ont aussi une meilleure réussite scolaire en particulier en mathématiques. Instaurer des repas

dans le cadre de l'école pour les élèves les plus défavorisés leur apporterait, selon ces études, un bénéfice physique, psychosocial et scolaire.

D'autres publications confirment l'impact de l'état de santé sur les performances scolaires. Les programmes de protection dentaire, qui permettent de sensibiliser les élèves aux problèmes dentaires et augmentent leur attention quotidienne sur les questions d'hygiène dentaire, semblent avoir un bénéfice sur le quotient intellectuel (QI) ainsi que sur la réussite scolaire (9).

La promotion de la santé peut réduire les inégalités

L'éducation à la santé, réalisée dans le cadre de l'école, semble avoir une influence sur l'amélioration de la santé et sur la prévention. Cependant, tous les types d'action n'ont pas le même impact. Des actions élaborées dans le cadre scolaire, en particulier celles qui ont pour objectif l'acquisition de connaissances, peuvent avoir un impact différent sur les acquis des élèves, selon la catégorie sociale des élèves auxquels elles s'adressent. Elles bénéficient généralement le plus aux élèves issus des catégories sociales les plus favorisées, creusant ainsi les inégalités. Ce sont les actions d'éducation à la santé qui privilégient le travail sur les déterminants de la santé et sur l'acquisition de compétences qui ont un

impact plus important sur les élèves issus des milieux défavorisés (10).

Celles qui répondent le plus à une approche de type promotion de la santé (cf. le réseau SHE « Schools for Health in Europe Network ») se révèlent les plus efficaces. Tout se passe comme si six axes devaient être pris en compte : des politiques pour des écoles en santé, l'environnement physique de l'école, l'environnement social de l'école, les compétences individuelles en matière de santé et la capacité d'agir, les liens communautaires et les services de santé (11).

Climat scolaire favorable : bénéfique pour la santé

Une étude menée sur des préadolescents et des adolescents vient corroborer ces observations. Elle met en évidence que le climat scolaire est le facteur le plus prédictif concernant les paramètres de santé pour les élèves de cette classe d'âge. Le fait que les élèves déclarent un meilleur statut de santé, soient exempts de problèmes de santé et aient moins de plaintes psychosomatiques est significativement lié au climat d'école (12). Pour autant, les études convaincantes restent rares et des travaux de recherche de haut niveau doivent être développés dans ce domaine dans le but d'identifier les facteurs susceptibles d'influer significativement sur les inégalités de santé.

En conclusion

Les inégalités sociales de santé persistent et se creusent en France en dépit d'une amélioration globale du niveau de santé de la population française. Elles ont un impact sur la santé des jeunes et participent aussi, par les liens qui existent entre la santé et la réussite scolaire, aux inégalités scolaires. L'École est un lieu propice et légitime d'éducation à la santé. Si, à ce jour, l'analyse bibliographique ne permet pas de mettre en évidence une relation directe entre les pratiques en éducation à la santé au sein de l'École et une réduction des inégalités sociales de santé, les études tendent à montrer que des actions d'éducation à la santé mises en œuvre permettent d'améliorer la réussite scolaire et le niveau de santé des élèves auxquels elles sont destinées. C'est en cela que l'éducation à la santé, dans une démarche de promotion de la santé, pourrait participer à la réduction des inégalités sociales de santé.

Ngoc-Chau Pham-Daubin

Médecin de l'Éducation nationale,
Inspection académique du Calvados.

Laboratoire PAEDI EA 4281,

Université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand II,

Didier Jourdan

Professeur des universités,

Directeur de l'IUFM d'Auvergne,

Chercheur au laboratoire PAEDI EA 4281,

Université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand II.

► Références bibliographiques

(1) Chauvin J., Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé en France. In : Bourdillon F., Brucker G., Tabuteau D. *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2007 : p. 331-334.

(2) Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001.

(3) Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa, 1986.

(4) Haut Conseil de la santé publique (HCSP). *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. [Rapport]. Paris : HCSP, 2009 : 101 p.

(5) World Health Organisation, Commission on social determinants of health. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva : 2008 : 32 p. En ligne : http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html

(6) Novello A.C., Degraw C., Kleinman D.V. Healthy children ready to learn: an essential collaboration between health and education. *Public Health Reports*, 1992, vol. 107, n° 1 : p. 3-15.

(7) Devaney B., Schochet P., Thornton C., Fasciano N., Gavin A. *Evaluating the effects of school health interventions on school performance : design report*. Princeton : Mathematica Policy Research, 1993 : 111 p.

(8) Kristjansson B., Petticrew M., MacDonald B., Krasevec J., Janzen L., Greenhalgh T., et al. School feeding for improving the physical and psychosocial health of disadvantaged students. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, n° 1 : 135 p.

(9) Zoritch B., Roberts I., Oakley A. Day care for pre-school children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, n° 3.

(10) Tang K.C., Nutbeam D., Aldinger C., Saint-

Leger L., Bundy D., Hoffmann A.M. et al. Schools for health, education and development: a call for action. *Health Promotion International*, vol. 24, n° 1 : p. 68-77.

En ligne : <http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/1/68.full.pdf+html>

(11) Steward Brown S. *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what in the effectiveness of the health promoting schools approach ?* Copenhagen : WHO regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2006 : 26 p.

(12) Vuille J.-C., Schenkel M. Social aqualization in the health of youth. The role of the school. *European Journal of Public Health*, 2001, vol. 11, n° 3 : p. 287-293. En ligne : <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/11/3/287.full.pdf+html>

• COMMUNIQUÉ •

Les inégalités sociales de santé, une réalité tenace en France¹

La santé des Français s'est globalement améliorée depuis le XIX^e siècle, avec en particulier une augmentation importante de l'espérance de vie à la naissance². Cette évolution est à mettre en regard avec les prises en compte et la mise en œuvre des règles d'hygiène (assèchement des marais et des mares d'eau stagnante, ramassage des ordures, création du tout-à-l'égout, etc.), ainsi que des progrès de la science et de la médecine.

Il persiste cependant des inégalités en relation avec les inégalités sociales. Pour le Haut Conseil de la santé publique³, « les inégalités sociales de santé sont systématiques (les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population), socialement construites et donc injustes et modifiables. »

Ce type d'inégalités était déjà relevé par Villermé en 1840⁴ « ... À tous les âges, la vie était mieux assurée dans certaines classes d'habitants que dans certaines autres. En d'autres termes, on voit ici la plupart des enfants atteindre l'âge adulte ou mourir en bas âge, suivant la condition ou la profession à laquelle ils appartiennent, et à toutes les époques de la vie les premiers conservent l'avantage sur les seconds. » Il n'évoque pas encore le terme de gradient social de santé, mais ses observations concernant la durée de vie moyenne des personnes, à différents âges, en fonction de leur métier en montrent bien l'existence. La façon dont s'expriment de manière continue, à travers la hiérarchie sociale, les inégalités dans le domaine de la santé reste toujours observable de nos jours⁵.

Concernant l'évaluation de leur santé par les populations, l'influence des facteurs économiques et sociaux a bien un impact sur les trois indicateurs reconnus comme les plus significatifs (la santé perçue, la déclaration de maladies, la restriction d'activités) et à ce titre pris en compte par l'Union européenne. Ce sont les personnes qui ont un niveau d'éducation et des revenus les plus bas qui perçoivent le plus négativement leur santé et qui déclarent plus fréquemment une pathologie ou une restriction d'activité⁶.

1. Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.M. dir. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : 384 p.

2. 44 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes en 1900, puis respectivement 70,2 ans et 78,4 ans en 1980, en 2007, 77,4 ans et 84,3 ans. Rapports Haut Comité santé publique, Insee, 2010.

3. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. [Rapport]. Paris : HCSP, 2009 : 101 p.

4. Villermé L.-R. Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie. 1840, 2 volumes.

5. Différence de 6,5 ans pour l'espérance de vie entre les catégories socioprofessionnelles les plus extrêmes. Insee, échantillon de mortalité, 1982.

6. Lanoë J.-L., Makdessi-Raynaud Y. Des expressions multiples. La santé perçue, la morbidité déclarée. In : Fassin D. Inégalités et santé. Paris : La Documentation française, 2009, coll. Problèmes politiques et sociaux, n° 960 : p. 43.

Obésité infantile : les inégalités se creusent

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a publié en 2010 une enquête¹ menée auprès des enfants en dernière année de maternelle lors de l'année scolaire 2005-2006. Ces travaux recueillent des informations sur l'état de santé et le recours aux soins ou à la prévention des enfants âgés de 5 à 6 ans. La prévalence du surpoids et de l'obésité est moins élevée chez les enfants dont le père est cadre par rapport aux enfants d'ouvriers, reflétant des différences d'habitudes de vie (alimentation, sédentarité) déjà marquées à cet âge. Le surpoids (y compris obésité) a reculé, passant de 14,4 % (dont 3,4 % d'obésité) en 1999-2000 à 12,1 % (dont 3,1 % d'obésité) en 2005-2006. Toutefois, cette baisse a été moins forte pour les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire que pour les autres, ce qui a conduit à un creusement des inégalités sociales. Les disparités sont aussi géographiques, avec des prévalences de surpoids nettement plus élevées dans les régions proches de la Méditerranée ainsi que dans celles les plus au nord et à l'est de la France. Des inégalités sociales apparaissent aussi, dès l'âge de 6 ans, en matière de santé bucco-dentaire et de repérage précoce des troubles sensoriels.

1. Guignon N., Collet M., Gonzalez L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Études et Résultats, 2010, n° 737 : 8 p. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er737-3.pdf>

équilibrés

Une lettre électronique mensuelle pour tout savoir sur l'actualité de la prévention et de l'éducation pour la santé



Abonnez-vous gratuitement !

www.inpes.sante.fr



Pratiques et méthodes de sondage

Sous la direction de Marie-Ève Tremblay, Pierre Lavallée, Mohammed El haj Tirari



Le signalement dans nos colonnes d'un ouvrage consacré aux sondages peut paraître surprenant. Pourtant, comme le souligne en avant-propos le président du Comité scientifique du Colloque francophone sur les sondages de Tanger (mars 2010) dont est issu cet ouvrage, « que l'on procède par l'utilisation du sondage, ou que l'on mesure l'information à partir d'une collecte exhaustive au sein de la population, l'enquête est devenue un outil essentiel à l'observateur de la société contemporaine soucieux de comprendre son fonctionnement. » Les questions de santé n'échappent pas à cette problématique. C'est à ce titre qu'un certain nombre de chargés d'études de l'Inpes, statisticiens membres du département Enquêtes et analyses statistiques, figurent parmi les auteurs de plusieurs contributions de cet ouvrage, mettant ainsi en lumière l'expertise de l'Institut sur certaines techniques d'enquêtes. On y trouvera notamment des communications sur l'influence du mode de collecte de données sur la mesure des pratiques addictives, sur le recours au Web pour augmenter la participation à une enquête téléphonique, ou encore sur les problématiques liées au paysage actuel de la téléphonie santé (dégrouperage total, usage exclusif du portable, etc.) dans la mise en œuvre des enquêtes.

L'ouvrage brosse un historique des sondages, puis aborde successivement les enquêtes sur la santé et l'éducation, les enquêtes sociales, les enquêtes économiques, les enquêtes longitudinales et rétrospectives, la collecte de données et les sondages en ligne. Le dernier chapitre est consacré aux nouvelles avancées de la théorie des sondages.

Olivier Delmer

Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2011, 382 pages, 39 €.

Gouvernance de la santé, les acteurs institutionnels

Patricia Siwek



L'auteur, Patricia Siwek, est rédactrice en chef de la revue *Actualité et dossier en santé publique*. En précisant le statut, les missions et le périmètre d'activité de chaque organisme, cet ouvrage offre une vision pragmatique du paysage institutionnel français dans le domaine de la santé publique. Après un rappel des éléments de contexte (histoire récente, dernières lois), il décrit le dispositif institutionnel concourant à l'élaboration, à la mise en œuvre et au contrôle des politiques sani-

taires. Services de l'administration centrale (DGS, Drees, Mildt), instances dédiées à la santé publique, agences (Afsaps, Anses, CNS, EFS, Eprus, HAS, INCa, Inpes, InVS, etc.) et établissements publics intervenant en santé, chaque structure est présentée de façon détaillée et fait l'objet d'une fiche signalétique rassemblant les informations essentielles. L'auteur propose ensuite une analyse du système d'agences agrémentée d'un tableau d'ensemble. Enfin, à l'heure de la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires, il précise le lien entre l'administration centrale et les nouvelles agences régionales de santé.

Sandra Kerzanet

Brignais : Le Coudrier, coll. Synthèses et repères, 2011, 191 pages, 29 €.

Intervenir auprès des parents : réfléchir, construire et expérimenter des projets dans un contexte européen

Sous la direction d'Olivier Prévôt



L'accompagnement à la parentalité est devenu un enjeu majeur dans notre société. Il constitue autant pour les acteurs publics (État, collectivités, organismes sociaux, etc.) que privés (familles, associations, organismes de formation, etc.), un défi à relever en termes d'éducation et de cohésion sociale. Cet ouvrage est un outil destiné à tous les acteurs intervenant sur le champ de la parentalité : professionnels, responsables ou bénévoles. Conçu comme un guide, il contient trois parties : théorique, méthodologique et pratique. Il se penche sur les problématiques familiales, puis sur la

question des compétences éducatives. Un deuxième volet passe en revue les différentes étapes d'un projet dédié à la parentalité : depuis le diagnostic, la définition de stratégies, la mise en place de méthodes d'évaluation jusqu'à la valorisation du projet. L'ouvrage s'achève sur une description d'expérimentations déjà mises en place et évaluées dans le cadre du projet « Clés d'accompagnement des familles en Europe » (CAFé) et du programme communautaire d'éducation des adultes « Grundtvig », en collaboration avec l'Institut des pratiques sociales de l'université de Franche-Comté à Belfort-Montbéliard et l'Institut des sciences de la famille de Lyon.

S. K.

Paris : Familles Rurales, 2010, 262 pages.

Sociologie de l'expertise de l'intervention sociale : modèles et éthiques de l'ingénierie dans le champ social

Jean-Christophe Barbant



Cet ouvrage est le fruit d'une thèse de doctorat en sociologie réalisée à l'université Paris V. Dans un contexte de complexification des dispositifs de l'action sociale et éducative au sein desquels agit une pluralité d'« experts » (chefs de projet, chargés de mission, ingénieurs sociaux, etc.), il interroge les modèles d'analyse et d'intervention mobilisés par ces acteurs sociaux. Jean-Christophe Barbant développe une analyse des imaginaires, des postures et des ethos (NDLR : partie de l'ancienne rhétorique qui traitait des mœurs, trait commun à un groupe social) professionnels de ces « nouveaux » experts sociaux. Il élabore une « sociologie de

l'expertise de l'intervention sociale » dans le champ de la formation au sein duquel sont décrits quatre modèles dominants. Le premier modèle des expertises du développement social est associé à l'imaginaire de la performance et d'une éthique de la conviction. Le deuxième modèle de l'ingénierie et de la gestion du social est lié à l'imaginaire de la maîtrise et d'une éthique de la responsabilité. Le troisième modèle de la production du social est construit à partir de l'imaginaire de la connaissance et d'une éthique de la sagesse. Enfin, le quatrième modèle de la transformation sociale développe un imaginaire de la prospective et une éthique de la réflexivité. Cet ouvrage propose donc une modélisation des différentes approches de l'expertise dans l'intervention et l'ingénierie sociales. Il souligne également les atouts et les limites de l'appareil de formation actuel et la nécessité de concevoir des agencements d'expertises complexes reposant sur de fortes références éthiques et déontologiques.

S. K.

Paris : L'Harmattan, 2011 : 349 pages, 32,50 €.

Les relations entre les parents et leurs enfants à l'aune des loisirs des adolescents

Benoît Cérroux, Christiane Crépin



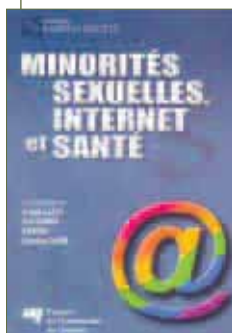
Cette étude a été initiée en 2008 et 2009 par la Caisse nationale des allocations familiales. Il s'agissait d'évaluer et de contribuer à bâtir une politique familiale pour les enfants et les adolescents de 6 ans à 17 ans et leur famille. L'étude porte sur les relations des adolescents avec leurs parents dans le cadre des loisirs. Les loisirs offrent une opportunité pour les parents de renforcer la communication familiale, d'affirmer les relations éducatives et sociales. Les résultats montrent les différenciations très sensibles des conceptions des loisirs selon l'âge, le genre, le contexte familial et social.

S. K.

Dossier d'études et annexes, 2011, n° 140 : 124 p.
En ligne : <http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/VueLien/DOSSIERSETUDES140?opendocument>
[Dernière consultation le 08/07/2011]

Minorités sexuelles, Internet et santé

Sous la direction de Joseph J. Lévy, Jean Dumas, Bill Ryan et Christine Thoër.



Ce livre s'inscrit dans les travaux menés sur les minorités sexuelles par l'équipe de recherche canadienne interdisciplinaire « Sexualités et genres : vulnérabilité et résilience » (SVR), équipe composée de 14 chercheurs œuvrant dans 9 universités et 5 provinces canadiennes, dont l'un des axes du programme d'étude porte sur l'analyse de l'univers Internet des minorités sexuelles. Cet ouvrage collectif s'intéresse aux enjeux liés aux usages santé d'Internet par les minorités

LGBT (lesbiennes, gais, bisexuels et personnes transgenres). Il a pour objectif de cerner leurs modes d'utilisation du cyberspace et les répercussions de ces usages en fonction des profils sociodémographiques des populations et des problématiques de santé. C'est l'objet de la première partie qui présente les travaux de chercheurs de l'équipe SVR. Il explore aussi les stratégies d'intervention ciblant ces différentes minorités et rend compte, dans la deuxième partie, des expériences menées par des groupes dans l'espace canadien et québécois dans leur appropriation des outils d'Internet mis en place par les organismes communautaires.

O. D.

Québec : Presses de l'Université du Québec, 2011, 260 pages, 29 \$ CAN.

Numéro thématique – Inégalités sociales de santé

Numéro spécial du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* présentant le sommaire suivant :

- Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008
- Travail, emploi et inégalités sociales de santé
- Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans
- Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social
- Inégalités sociales et territoriales de santé : l'exemple de l'obésité dans la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005
- Encadré – Surpoids et obésité chez les enfants de 6 ans en France, 2005-2006
- L'influence à long terme du milieu social d'origine et du tabagisme des parents sur le tabagisme en France : les résultats de l'enquête Santé et protection sociale 2006
- Inégalités sociales de santé : propositions du Haut Conseil de la santé publique pour la prochaine loi de santé publique

Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2011, n°s 8-9 : p. 73-99.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/index.htm [Dernière consultation le 08/07/2011]

Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)

ALSACE
Pdt Joseph Becker
 Dir. Dr Nicole Schauder
 Hôpital civil de Strasbourg
 Ancienne clinique
 ophtalmologie - 1^{er} étage
 1, place de l'Hôpital - BP 426
 67091 Strasbourg Cedex
 Tél. : 03.88.11.52.41
 Fax : 03.88.11.52.46
 Mèl : info@cresalsace.org
 www.cresalsace.org

AQUITAINE
Pdt Pr François Dabis
 Dir. Vincent Van Lacken
 6, quai de Paludate
 33800 Bordeaux
 Tél. : 05.56.33.34.10
 Fax : 05.56.33.34.19
 Mèl : direction@ireps-aquitaine.org
 www.educationsante-aquitaine.fr

Auvergne
Pdt Gilbert Condat
 Dir. : Ginette Beugnet le Roch
 30, rue Étienne-Dolet
 63000 Clermont-Ferrand
 Tél. : 04.73.91.96.67
 Fax : 04.73.93.42.56
 Mèl : auvergnepromotionsante@wanadoo.fr
 www.auvergne-promotion-sante.fr

BASSE-NORMANDIE
Pdt Jean-Louis Lépée
 Resp. Jean-Pierre Ollivier
 3, place de l'Europe
 14200 Hérouville-St-Clair
 Tél. : 02.31.43.83.61
 Fax : 02.31.43.45.97
 Mèl : irepsbn@orange.fr
 www.irepsbn.org

BOURGOGNE
Pdt Dr Pierre Besse
 Dir. Dr Isabelle Millot
 Parc Tertiaire Mirande
 14 H, rue Pierre de Coubertin
 21000 Dijon
 Tél. : 03.80.66.73.48
 Fax : 03.80.65.08.18
 Mèl : contact@ireps-bourgogne.org
 www.ireps-bourgogne.org

BRETAGNE
Pdt Dr Jeanine Pommier
 Dir. Christine Ferron
 4 A, rue du Bignon
 35000 Rennes
 Tél. : 02.99.50.64.33
 Mèl : contact@irepsbretagne.fr
 www.irepsbretagne.fr

CENTRE
Pdt Pr Emmanuel Rusch
 Dir. Luc Favier
 Fraps
 54, rue Walvain
 37000 Tours
 Tél. : 02.47.37.69.85
 Fax : 02.47.37.28.73
 Mèl : fraps@orange.fr
 www.frapscentre.org

CHAMPAGNE-ARDENNE
Pdt Yvonne Logeart
 Dir. Kévin Gouraud
 89, rue Étienne Oehmichen
 51000 Châlons-en-Champagne
 Tél. : 03.26.68.28.06
 Fax : 03.26.68.97.60
 Mèl : cres.cha@wanadoo.fr
 http://champagne-ardenne.fnes.fr

CORSE
Pdt Pierre-Jean Rubini
 Dir. Cécile Dani
 Résidence Les Jardins de
 Bodiccione - Bât. A1

Bd Louis Campi
 20090 Ajaccio
 Tél. : 04.95.21.47.99
 Fax : 04.95.28.36.76
 Mèl : contact@ireps-corse.fr
 www.ireps-corse.fr

FRANCHE-COMTE
Pdt Jeanette Gros
 Dir. Pascale Angiolini
 3, avenue Louise Michel
 25000 Besançon
 Tél. : 03.81.41.90.90
 Fax : 03.81.41.93.93
 Mèl : contact@ireps-fc.fr
 www.ireps-fc.fr

HAUTE-NORMANDIE
Pdt Patrick Daime
 Dir. Marion Boucher Le Bras
 129, avenue Jean Jaurès
 76140 Petit-Quevilly
 Tél. : 02.32.18.07.60
 Fax : 02.32.18.07.61
 Mèl : cres.haute.normandie@orange.fr
 www.ireps-hn.org

ILE-DE-FRANCE
Pdt Antoine Lazarus
 74, rue Marcel Cachin
 93017 Bobigny Cedex
 Tél. et Fax : 01.48.38.77.01
 Mèl : contact@ireps-iledefrance.org
 www.ireps-iledefrance.org

LANGUEDOC-ROUSSILLON
Pdt Dr Claude Terral
 Dir. Evelyne Coulouma
 Hôpital la Colombière
 39, avenue Charles-Flahaut
 34295 Montpellier Cedex 5
 Tél. : 04.67.04.88.50
 Fax : 04.67.52.02.57
 Mèl : irepslr@orange.fr
 www.irepslr.org

LIMOUSIN
Pdt Dr Françoise Léon-Dufour
 Dir. Martine Pellerin
 4, rue Darnet
 87000 Limoges
 Tél. : 05.55.37.19.57
 Fax : 05.55.10.00.07
 Mèl : irepslimousin@orange.fr

LORRAINE
Pdt Dr Jeanne Meyer
 Dir. Marie Persiani
 1, rue de la Forêt
 54520 Laxou
 Tél. : 03.83.47.83.10
 Fax : 03.83.47.83.20
 Mèl : siege@ireps-lorraine.fr

MIDI-PYRENEES
Pdt Yvon Fau
 Dir. Laurence Birelchic
 77, allée de Brienne
 31000 Toulouse
 Tél. : 05.61.23.44.28
 Fax : 05.61.22.69.98
 Mèl : siege@irepsmp.fr
 http://ireps.midi-pyrenees.fnes.fr

NORD-PAS-DE-CALAIS
Pdt Pr Jean-Marie Haguenoer
 Dir. Loïc Cloart
 Parc Eurasanté
 235, avenue de la Recherche
 CS 50086
 59373 Loos Cedex
 Tél. : 03.20.15.49.40
 Fax : 03.20.15.49.41
 Mèl : ireps-npdc@orange.fr
 http://ireps.npdc.fnes.fr

PAYS-DE-LA-LOIRE
Pdt Pr Pierre Lombrail
 Dir. Dr Patrick Lamour
 Hôpital Saint-Jacques
 85, rue Saint-Jacques
 44093 Nantes Cedex 1

Tél. : 02.40.31.16.90
 Fax : 02.40.31.16.99
 Mèl : ireps@irepspl.org
 www.santepaysdelaloire.com

PICARDIE
Pdt Pr Gérard Dubois
 Dir. Philippe Lorenzo
 Espace Industriel Nord
 67, rue de Poulainville
 80080 Amiens
 Tél. : 03.22.71.78.00
 Fax : 03.22.71.78.04
 Mèl : ireps@irepspicardie.fr
 www.crespicardie.org

POITOU-CHARENTES
Pdt Eric-Pascal Satre
 Dir. Julien Tran
 Antenne 86
 9, allée Marie et Pierre Curie
 86000 Poitiers
 Tél. : 05.49.41.37.49
 Fax : 05.49.47.33.90
 Mèl : poitiers@educationsante-pch.org

COTE D'AZUR
Pdt Pr Jean-Marc Garnier
 Dir. Zeina Mansour
 178, cours Lieutaud
 13006 Marseille
 Tél. : 04.91.36.56.95
 Fax : 04.91.36.56.99
 Mèl : cres-paca@cres-paca.org
 www.cres-paca.org

RHONE-ALPES
Pdt Jacques Fabry
 Dir. Olivier François
 9, quai Jean-Moulin
 69001 Lyon
 Tél. : 04.72.00.55.70
 Fax : 04.72.00.07.53
 Mèl : contact@education-sante-ra.org
 www.education-sante-ra.org

REUNION
Pdt Dr Benjamin Bryden
 Dir. Cécile Pedre
 13, rue Roland-Garros
 97460 Étang-Saint-Paul
 Tél. : 02.62.71.10.88
 Fax : 02.62.71.16.66
 Mèl : accueil.ireps.reunion@orange.fr
 www.irepsreunion.org

GUYANE
Pdt François Rezi
 Dir. Hélène Lamaison
 Association Guyane Promo Santé
 4, rue Félix Eboué
 97300 Cayenne
 Tél. : 0594.30.13.64
 Fax : 0594.35.84.80
 Mèl : contact@gps.gf
 www.gps.gf

MARTINIQUE
Pdt Dr Didier Chatot-Henry
 Dir. Karyne Pierre-Louis
 Centre d'affaires Agora
 Bât. G - niveau 0 - BP 1193
 Étang z'abricot - Pointe des Grives
 97200 Fort-de-France
 Tél. : 0596.63.82.62
 Fax : 0596.60.59.77
 Mèl : cres.martinique@orange.fr
 http://ireps.martinique.fnes.fr

GUADELOUPE
Pdt Roberte Hamoussin-Méregiste
 Dir. Pascale Melot
 6, résidence Casse
 Rue Daniel Beupherthuy
 97100 Basse-Terre
 Tél. : 0590.41.09.24
 Fax : 0590.81.30.04
 Mèl : ireps@reps.gp
 http://guadeloupe.fnes.fr

Au niveau départemental

Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes)
Pdt : Pr Jean-Louis San Marco
 Vice Pdt : Loïc Cloart
 Délégué : Eric Bourgarel
 Siège social
 Immeuble Etoile Pleyel
 42, bd de la Libération
 93200 Saint-Denis
 Tél. : 01.42.43.77.23
 Fax : 01.42.43.79.41
 Mèl : fnes@fnes.info
 www.fnes.info

01 AIN
Pdt Jean-Claude Degout
 Dir. Juliette Fovet-Julieron
 Adessa Education Santé Ain
 Parc Les Bruyères
 293, rue Lavoisier
 01960 Peronnas
 Tél. : 04.74.23.13.14
 Fax : 04.74.50.42.98
 Mèl : ades01@wanadoo.fr
 http://ain.education-sante-ra.org

02 AISNE
Pdt Gérard Dubois
 1A, rue Émile Zola
 Zac Le Champ du Roy
 02000 Chambry
 Tél. : 03.23.79.90.51
 Fax : 03.23.79.48.75
 Mèl : ainsne@crespicardie.org

03 ALLIER
Pdt Jean-Marc Lagoutte
 Dir. Annick Anglarès
 2, place Maréchal de Lattre-de-Tassigny - 03000 Moulins
 Tél. : 04.70.48.44.17
 Mèl : abes-codes03@wanadoo.fr

04 PROVENCE
Pdt Dr Georges Guigou
 Dir. Anne-Marie Saugeron
 Centre médico-social
 42, bd Victor Hugo
 04000 Digne-les-Bains
 Tél. : 04.92.32.61.69
 Fax : 04.92.32.61.72
 Mèl : codes.ahp@wanadoo.fr

05 HAUTES-ALPES
Pdt Dr Gilles Lavernie
 Dir. Brigitte Nectoux
 Immeuble « Les Lavandes »
 1 Place Champsaur
 05000 Gap
 Tél. : 04.92.53.58.72
 Fax : 04.92.53.36.27
 Mèl : codes05@codes05.org
 www.codes05.org

06 ALPES-MARITIMES
Pdt Dr Claude Dreksler
 Dir. Chantal Patuano
 61, route de Grenoble
 06002 Nice
 Tél. : 04.93.18.80.78
 Fax : 04.93.29.81.55
 Mèl : codes.am@wanadoo.fr

07 ARDECHE
Pdt Dr Jean-Marie Bobillo
 Dir. Gisèle Bollon
 2, passage de l'ancien-Théâtre
 07000 Privas
 Tél. : 04.75.64.46.44
 Fax : 04.75.64.14.00
 Mèl : adessa-codes.07@wanadoo.fr
 http://perso.wanadoo.fr/adessa

08 ARDENNES
Pdt Dr Catherine Juillard
 Dir. Françoise Maitre

21, rue Irénée Carré
 08000 Charleville-Mézières
 Tél. : 03.24.33.97.70
 Fax : 03.24.33.84.34
 Mèl : CO.DES.08@wanadoo.fr
 http://champagne-ardenne.fnes.fr

09 ARIEGE
 Ireps Midi-Pyrénées/Antenne Ariège
Pdt Yvon Fau
 Dir. Thérèse Fruchet
 6, cours Irénée Cros
 09000 Foix
 Tél. : 05.34.09.02.82
 Fax : 05.61.05.62.14
 Mèl : antenne09@irepsmp.fr

10 AUBE
Pdt Sylvie Le Dourmer
 Dir. Cathy Julien
 Mezzanine des Halles
 Rue Claude Huez
 10000 Troyes
 Tél. : 03.25.41.30.30
 Fax : 03.25.41.05.05
 Mèl : codes10@orange.fr
 http://champagne-ardenne.fnes.fr

11 AUDE
Pdt Dr Pierre Dufranc
 14, rue du 4 septembre
 11000 Carcassonne
 Tél. : 04.68.71.32.65
 Fax : 04.68.71.34.02
 Mèl : codes11@wanadoo.fr
 http://codes11.over-blog.com

12 AVEYRON
 Ireps Midi-Pyrénées
 Antenne Aveyron
Pdt Yvon Fau
 Dir. Mylène Carrère
 13, bd Laromiguière
 12000 Rodez
 Tél. : 05.65.73.60.20

Fax : 05.65.73.60.21
 Mèl : antenne12@irepsmp.fr

13 BOUCHES-DU-RHÔNE
Pdt Pr Jean-Louis San Marco
 Dir. Nababie Merle
 8, rue Jules Moulet
 13006 Marseille
 Tél. : 04.91.04.97.30
 Fax : 04.91.04.97.25
 Mèl : contact@codes13.org
 www.codes13.org

14 CALVADOS
 S'adresser à l'Ireps Basse-Normandie
 Mèl : irepsbn-antenne14@orange.fr

15 CANTAL
Pdt D' Danièle Souquière-Degrange
 Bâtiment de l'Horloge
 9, place de la Paix
 15012 Aurillac Cedex
 Tél. : 04.71.48.63.98
 Fax : 04.71.48.91.80
 Mèl : codes15@wanadoo.fr
 http://www.codes15.fr

16 CHARENTES
 Ireps Poitou-Charentes
 Antenne Angoulême
Pdt Eric-Pascal Satre
 Dir. Lucie Adrover
 Centre hospitalier de Girac
 16470 Saint-Michel
 Tél. : 05.45.25.30.36
 Fax : 05.45.25.30.40
 Mèl : angouleme@educationsante-pch.org
 www.education-pch.org

17 CHARENTE-MARITIME
 Ireps Poitou-Charentes
 Antenne La Rochelle
Pdt Eric-Pascal Satre
 Dir. Yann Moisan
 32, avenue Albert-Einstein
 17000 La Rochelle
 Tél. et fax : 05.46.42.24.44
 Mèl : larochelle@educationsante-pch.org

18 CHER
Pdt Dr Michel Verdier
 Dir. Marie Côté
 4, cours Avaricum
 18000 Bourges
 Tél. : 02.48.24.38.96
 Fax : 02.48.24.37.30
 Mèl : codesducher@wanadoo.fr
 www.codes18.org

19 CORREZE
 Ireps Limousin - Délégation départementale Corrèze
Pdt Dr Françoise Léon-Dufour
 Dir. Martine Pellerin
 1, bd du Dr Verhac
 19100 Brive-la-Gaillarde
 Tél. : 05.55.17.15.50
 Fax : 05.55.17.15.57
 Mèl : ireps19@orange.fr

21 COTE-D'OR
 Ireps Bourgogne
 Antenne de Côte-d'Or
Pdt Dr Pierre Besse
 Parc Tertiaire Mirande
 14 H, rue Pierre de Coubertin
 21000 Dijon
 Tél. : 03.80.66.73.48
 Fax : 03.80.65.08.18
 Mèl : contact.antenne21@ireps-bourgogne.org
 www.ireps-bourgogne.org

22 COTES D'ARMOR
Pdt Anne Galand
 15 bis, rue des Capucins
 BP 521
 22005 Saint-Brieuc Cedex 1
 Tél. : 02.96.78.46.99
 Fax : 02.96.78.42.30
 Mèl : codes-armor@wanadoo.fr

23 CREUSE
 Ireps Limousin - Délégation départementale Creuse
Pdt Dr Françoise Léon-Dufour
 Dir. Martine Pellerin
 Résidence du jardin public - Porche A1
 27, avenue de la Sénatorerie
 23000 Guéret
 Tél. : 05.55.52.36.82
 Fax : 05.55.52.75.48
 Mèl : ireps23@orange.fr

24 DORDOGNE
 Ireps Aquitaine Antenne Dordogne
Pdt Pr François Dabis
 Dir. Dr Martine Sibert
 48 bis, rue Paul-Louis Courier
 24016 Périgueux Cedex
 Tél. : 05.53.07.68.57
 Fax : 05.53.06.10.60
 Mèl : contact24@ireps-aquitaine.org
 www.educationsante-aquitaine.fr

25 DOUBS
Pdt André Grosperin
 Dir. Pascale Angiolini
 3, avenue Louise Michel
 25000 Besançon
 Tél. : 03.81.82.32.79
 Fax : 03.81.83.29.40
 Mèl : contact@codes25.org
 www.codes25.org

Décroche.

800 23 13 13

DROGUES INFO SERVICE

Appel gratuit depuis un poste fixe, 7j/7 de 8 h à 2 h.



Contre les drogues, chacun peut agir.

Toutes les aides disponibles sur : www.drogues-info-service.fr