



la Région
Languedoc
Roussillon

Journée régionale de réflexion

« Prendre en compte les questions sociales
pour réduire les inégalités sociales de santé »

24 novembre 2010

Sommaire

Programme	5
Ouverture :	
Pr Pujol	7
JP Rigaux	9
Mme Aoustin	12
Mme Martinez	15
Débats	17
Inégalités de santé et déterminants sociaux : retour sur les concepts	21
<i>Antonia Dandé, chargée de projet Ireps</i>	
<i>Béatrice Rougy, Directrice de la Santé au Conseil régional</i>	
Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne	33
<i>Emmanuelle CADOT, chercheur INSERM</i>	
Débats	46
Extraits du film « rêves précaires : le quotidien de jeunes en insertion », film réalisé par des jeunes en insertion professionnelle	51
Débats	52
Bibliographie	67

Programme

9h00-9h30 : Accueil des participants

9h30-10h00 : Ouverture

Professeur Henri PUJOL,

Président de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

Jean-Pierre RIGAUX,

Directeur Régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

Martine AUSTIN,

Directrice Régionale de l'Agence Régionale de Santé

Le Président de la Région

10h00-11h00 : Inégalités de santé et déterminants sociaux : retour sur les concepts

Antonia Dandé, chargée de projet Ireps et **Béatrice Rougy**, Directrice de la Santé au Conseil régional

11h00-12h00 : « Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne »

Emmanuelle CADOT, chercheur INSERM

12h00-14h00 : Repas

14h00-14h30 : Extraits du film « rêves précaires : le quotidien de jeunes en insertion », film réalisé par des jeunes en insertion professionnelle

14h30-16h00 : Table ronde avec les institutions : quelles stratégies de réduction des inégalités sociales de santé ?

Présentation des orientations et actions mises en œuvre par des institutions du Languedoc-Roussillon et débat avec la salle : Conseil régional, DRJSCS, ARS, Conseil général du Gard, Rectorat

16h00-16h30 : Synthèse



OUVERTURE

Henri Pujol,

Président de la Conférence Régionale de la santé et de l'autonomie

Madame la Vice-Présidente de la Région, chère consœur et amie, nous nous sommes pendant des années rencontrés auprès des malades, et je suis très heureux que le Conseil régional ait une vice-présidente non seulement très concernée par les problèmes de santé, et pas uniquement par les problèmes de soin.

Madame la directrice régionale de l'ARS, Monsieur le directeur régional des sports et de la cohésion sociale, c'est un plaisir d'être avec vous, invités aujourd'hui par Béatrice ROUGY. Il est important pour moi de préciser que cette invitation n'est pas seulement celle du Conseil régional, mais aussi celle de quelqu'un qui porte un intérêt immense aux questions de santé et à qui il faut rendre mérite pour cet intérêt. J'ai eu le plaisir de travailler avec Mme ROUGY lors de l'ancienne conférence régionale de santé et je lui ai toujours vu une motivation extraordinaire pour la précarité, et les problèmes de santé.

Mon propos sera bref, car vous allez travailler toute la journée, et que d'autres après moi vont intervenir. Je vais vous donner le point de vue du Président de la Conférence régionale de santé et d'autonomie. Dans la réforme en cours, il y a une chose remarquable qui est que les soins, la prévention, le social sont réunis sous une même direction, avec des partenariats avec la cohésion sociale, l'environnement. Il ne faut pas oublier l'habitat, les logements insalubres ou indignes, qui est un problème de précarisation important. On dit quelquefois que la Région-LR est une terre de contraste. Il faut que vous sachiez que nous avons parmi les meilleurs hôpitaux ou cliniques de notre pays. En même temps, nous avons les indices de précarité que vous connaissez : un taux de couverture de CMU qui est un des plus fort du pays, une qualité de soins, mais aussi un retard relatif en prévention et une difficulté d'accès aux soins. Cette difficulté d'accès aux soins est corrélée aux difficultés d'accès à la prévention.

Je vais vous en donner deux exemples :

- Le taux de tabagisme corrélé avec le niveau social est de 24% chez les hommes cadres et de 48% chez les ouvriers.
- Les études sur le taux de participation au dépistage du cancer du sein et du côlon montrent que selon le régime de protection, la sécurité sociale standard d'un côté, la CMU de l'autre, les taux de fréquentation sont différents.

Il faut donc voir que les difficultés sociales sont des difficultés d'accès aux soins, mais aussi à la prévention et au dépistage. D'ailleurs, cela pose question que dans notre région, si réputée en matière de soins de qualité, nous soyons tellement en retard, c'est-à-dire dans le peloton des régions françaises, pour le dépistage du cancer du côlon. Il y a des freins pour le dépistage qui sont peut-être sociologiques, culturels et pas seulement financiers. Ce dépistage est organisé, chacun reçoit une invitation à y venir, quel que soit notre lieu de résidence. Et pourtant, les réponses à cette invitation sont différenciées en fonction du

niveau social. Je me réjouis d'ailleurs que madame le Directeur de l'ARS vous ayez mis ce critère comme un des indicateurs de l'efficacité des soins et de la santé dans la région.

Je voudrais terminer par deux choses assez simples. Vous avez des indicateurs. Il en faut toujours pour savoir où l'on va. Mais ce n'est pas tout : il y a des indicateurs qualitatifs. Il faut penser à donner du lien social. En médecine, il y a le traitement, mais, plus important, il y a aussi la relation entre soignants et soignés. Il faut être attentif à cette relation, il faut que chacun soit attentif au patient. Ce qui est important c'est la considération que l'on porte aux autres. Souvent vos actions seront jugées par la considération que vous portez à ceux vers qui vous voulez agir.

Et puis, une sorte de paradoxe. Les difficultés sociales sont des déterminants de la santé, mais les difficultés de santé sont quelquefois des déterminants sociaux. Je l'ai vu de très près avec les malades de cancer qui ont des difficultés à accéder à deux éléments de la citoyenneté : trouver ou retrouver un travail et contracter un emprunt pour acquérir un bien. Il faut que nous soyons vigilants à ce que la précarité ne fasse pas tomber en maladie plus fréquemment, mais également que la maladie ne soit pas un facteur orientant vers une précarité sociale.

Je sais que le Conseil régional a une grande attention pour la santé, les soins, les aides sociales et je ne doute pas que cette journée sera des plus intéressantes. J'attendrai les conclusions que Mme ROUGY voudra bien me communiquer. Merci.

Jean-Pierre RIGAUX,
Directeur Régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

Madame la Vice-Présidente du Conseil régional, Monsieur le Président de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, Mme la Directrice régionale de l'Agence régionale de la santé, bonjour à toutes et à tous ceux qui sont ici et dont je reconnais très volontiers les visages.

Merci Mme la Vice-Présidente, de m'avoir invité à cette journée de réflexion consacrée à la prise en charge des questions sociales pour réduire les inégalités sociales de santé. C'est la quatrième fois que le Conseil régional organise cette journée et c'est la quatrième fois que je participe à ce type de réunion. C'est vrai que les trois premières fois, je l'ai fait en ma qualité de Directeur régional des affaires sanitaires et sociales ; je la fais cette année à la suite de la révision générale des politiques publiques et de la mise en œuvre des nouveaux services de l'Etat, au titre de Directeur Régional de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. En tout état de cause, quel que soit le paysage administratif que nous connaissons, le sujet est important et il me semble qu'il est essentiel que nous puissions y réfléchir ensemble. Vous l'avez dit Monsieur le Président de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, nous avons un pays plein de paradoxes. Notre pays dispose d'une couverture sanitaire des plus sophistiquée, les indicateurs de santé publique témoignent, qu'on le veuille ou non, d'une amélioration substantielle de la santé de nos concitoyens avec un allongement de l'espérance de vie, un recul de la mortalité infantile, qui sont des indicateurs, des marqueurs significatifs que l'on ne peut passer sous silence. Malgré cela, force est de constater qu'il y a des pans entiers de la population qui sont éloignés du système de santé, et donc il y a un paradoxe récurrent qu'il convient de surmonter. Par ailleurs, on peut constater que les progrès accomplis ne profitent pas toujours à la totalité de la population. On sait, ce sont des chiffres reconnus, qu'à 35 ans un ouvrier a une espérance de vie inférieure de 7 ans à celle d'un cadre, que l'espérance de vie varie selon que l'on est homme ou femme. Ces disparités peuvent également être régionales : différences entre un homme qui habite en Île de France qui a une espérance de vie 4 fois plus élevée qu'un homme résidant dans le Nord-Pas-de-Calais. Il y a donc des phénomènes d'inégalités qui se retrouvent partout dans notre société. Ce sont des phénomènes qui existent d'ailleurs dans la plupart des pays européens qui connaissant un développement identique au notre. Vous avez raison, M. Pujol, quand vous rappelez qu'il existe un lien étroit entre la position dans la hiérarchie sociale et la santé d'un individu. Je crois que nous devons dans notre région voir ce que nous pouvons faire pour améliorer la situation dans notre région qui connaît des indicateurs de précarité préoccupants. Une des craintes de la réforme des services de l'Etat était la séparation du sanitaire et du social, mais je pense aujourd'hui qu'il faut profiter de la création de l'ARS et de la DRJSCS pour renforcer la cohésion entre le sanitaire et le social. Vous le savez, je pense que Madame Aoustin le sait encore mieux que moi, l'ARS a vu son champ élargi à la prévention et à la médecine de ville. De notre côté, la DRJSCS a autorisé le rapprochement du social, de la politique de la ville et du secteur de la jeunesse, les activités sportives de nos concitoyens.

Je pense que, loin de scinder les affaires sanitaires et les affaires sociales, il convient de mieux mettre en synergie ces domaines d'intervention qui sont désormais élargis à d'autres secteurs qui ne faisaient pas partie du domaine d'intervention des affaires sanitaires et sociales.

A cet égard, je voudrais ce matin faire trois propositions d'une politique qui pourrait être conduite de manière un peu volontariste, entre nos différents services, et avec les collectivités territoriales si celles-ci se joignent à nous. Tout d'abord, dans le domaine de l'éducation pour la santé, plus particulièrement en direction des jeunes. Deuxièmement, en matière de prévention comportementale et nutritionnelle. Enfin, dans les quartiers défavorisés, notamment dans le cadre de la politique de la ville.

Tout d'abord il faut que nous arrivions à promouvoir davantage l'éducation pour la santé en particulier en direction des jeunes. Il faut utiliser toutes les opportunités de la présence des enfants, des adolescents, des adultes dans les activités consacrées à la jeunesse pour diffuser des messages de culture de santé. C'est un vecteur important qui, à mon avis, aurait avantage à être développé. A cet égard, je me sens interpellé puisque j'ai désormais la charge du grand secteur de l'éducation populaire, et il me semble que ce secteur doit pouvoir devenir un relais de prise de conscience du patrimoine santé. La pratique d'une bonne hygiène, d'activités physiques et sportives, l'éducation nutritionnelle sont des messages forts qui me semblent pouvoir être relayés par toutes les associations qui oeuvrent en faveur de la jeunesse, c'est bien sûr un message que l'on peut relayer et que l'Education nationale à la volonté de relayer également dans son secteur d'activité. Vous savez qu'il y a un projet de l'Education nationale de développer à titre expérimental un rythme scolaire basé sur les cours le matin et l'activité physique et sportive l'après-midi. Je pense, il faudra que l'on en parle avec les autorités de l'Education nationale et du rectorat, que ces activités sportives de l'après-midi peuvent être l'occasion de développer de la même manière des messages de santé publique en direction des jeunes.

Le deuxième effort que nous pourrions peut-être tous ensemble engager, c'est prendre à bras le corps quelques thèmes du programme d'action nutrition santé, et donc essayer de changer les comportements nutritionnels de nos concitoyens. Le baromètre Santé Nutrition auquel le Conseil Régional et l'Etat ont participé à la publication qui a été établie par l'ORS (Observatoire Régional de la Santé) en 2008 précisait clairement que les personnes aux revenus faibles sont les plus éloignés des recommandations de consommation des fruits et légumes. Cette même étude soulignait que la sédentarité était plus faible dans notre région qu'au niveau national. Je pense donc que c'est sur deux thèmes, qui sont relativement peu compliqués à mobiliser, qu'il nous faudrait passer du constat à l'action. C'est pour cela que je pense que si l'on arrive à extraire quelques priorités du programme Nutrition santé pour les rendre directement opérationnelles, notamment dans la lutte contre l'obésité, dans l'information, le conseil et le développement des pratiques sportives, nous pourrions faire avancer cette réflexion. En tout cas, avec cette nouvelle responsabilité de directeur de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, je peux vous assurer que nous ferons le maximum pour vous aider à travailler dans ce domaine à travers des messages de santé. J'ai un médecin conseil auprès

de moi, le Dr Olivier COSTE, qui est très mobilisé. Nous pouvons également faire passer ses messages à travers les activités physiques et sportives et de formation de la jeunesse.

Le troisième thème d'intervention, et je sais que l'Agence Régionale de la Santé, l'ARS, y travaille beaucoup, c'est mieux prendre en compte un certain nombre de zones prioritaires, comme les quartiers difficiles et défavorisés des politiques de la ville. On l'a vu récemment dans le cadre de la commission régionale de surveillance de l'ARS, il y a le projet de développer des contrats locaux de santé pour favoriser des conditions de prise en charge sanitaire meilleure dans ses quartiers défavorisés. Je sais que le projet de s'appuyer sur des expériences locales fait partie des priorités de l'ARS. Je peux vous dire que la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale que j'anime, par son intervention sur la politique de la ville, puisque je suis le Délégué Régional de l'Agence Régionale de la cohésion sociale et de l'égalité des chances, pourra vous aider dans un domaine très difficile, à améliorer la couverture sanitaire de ces quartiers difficiles. C'est une ambition. C'est un travail partenarial très difficile, mais je crois que si tout le monde se met à vouloir faire avancer son dossier, on pourra peut-être réussir cette ambition.

Voilà ces petites propositions d'action qui sont assurément insuffisantes mais qui pourraient peut-être nous permettre d'avancer collectivement dans un domaine qui touche au premier chef le capital santé des hommes et des femmes qui n'ont pas la chance d'accéder pleinement au dispositif de prévention et de soins. Je crois qu'il est de notre devoir de répondre à ces difficultés et je tiens à remercier le Conseil Régional de cette journée de réflexion qui va vous permettre d'avancer dans cette démarche difficile mais assurément citoyenne.

Merci.

Martine Aoustin,
Directrice de l'Agence Régionale de la Santé (ARS)

Bonjour à tous et mes remerciements vont bien entendu au Conseil Régional, à vous Madame la Vice-Présidente du Conseil Régional, pour avoir invité l'ARS et nous permettre effectivement de participer avec le Professeur PUJOL et Monsieur RIGAUX à cette manifestation. Je pense que, vous l'avez bien compris, nous avons pour objectif de conduire une dynamique, qui est une dynamique partenariale parce que c'est vrai que ces sujets sont des sujets complexes et que nous avons à unir nos forces sur l'ensemble de ces points. Ainsi que l'ont illustrés avant moi le Professeur PUJOL et Monsieur RIGAUX, c'est vrai que la réduction des inégalités sociales de santé fait l'objet actuellement de toutes nos attentions au plan national et, bien entendu Effectivement, les difficultés sociales rencontrées par nos concitoyens sont le chômage, la grande dépendance, la montée en charge de la précarité, ces éléments-là se creusent et nous avons petit à petit un gap entre certaines catégories de la population et d'autres catégories de la population. Les indicateurs et notamment les indicateurs de santé, les témoignages le confirment, les inégalités sociales en matière de mortalité, on vient de les évoquer, mais également les inégalités d'espérance de vie de qualité, c'est-à-dire qu'au-delà des sujets d'espérance de vie tout court, on a à tenir compte de l'espérance de vie dans une situation qui est une situation de confort même si ce confort est relatif. Il est clair qu'en fait l'incapacité, la dépendance, se creusent également, c'est-à-dire que certaines catégories de population au delà des problèmes d'espérance de vie terminent leur vie dans des conditions plus dégradées que d'autres.

Mais nous avons parallèlement à nous dire qu'en fait nous ne devons pas non plus cibler uniquement sur des catégories de populations et oublier l'ensemble de nos concitoyens et se dire que nous avons ces deux actions à mener de pair. Nous avons à tirer vers le haut et à continuer à tirer vers le haut l'ensemble des indicateurs de meilleure santé de l'ensemble de la population, et sans doute, d'effectuer parallèlement des focus pour tirer encore plus vers le haut une certaine catégorie de population. Mais vous voyez qu'en fait nous ne pouvons pas nous dire que nous allons cibler uniquement une catégorie de population, nous avons à poursuivre un travail qui est un travail d'ensemble. Il faut que nous soyons vigilants et que, parallèlement, cela nous ouvre à des actions encore plus larges, globalement différentes et plus difficiles à mener.

Face à ce constat, force est de constater, que la majorité des leviers d'action se situe en dehors du champ de la santé ou du moins du soin. La qualité de vie, la lutte contre l'environnement dégradé, passent par une approche qui combinent à la fois les questions de l'éducation, nous l'avons vu, de l'emploi, de la situation familiale, de la situation sociale, de l'insertion dans le réseau social, de l'habitat, mais également la prise en compte des nuisances, l'air, l'eau, bref... Tous ces éléments-là convergent vers des sujets qui sont effectivement la mise en place, la dégradation ou l'amélioration des grands indicateurs de santé. L'ARS ne peut intervenir directement sur la majorité des déterminants de santé, elle

ne le peut que par référence en dynamique, en organisation pour faire en sorte que nous ayons avec les autres politiques qui sont menées dans la région, les politiques publiques d'une manière générale, il faut que nous soyons dans un travail coordonné et partenarial. Nous avons, bien entendu, à avoir en ce sens une dynamique de coopération. Tout à l'heure ont été cités un certain nombre de sujets comme l'obésité, l'éducation ou l'alimentation et d'autres sujets comme les quartiers difficiles et j'évoquerai tout à l'heure le sujet des addictions.

Le rapport du Haut Conseil de la santé publique sur ce thème nous invite à sortir de la fatalité. Je vous inviterais également dans ces mêmes termes à nous engager tous dans une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé. Cette stratégie va prendre corps lors de la prochaine loi de santé publique qui est en cours de préparation. Pour préparer cette loi et fournir un éclairage, l'Igas (Inspection générale des affaires sociales) a été chargée d'élaborer un rapport afin de mieux cerner les inégalités qui touchent notamment les enfants dans la tranche d'âge de 0 à 9 ans, et susciter sur ce point une dynamique de long terme puisque nous savons qu'il faut également s'inscrire auprès de populations dans une dynamique qui leur permette de regarder l'avenir d'une manière différente. Et sur ce point, notre région a été choisie et une visite est en cours de préparation sur ce thème à Montpellier, qui devrait avoir lieu dans le courant du mois de décembre.

Au niveau régional, l'ARS élabore actuellement un diagnostic approfondi de la détermination de ces priorités stratégiques, priorités stratégiques que nous partageons largement avec les institutions qui sont auprès de nous, et dont certaines sont à la table, mais également que nous partageons avec l'ensemble des professionnels de santé, et d'une manière plus générale avec l'ensemble de nos concitoyens. Ces priorités stratégiques visent à élaborer le futur programme régional de santé. Sans anticiper sur les axes de ce plan, puisque aujourd'hui nous sommes dans une consultation la plus large possible, d'ores et déjà plusieurs constats régionaux font échos à ce qui vient de nous être dit et notamment à la question des inégalités sociales de santé. Je vais reprendre quelques-uns de ces points, que vous connaissez bien sûr, mais pour vous montrer combien nous sommes sensibles à ces éléments-là et combien nous les partageons avec vous et les institutions en charge de les traiter. Notre région, un constat bien connu, occupe la vingt-deuxième place pour le chômage. C'est la deuxième région pour la part des personnes qui relèvent de la CMU, CMUc, et le taux de pauvreté y est élevé puisqu'il est de l'ordre de 18,7% contre un taux national de 13,4%. Alors même d'ailleurs, que de façon paradoxale, trois de nos cinq départements se trouvent parmi les vingt départements français sur lesquels le revenu moyen des plus riches est le plus haut. Nous sommes donc, à cet égard et à bien d'autres égards, dans une situation et une région de contraste, mot qui a été évoqué tout à l'heure par M. Rigaux. Autre constat, le positionnement en retrait de la région sur la politique du dépistage. Monsieur le professeur Pujol l'a évoqué tout à l'heure à travers le cancer du sein, mais c'est vrai pour tous les cancers, y compris le cancer colorectal ainsi que pour la prévention et notamment les sujets de vaccination ce qui nous interpellent sur des problèmes sociaux mais aussi culturels sur lesquels nous avons sans doute à réfléchir en se posant la question du pourquoi dans cette région. Un recours aux

IVG qui place la région au troisième rang national. Une prévalence élevée des pathologies à forts déterminants sociaux. Je reviens sur le sujet des addictions, tabac, alcool, drogues, mais aussi obésité. Lors des consultations que nous organisons, notamment dans le cadre de la CRSA, les questions portant sur la précarité et notamment l'accessibilité financière, je pense au médicosocial et aux problèmes que rencontrent certaines structures pour permettre l'accès aux gens les plus défavorisés. La soutenabilité des ménages aux dépenses de santé est fréquemment évoquée avec un corollaire, qui est le renoncement aux soins ou le renoncement à l'hébergement et le renoncement au placement ou à l'accès d'une manière générale aux soins et à la santé. L'ARS a réalisé une enquête auprès des 1545 maires de la région et elle confirme la forte préoccupation des élus sur ces questions de santé. Ce diagnostic nous a ouvert quelques pistes de travail et nous pouvons nous appuyer sur un certain nombre d'acquis du PRSP, du Praps de deuxième génération, et sur le deuxième plan régional santé environnement en cours d'élaboration. Nous devons également approfondir notre réflexion et faire le lien entre les inégalités sociales et les inégalités territoriales de santé, et cela pour améliorer le repérage des différents problématiques et aborder à l'échelle du territoire, la priorisation de nos actions et faire en sorte que nous ayons dans ce travail que nous avons à faire notamment sur les territoires de santé, de réfléchir à des territoires d'action, on évoquait tout à l'heure le sujet des contrats santé ville, et nous aurons à réfléchir sur le territoire qui est le territoire le plus adapté à l'action. Pour ce faire, j'ai donc chargé un groupe projet de mener une analyse sur les territoires pour repérer les thématiques et les actions prioritaires ou à améliorer et pour agir concrètement au plan local, territorial, avec des actions qui soient au plus prêt du terrain. Ces actions sur le terrain ne seront efficaces que pour autant nous soyons en capacité de coordonner nos projets entre institutionnels, professionnels, usagers et l'ensemble de nos concitoyens, autour d'instruments de contractualisation (j'ai évoqué tout à l'heure les contrats locaux de santé, mais il existe également les Contrats Urbain de Cohésion Sociale, les CUCS), de les inscrire dans la durée, de les mutualiser, de faire émerger nos priorités, de trouver moyen de souder nos énergies, et, le nerf de la guerre, de faire en sorte de converger nos financements parce que rien ne serait pire que de saupoudrer des financements qui quelque part ne permettraient pas l'action. Autant de partenaires, les Conseils Régionaux, les Conseils Généraux, les Communautés de Commune et d'Agglomération, les services de l'Etat, les services de l'Assurance Maladie, j'en oublie sans nul doute, l'ensemble des professionnels et les usagers, autant de partenaires qui doivent nous aider et qui pour certains d'entre eux composent les deux commissions de coordination des politiques publiques en prévention et médicosocial, qui ont été créés par la loi HPST, et que j'ai installé avec mes collaborateurs en septembre dernier, et nous allons nous employer à faire en sorte qu'elles constituent un véritable espace de partenariat et de convergence si vous le voulez bien de nos politiques communes.

Et je conclus avec cette offre, mais je suis sûre qu'elle aura écho auprès de vous, en vous remerciant de l'organisation de cette journée qui j'espère contribuera à la dynamique que je viens de souhaiter.

Mme MARTINEZ,
Vice-Présidente du Conseil Régional

Madame la Directrice de l'ARS, Monsieur le Directeur Régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, Monsieur le Professeur PUJOL, mesdames et messieurs, c'est un plaisir de démarrer cette journée et je voudrais vous remercier de votre présence en nombre et en qualité qui montre tout l'intérêt que nous portons au problème des inégalités sociales de santé.

Les inégalités sociales de santé sont le premier déterminant de santé. Malgré tous les progrès, toutes les études convergent pour établir que les personnes les plus vulnérables socialement sont aussi celles qui cumulent le plus de risques d'altération pour leur santé au cours de leur existence. Il existe une corrélation statistique entre la position sociale d'un individu dans la hiérarchie des positions sociales et les inégalités de santé. Cette hiérarchie construit ce qu'on appelle le gradient social de santé. En France, selon les chiffres de la mortalité publiés par l'INSEE en 1990, l'espérance de vie à 35 ans d'un homme ouvrier est inférieure de 7 ans à celle d'un cadre. Dans notre région, 47% des décès avant 65 ans concernent des personnes bénéficiant des minima sociaux. Cette corrélation peut être considérée comme objective : le fait d'occuper un emploi défavorisé ou d'être au chômage, d'être exposé à des matières dangereuses ou des conditions de travail pénibles, d'être mal logé, de vivre dans un environnement bruyant, de disposer de peu de connaissances, d'avoir de faibles ressources pour satisfaire ses besoins. Cette corrélation est également subjective et conduit à une intériorisation de ces inégalités et à des comportements délétères pour la santé. Ainsi les cadres seront plus sensibles aux campagnes de sensibilisation sur le tabac, la nutrition que les ouvriers. Les chômeurs fumeront plus que les ouvriers qui seront deux fois plus à fumer que les cadres. Une dernière étude vient d'ailleurs de montrer une augmentation du tabagisme chez les chômeurs. Plus une population est en situation de précarité, plus son recours aux soins sera tarif, moins elle aura recours au dépistage. Dans l'étude sur la santé des jeunes, réalisée par l'ORS à la demande du Conseil Régional en 2008, les jeunes étaient d'autant plus en bonne santé qu'ils appartenaient à des couches sociales favorisées. Les jeunes en moins bonne santé qui représentaient 14% de l'échantillon étaient en situation de précarité, sans qualification, sans contact avec leur famille, la moitié avait fait une tentative de suicide. La question de la réduction des inégalités sociales de santé est donc complexe car elle interfère des données subjectives et objectives. Faire reposer cette réduction des inégalités sur l'adoption de comportements favorables à la santé c'est rendre l'individu responsable de cette situation alors qu'en l'absence de politique corrective on assiste à une reproduction des situations sociales. Baser une politique de réduction de ces inégalités sur le seul recours au soin c'est méconnaître le poids des déterminants sociaux où le soin apparaît comme le plus faible des paramètres en comparaison du niveau de revenu, de qualification et d'emploi occupé. Conduire une politique de réduction des inégalités sociales, c'est conduire une politique de justice sociale qui permette aux individus de devenir acteur de la vie.

Quelle est la place du Conseil Régional dans ces actions ? Le Conseil Régional est une collectivité territoriale dont les compétences sont définies par la loi et qui dispose d'un budget d'un peu plus d'un milliard d'euros pour une population de deux millions cinq cent mille habitants. Le Conseil Régional ne peut plus intervenir sur la redistribution des revenus au travers de l'impôt depuis 2010 puisqu'il ne dispose plus de la taxe d'habitation, de la taxe foncière et de la taxe professionnelle, ni de la possibilité d'assujettir plus ou moins fortement les entreprises ou les propriétaires. Le Conseil Régional est intervenu dans un programme Santé des jeunes afin de leur permettre de développer leurs compétences psychosociales et leur estime de soi. Là, je voudrais remercier Madame ROUGY pour son investissement et son volontarisme. Elle est le moteur essentiel à l'engagement de notre institution dans ce programme.

Le Conseil Régional intervient aussi dans le financement des logements sociaux, dans le développement de la formation, dans la lutte contre le chômage qui, vous l'avez vu, sont des déterminants majeurs de ces inégalités. Monsieur le Professeur PUJOL, vous avez souligné l'importance de l'habitat insalubre, qui est effectivement un problème central. Je le vois au travers de mon action municipale, c'est un souci permanent, ce sont des problèmes à résoudre et c'est une problématique de santé majeure.
Merci.

Question 1 :

B. ROUGY : Merci pour vos interventions. J'aimerais poser une question qui touche à l'interférence entre nos données sociales et nos données sanitaires et qui conduit à une mauvaise connaissance de ce fameux gradient social de santé en région. Il existe quelques études, comme le diagnostic ORS, dans lequel on a fait valoir ce double paramètre, mais bien souvent on a des données sociales d'un côté, des données sanitaires de l'autre, sans croiser ces paramètres. Nous sommes de fait en difficulté d'agir puisque l'on manque de données. Ne serait-il pas possible de les croiser davantage ? Nous avons, par exemple, un registre des cancers dans l'Hérault, mais il ne possède pas de données sur les catégories socioprofessionnelles. Pourquoi ne pas les prendre en compte pour ainsi pouvoir agir ? On sait, par exemple, que les ouvriers développent plus de cancers des voies aérodigestives supérieures : ce double indicateur permet d'agir en ciblant thème et population.

M. Aoustin : Bien-sûr que ce serait assez fondamental de développer cela. Nous manquons d'étude portant sur ce lien. Vous avez cité le rapport sur les cancers, mais nous avons ici une personne beaucoup plus compétente que moi et je laisserai monsieur Pujol répondre sur ce point. En même temps, il faut savoir que nous sommes dans un pays qui a une loi informatique et liberté, soutenue par la CNIL. La commission est particulièrement attentive au croisement de fichiers. Dans les anciennes fonctions, nous avons fait la preuve qu'il y avait des différences de durée moyenne de séjour et, sans doute, des différences dans le poids de la prise en charge hospitalière chez des personnes qui étaient en difficulté sociale. On nous a demandé de faire en sorte de combler ces financements dans le cadre de la forfaitisation, c'est-à-dire d'apporter des financements complémentaires aux hôpitaux qui recevaient un taux important de gens qui impactaient sur la dépense puisqu'elles ont un recours aux soins plus tardif dans des conditions polypathologiques plus importantes. Bien entendu, nous avons été en grande difficulté pour le faire car nous serions arrivés dans des éléments trop fins de repérage. Nous avons fini par contourner la situation en prenant des indicateurs globaux de repérage qui sont le taux de patients bénéficiant de la CMU ou de la CMUc. Nous avons ainsi versé sur un indicateur car nous n'avons pas pu faire le lien direct. Quand bien même nous aurions pu le faire, il resterait à dépasser la question du comment restituer ces données sans stigmatiser, stigmatisation à laquelle nous sommes tous opposés.

M. Rigaux : Mme Aoustin a rappelé tout à l'heure que, dans le cadre de la révision de la loi de programmation de la santé publique, une visite de l'Igas est prévue en Languedoc-Roussillon qui met l'accent sur la nécessité d'améliorer la santé chez les enfants de 0 à 9 ans. Les données chiffrées sur ces problématiques de santé existent. La Caisse d'allocation familiale peut nous sortir les données sur les enfants de moins de 9 ans qui vivent dans les foyers très précaires ; à côté la Caisse Primaire de l'Assurance Maladie a la possibilité de sortir les dépenses de santé des enfants de moins de 9 ans qui ont eu des soins au cours des 6 derniers mois. Mais il y a une difficulté juridique pour croiser ces données qui nous permettrait d'avoir une vision très fine des problématiques sanitaires et sociales des enfants de moins de 9 ans, en région, dans tel canton, dans tel quartier, etc. On fait donc pour le mieux mais nous sommes face à une difficulté technico juridique avec laquelle il faut composer.

Pr Pujol : J'ai reconnu le pragmatisme de Mme Rougy de vouloir croiser des données pour en tirer ou des conclusions ou des pistes de travail. En ce qui concerne le registre des tumeurs, le critère discriminant le plus important est celui du canton. On peut avoir les chiffres par canton. Sauf à dire que dans tel canton on a davantage de priorités, mais tout en restant dans un rapport assez indirect. Pour avoir des données plus précises, individuelles, il doit y avoir des croisements que la CNIL

autoriserait. Le vrai problème que vous posez c'est : est-ce que ce retard à l'entrée dans les soins et en prévention a-t-il, oui ou non, une influence sur la morbidité et la mortalité ? On a pensé, dans un contexte européen, que c'était une des raisons pour lesquelles la France a de meilleurs résultats en matière de traitement du cancer du poumon, et le retard à l'accès aux soins induit par le système de soins en Angleterre qui peut pénaliser jusqu'à trois mois. Or, trois mois de retard dans le début d'une prise en charge est important pour un cancer du poumon. Ça l'est moins pour un diabète ou une hypertension. Il faudrait une analyse plus fine, et personnellement, je me réjouis que l'ARS ait mis le dépistage du cancer colorectal dans ses objectifs régionaux. Parce que je pense qu'il serait intéressant de mener des études plus fines pour identifier quels sont les déterminants du refus de dépistage en fonction de la précarisation sociale, et aller plus loin pour savoir en cas de cancer colorectal si la précarité, la difficulté sociale ont un rôle sur les résultats. C'est possible, et je crois que, petit à petit, on va y arriver.

M. Aoustin ; Juste un point complémentaire car je ne voudrais pas que vous pensiez que, dans mon esprit, la CNIL est un empêchement de tourner en rond. Ce n'est pas du tout le cas. Imaginez, en effet, que l'on puisse le faire. Qui d'autre s'intéresserait à ces mêmes données ? A quels autres acteurs, qui ne sont pas forcément nos partenaires, je pense aux assurances. Cela ouvrirait à d'autres utilisations. Sous quelle forme, sous quelle condition, la CNIL qui aurait permis aux uns de le faire ne le permettrait-elle pas aux autres ? Dans ce cas là, il y a tout un tas d'arsenal juridique, la CADA, etc., qui fait que, nous sommes dans un pays de démocratie, et c'est bien comme ça, nous sommes également dans un pays qui développe de plus en plus de transparence, et c'est également bien comme ça. Tout le monde peut accéder à un grand nombre d'études mais il faut, malgré tout, un gardien du temple pour que certaines populations ne soient pas stigmatisées dans l'ensemble de leur vie. Même animé de bonnes intentions, il faut rester vigilant. J'ai traité du sujet PMSI pendant des années, et vous savez que nous n'aurons jamais de données nominatives. Et, encore une fois, c'est bien comme ça.

Question 2 :

C. OUSTRIERE, Directrice du Comité Départemental d'Education pour la Santé des Pyrénées-Orientales :

J'aurais deux questions à poser à Madame Aoustin. Vous avez évoqué la constitution par l'ARS d'un groupe de travail chargé d'identifier les inégalités sociales de santé sur les territoires. Je voudrais tout d'abord savoir si les territoires choisis sont connus à ce jour. Je voudrais savoir également s'il est possible de connaître la composition de ce groupe de travail. Deuxième question, et les acteurs de terrain que nous sommes le crions haut et fort depuis des années, concerne la convergence des financements dont vous avez parlé. Vous avez évoqué les outils de contractualisation que sont les CUCS, destinés à financer des actions spécifiques sur les territoires des zones sensibles, et les contrats locaux de santé, annoncés par la loi HPST. Je voudrais souligner que dans les Pyrénées-Orientales, dans le cadre de la politique de la ville, le préfet du département a fléchi la moitié du budget de l'Etat, soit aux alentours de 360 000 euros, sur le contrat local de sécurité. Les financements échappent ainsi au CUCS ce qui signifie que les financements destinés aux populations démunies vont diminuer. Il y aura mois d'action dans les quartiers prioritaires de la ville de Perpignan. Je voulais savoir si des instances comme la vôtre peuvent agir sur des décisions de ce type.

M. Aoustin : Je pense que le second point est une remarque car chacun a ses responsabilités et agit en fonction. Je prends donc ce point comme une remarque. Sur la première, qui me concerne car elle concerne mes responsabilités et celles de l'ARS, effectivement, nous allons mettre en place ce groupe de travail. Lorsque j'évoquais les territoires, je voulais revenir sur un sujet qui a été débattu, avec les institutionnels mais aussi avec l'ensemble des personnes qui participent aux commissions, et

notamment les membres de la CRSA, qui est la constitution de territoires de santé. Ce que nous avons également à réfléchir en termes de territoire. Cela veut dire quoi un territoire de santé ? C'est effectivement un endroit où se situe la concertation, c'est un endroit où nous positionnons les réflexions. Mais en même temps en matière d'action, un territoire de santé, vous savez que dans notre région la notion de territoire de santé a été proposée comme celle du département. Mais un département en termes d'actions, il faut qu'on descende beaucoup plus finement pour se dire que, finalement, c'est à cet endroit là que doit être menée l'action. Nous avons à mener des actions très ponctuelles. Nous avons évoqué tout à l'heure, Madame, les quartiers. Nous sommes loin alors de la notion de territoire de santé. Et pourtant c'est une action qui a trait à la santé. Il y a donc, en fonction des actions à mener, des territoires à privilégier qui ne sont sans nul doute pas de même nature. Pour aller du petit, le quartier, vers le plus grand : nous avons en permanence des soins en ambulatoire, des territoires qui sont, bien entendu, infra départementaux tout en étant plus grand que le quartier. Si l'on va encore plus loin, nous avons au niveau d'un certain nombre de centres hospitaliers un territoire d'achalandise qui est plus grand. Et si l'on va au niveau des CHU, le territoire est inter régional. Et sur un certain nombre de champs, nous sommes au niveau national, voire international. Vous voyez que la notion de territoire n'a de sens, me semble-t-il, que si on lui donne un objectif. Le territoire de la concertation a été déterminé en Languedoc-Roussillon d'une manière globale, consensuelle, comme étant celle du département parce que, dans un certain nombre de cas, les institutions qui décident sont à cet endroit. Le département était de plus un découpage satisfaisant. Mais inversement lorsque l'on parle d'action, alors il faut cibler ces actions et faire des territoires qui soient fonction, non pas de la notion de territoire, mais de celle de l'action et de là où elle doit être portée.

M. MARTINEZ : vous évoquiez les contraintes liées aux financements des actions nécessaires. Il y a certes les financements qui proviennent directement de l'Etat, mais il ne faut pas oublier ceux des territoires. Il faut que les acteurs de ces territoires prennent à bras le corps la problématique de la réduction des inégalités sociales de santé. C'est la Région, les Départements, les Communautés de Commune mais aussi les villes. Je crois que la réduction des inégalités sociales de santé va devenir une action nécessaire, peut être pas une compétence propre, mais une action nécessaire de ces collectivités territoriales. Autant dans les territoires ruraux, les communes se sont saisies depuis longtemps d'un intérêt pour l'organisation des questions de santé, autant dans les villes, c'était quelque chose qui ne parlait pas aux responsables locaux parce que cela se résumait à la densité médicale. Il faut sortir de cette notion de densité médicale, et il faut passer à la qualité et à l'organisation. Là, nous avons tous un rôle d'interpellation vis-à-vis des acteurs locaux.

C. DELSOL, acteur de prévention, Art'Scene :

En tant qu'acteur de terrain, je ne peux que saluer la convergence des acteurs pour arriver à travailler ensemble. En revanche, ce qui m'interroge c'est la définition même du mot prévention. J'ai l'impression qu'on met tout là-dedans, la prévention. De temps en temps, j'entends prévention comme un diagnostic, de temps en temps, j'entends prévention comme un repérage, dépistage, j'ai même entendu soi (on a dit « la prévention est un soin comme les autres »), moi j'aimerais bien qu'à un certain moment, on se clarifie là-dessus. Ça pose des questionnements pour nous, acteurs de terrain, à tel point que l'on finit par avoir l'impression qu'il n'y a jamais eu autant d'études sur les populations en question, et en même temps, regretter que ces financements n'aillent pas dans l'action. Pour conclure, je reprends Claude Nougaro qui disait « je suis un intellec-truelle ». A un certain moment, comment faire en sorte que l'argent, les financements, viennent réellement aux populations qui sont ciblées.

Pr PUJOL : je pourrais vous dire que l'OMS n'a pas facilité les choses en multipliant les définitions de la prévention. Il y a ce qu'elle appelle la prévention primaire qui consiste à soustraire une population à un facteur de risque : le tabac, la précarité, le suicide... L'OMS appelle prévention secondaire le dépistage. Ce qui entraîne une confusion. Quelques fois, on dit « Madame Durand faisait une mammographie ; elle a eu un cancer du sein malgré tout. » Bien sûr qu'elle a fait sa mammographie qui sert à poser un diagnostic. Ce qui complique un peu les choses, vous avez raison, c'est que l'OMS appelle prévention tertiaire le fait de donner des soins à une personne et qui s'en sorte sans séquelle. Je donne un traitement et je fais en sorte que la personne soignée ait le moins de séquelle possible, médicales ou sociales, au traitement. C'est un facteur de confusion. Mais il faut tout de même garder le nom d'usage, prévention étant communément employé pour prévention primaire : j'évite le risque, je réduis le risque. Quelquefois, certains y incluent le dépistage, ce n'est pas très grave... D'autant plus que le dépistage de certains cancers comme le cancer colorectal, en prévenant les polypes, permet de prévenir des cancers. Il me semble y avoir une solution en matière grammaticale si l'on veut parler de prévention en matière de cancer du sein ou du colon.

Inégalités de santé et déterminants sociaux : retour sur les concepts

Antonia DANDE, chargée de projet à l'Instance Régionale de promotion et d'éducation pour la santé

Béatrice ROUGY, directrice de la santé du Conseil Régional

Je m'excuse tout d'abord, car je voudrais que l'on rattrape notre retard, et je vais énormément raccourcir ce que nous avions prévu de dire avec Béatrice. Je tiens à rappeler que notre objectif est avant tout pédagogique. Cela fait maintenant plusieurs années que l'IREPS, l'ancien CRES, avec les CODES de l'Aude, Du Gard, De la Lozère et des Pyrénées-Orientales accompagnent le Conseil Régional dans ce programme Santé des Jeunes de 15 à 25 ans. Cette journée consacrée à la réduction des inégalités sociales de santé est importante pour nous, d'autant plus que ce thème est en phase complète avec la dynamique de la promotion de la santé et reste notre cœur de métier. Notre souhait est de partager au maximum nos réflexions avec vous, en profitant du temps offert par cette journée. Nous le ferons également lors de nos autres moments d'accompagnement, et notamment en diffusant ce powerpoint, ainsi que les actes du colloque qui seront disponibles sur le site Internet de l'Ireps début 2011 (<http://www.irepslr.org>). Notre idée était donc de replacer ce que c'est que les inégalités sociales de santé. Exactement avec la même idée que l'intervention de Claude DELSOL, nous voulions savoir ce qui était caché derrière le mot inégalités sociales de santé. Nous voulions rappeler ce qui se dit sur les inégalités sociales de santé, notamment ce qui s'est dit lors des journées précédentes et confronter les définitions. Nous souhaitons ensuite aborder quelques modèles, car il ne suffit pas de faire des études et de repérer des déterminants, on va voir que la façon dont on interprète les interrelations entre ces différents déterminants et les questions de santé, sont des sujets éminemment politiques, dont nous vous présenterons quelques interprétations proposées par des chercheurs. Et enfin, un troisième temps sur le comment agir, parce que c'est pour ça qu'on est là : derrière les politiques, nous acteurs de terrain, comment peut-on œuvrer dans une approche de réduction des inégalités sociales de santé ?

Pour ce qui relève du concept d'inégalités sociales de santé, je souhaite commencer par un bref rappel historique. Les écarts de mortalité entre population sont connus depuis longtemps. Néanmoins, l'utilisation du terme inégalités sociales de santé reste relativement récente en France. Dès l'époque de JJ ROUSSEAU, on voit que mourir jeune apparaît comme la conséquence d'un mode de vie inadapté. « Nos maux sont notre propre ouvrage », c'est donc un peu de notre faute si nous avons un souci de santé, c'est parce que nous n'avons pas suivi les préceptes de la nature. Jean-Baptiste MOHEAU, dont on nous a également parlé lors d'une précédente journée, démographe, avait une approche plus moraliste de la santé et il considérait que la misère qui était subie par les ouvriers

dont il parlait était du fait de leurs comportements de débauche « citation ». Il faut donc bien avoir conscience que l'on part de là. Pendant ce temps, en Grande Bretagne, par exemple, la notion d'inégalité sociale de santé a été appropriée beaucoup plus par les politiques et par les acteurs de terrain car dès 1980, la sortie du rapport Black a suscité des tas de controverses politiques. Du coup, ce concept a vraiment été discuté, diffusé et partagé. On sait également que l'Organisation mondiale de la santé avait inscrit un objectif de réduction des inégalités sociales de santé de 20% dans son programme « Santé pour tous en l'an 2000 ».

Les études qui suivent nous montrent où on en est actuellement... Je ne vais pas les décrire toutes, mais seulement quelques exemples représentatifs des catégories de différences observables. Il faut savoir qu'en France, nous sommes très en retard dans l'appropriation de ce concept, même si l'idée est actuellement à la mode.

Avant de définir mieux le concept en décrivant différents déterminants, nous voulions rappeler avec Béatrice, le fait que le plus souvent les paramètres d'évaluation utilisés pour mesurer les déterminants sociaux sont :

- la catégorie socio professionnelle, c'est-à-dire la position hiérarchique d'une profession par rapport à une autre ;
- le revenu, ce qui explique pourquoi, à la tribune de ce matin, les intervenants ont évoqué la répartition des richesses via les impôts ;
- le niveau de diplôme.

Une première diapositive pour mieux cerner les déterminants de santé et en quoi on touche des facteurs complexes.

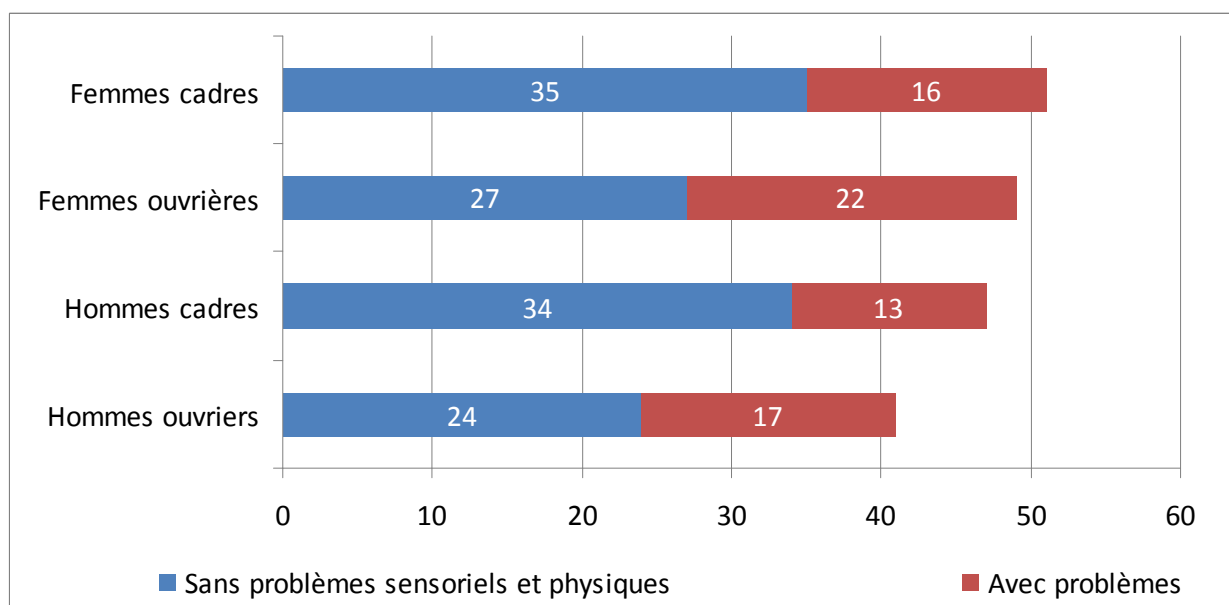
	État souv.	Moyenne	Hommes	Femmes
1	Andorre	83,5	80,6	86,2
2	Japon	82,0	78,7	85,6
5	Suède	80,6	78,4	83,0
8	France	80,6	77,4	83,6
183	Afrique du Sud	42.5	43.2	41.7
191	Swaziland	32.2	31.8	32.6

Estimation 2007, CIA

Le graphique compare l'espérance de vie en France à celle d'autres pays. On voit que notre espérance de vie est de 80,6 ans en France, qu'elle est de 32,6 ans au Swaziland, et Martin HIRSCH dans son rapport de 2006 cité dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire

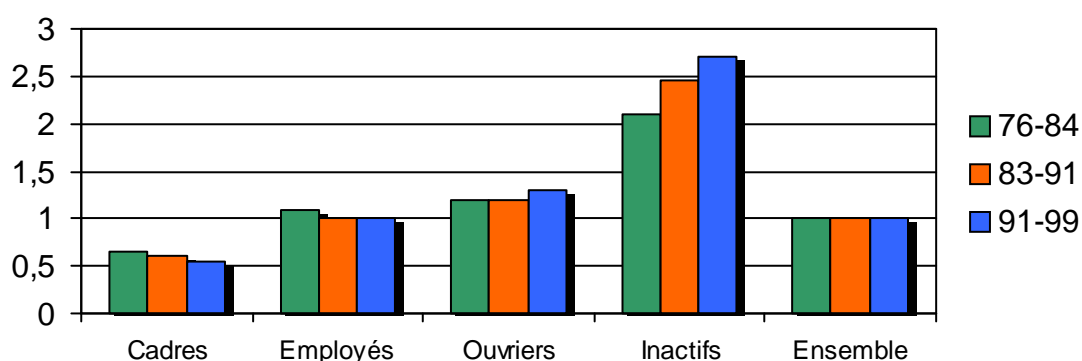
rappelle que l'espérance de vie des plus pauvres en France était de 34 ans, soit la même espérance de vie qu'au Sierra Léone.

Le deuxième graphe montre les écarts entre hommes et femmes, en fonction des catégories socio professionnelles.



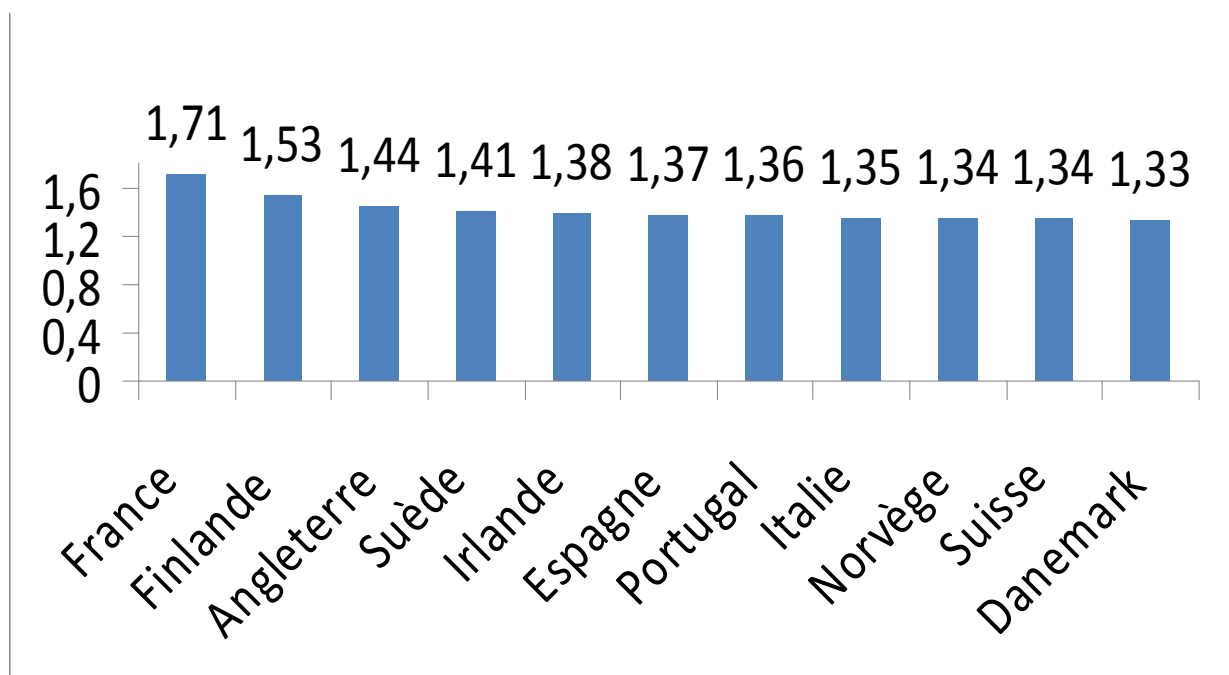
Les inégalités d'espérance de vie à 35 ans sont de 7 ans entre cadres et ouvriers, et l'on retrouve également cette inégalité entre les hommes et les femmes. Il faut faire particulièrement attention aux histogrammes bleus qui indiquent l'espérance de vie sans problème sensoriel et physique. On rejoint là, l'intervention de Madame Aoustin, qui parlait d'une espérance de vie avec une bonne qualité de vie. On voit qu'il y a également des écarts entre cadres et ouvriers sur cette espérance de vie en bonne santé.

La mortalité évitable avant 65 ans est très clairement différente et augmente régulièrement en fonction des catégories socio professionnelles.



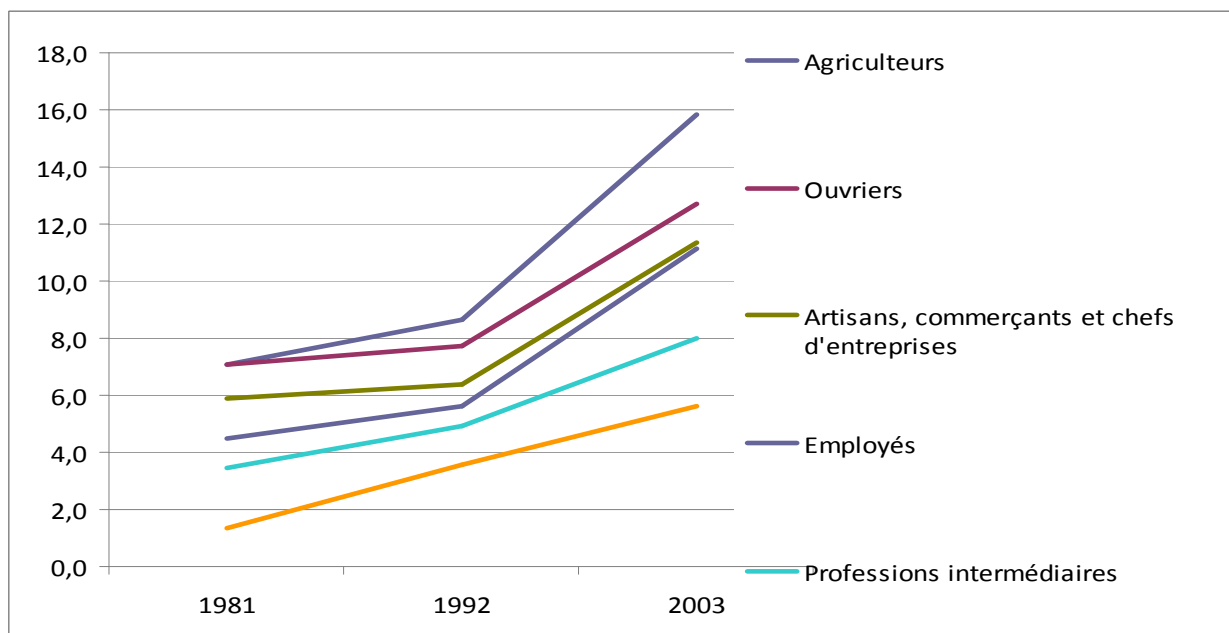
Si l'on regarde l'évolution de cet écart dans le temps (comparaison des histogrammes oranges d'un côté, bleus de l'autre), on constate là encore une augmentation, un creusement de cette inégalité sociale entre les plus démunis et les plus favorisés.

Le rapport de mortalité entre manuels et non manuels permet de mettre en évidence le fait que la France est assez mal située par rapport aux autres pays européens.



L'indice du rapport entre les deux est de 1,71 en France. C'est l'indice le plus élevé de tous les pays voisins, ce qui signifie que c'est chez nous qu'il y a la plus forte inégalité au niveau de la mortalité entre les personnes manuelles et les personnes non manuelles, et ce, malgré la performance reconnue de notre système de santé.

La prévalence de l'obésité selon la catégorie socio professionnelle est une étude conduite par l'ORS Alsace et qui nous avait été présentée par Hervé POLESI il y a deux ans.



Les courbes montrent une inégalité qui est fonction de la catégorie professionnelle : une faible prévalence de l'obésité chez les cadres, mais une prévalence qui augmente chez les employés, puis chez les ouvriers et les agriculteurs. Ce qu'il faut noter enfin, c'est ce pic de 1992, à partir duquel les écarts entre cadres et non cadres se creusent davantage. Je n'ai pas l'explication de ce brusque infléchissement de la prévalence, mais cela permet une fois de plus de constater le creusement des inégalités.

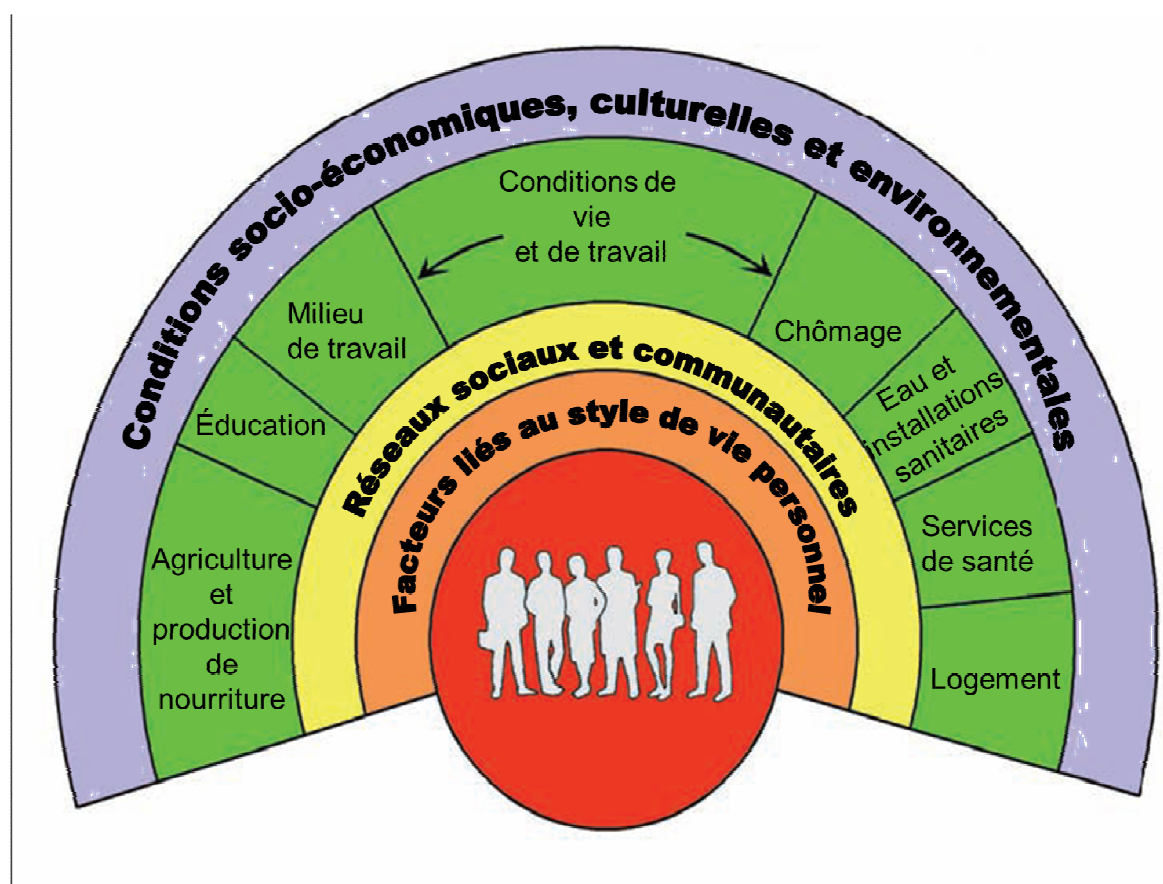
On aimerait réfléchir au cours de cette journée sur l'articulation entre précarité, exclusion et inégalités sociales de santé. La réduction des inégalités sociales de santé, nous l'avons dit, est un sujet politique. Nous devons apprendre à nous situer par rapport à nos idées politiques, par rapport aux valeurs éthiques que l'on souhaite défendre. Quand on parle d'inégalités sociales de santé, on parle d'inégalité et donc, l'on évoque une différence entre des groupes de population. A partir du moment où l'on considère que cette différence n'est pas acceptable, on pourrait parler d'inéquité. Il y a là, une notion d'injustice. Nous évoquerons plus loin la notion d'injustice sociale. On parle d'une distribution inégale et injuste des déterminants sociaux de la santé. Injuste parce qu'il n'y a pas de raison que notre accès à une bonne santé soit conditionné à notre naissance dans telle ou telle catégorie de population. L'ensemble de ces déterminants conjugués, leur cumul est le gradient social de santé. La prise en compte de ce gradient social de santé détermine en partie nos façons d'agir qui devront tenir compte des écarts possibles entre catégories socioprofessionnelles et ce quel que soit le facteur étudié. Nous avons retenu deux définitions de ce gradient. DEF 1 DEF 2. Ce principe du cumul des inégalités sociales sur la santé est validé par la littérature. On voit que, globalement, plus la condition socioéconomique est basse, moins la santé est bonne. Plusieurs caractéristiques sont à retenir du gradient social de santé : tout d'abord, les inégalités sociales de santé touchent les catégories sociales les plus défavorisées. Il y a ensuite cumul des difficultés. Et il y a une évolution régulière, un gradient, au sein de toutes les couches de la population. La question est de savoir s'il faut prioriser uniquement les populations les plus défavorisées, en grande exclusion. On réduira alors les écarts, en augmentant l'espérance de vie de ces

populations, sans augmenter celle des mieux lotis. Il est aussi possible de vouloir agir sur l'ensemble de la population, en argumentant que les différences sont graduelles et touchent tout le monde. L'écart entre les extrêmes ne sera pas nécessairement réduit, mais l'espérance de vie de l'ensemble de la population est susceptible de s'améliorer. Ce n'est pas du tout la même philosophie. Il est important que nos actions s'inscrivent consciemment dans l'une ou l'autre de ces approches, que l'on se questionne sur la pertinence de ces approches, sur leur complémentarité éventuelle. Ces questions sont d'autant plus importantes que l'on parle de convergence des financements et que les choix à venir devront être justifiés et légitimés.

Les modèles. Je voulais d'abord revenir sur le paradoxe français qui est que l'on a des déterminants sociaux péjoratifs sur les questions de santé. Pourtant, nous restons en retard dans la prise en compte et l'action sur ces déterminants. La loi de santé publique avait ciblé deux objectifs uniquement sur les 100 sur la précarité et les inégalités de santé. Le premier était de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins. Le deuxième était d'augmenter l'espérance de vie des populations en situation de précarité. Ce n'était donc pas une approche des inégalités, mais une approche liée à l'exclusion.

Enfin, je trouve que ce concept des inégalités sociales de santé est à la mode, bien que je ne sache pas tout à fait ce qui est mis derrière et que je trouve parfois difficile de le mettre en pratique. J'ai personnellement, développé ma pratique en m'appuyant sur le concept de promotion de la santé. J'espère avoir connaître et avoir a peut prêt compris cette approche, je pense aussi avoir fait le lien entre ces pratiques et mes valeurs, mon éthique, mon engagement personnel. Mais ce nouveau concept de réduction des inégalités sociales de santé me semble perturbant, me conduit à me questionner à nouveau sur ma pratique et les principes qui la guide. Je ne prétends pas faire une analyse fine du vocabulaire et des concepts actuels, mais je voudrais partager avec vous quelques observations sur l'évolution des discours. On parlait avant de développement social. I y avait donc une perspective d'améliorer et de développer les questions sociales. Aujourd'hui, on parle uniquement de cohésion sociale. Il me semble que ce n'est pas du tout la même chose, ce n'est pas le même engagement politique. On parlait, notamment en éducation pour la santé, d'autonomie des personnes. Aujourd'hui, il est de plus en plus difficile de faire appel à ce terme qui avait une connotation positive, visait à rendre les individus acteurs de leur santé, mais qui aujourd'hui renvoie à la notion de responsabilisation, voire de culpabilité. Enfin, on parlait de lutte contre les discriminations, c'est-à-dire que l'on abordait les questions sociales sous la forme d'une inégalité de traitement. On parle aujourd'hui d'égalité des chances, je ne sais pas où sont passés les droits de l'individu... Tout se passe comme s'il suffisait de mettre à disposition de tous des services publiques telle que l'Education nationale ou la santé pour que chacun puisse s'en saisir à l'identique. On remet donc en cause la capacité de chaque individu de se saisir des opportunités de son environnement (ce sont les chances que l'Etat lui offre), mais on ne questionne pas, on ne remet pas en question, comment ces opportunités sont mises à disposition de tous. Ces trois exemples montrent que l'on touche des enjeux politiques majeurs. C'est un sujet complexe et multifactoriel.

Je vous présente maintenant le modèle de Margaret Whitehead qui explicite le lien entre la santé et tous les déterminants.

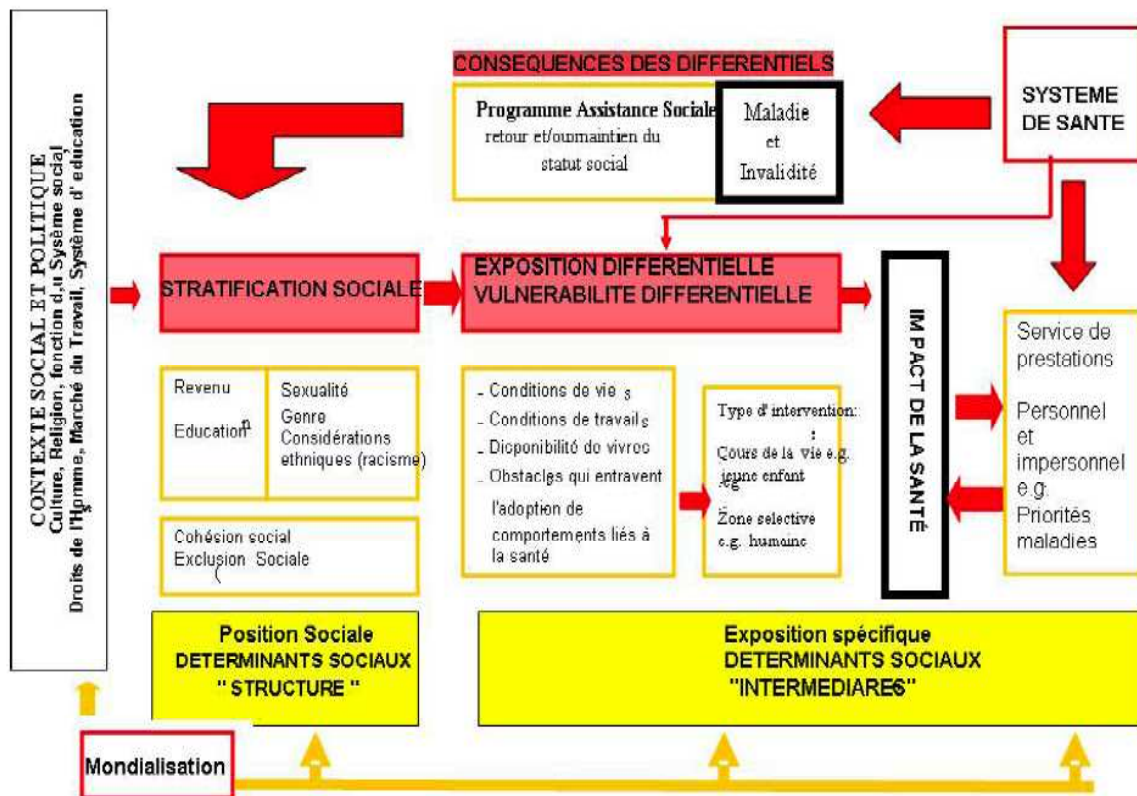


DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Institute of Future Studies. Stockholm (traduction)

Au centre, vous avez tous les déterminants individuels, ensuite ceux liés au style de vie, ceux liés au réseau et à la communauté de l'individu, puis les conditions de travail, et enfin, en macro, les conditions socioéconomiques et environnementales.

Ce modèle-là permet d'expliquer les interactions entre chaque déterminant et la santé. C'est un modèle parmi d'autres, que je souhaitais compléter par un autre modèle, plus structurel. Pierre Aïach l'illustre assez bien en disant que les inégalités en santé résultent des inégalités sociales, qui elles mêmes résultent des choix et des politiques publiques.

Cadre des déterminants sociaux de l'Equipe Equité de l'OMS³⁸



Ces inégalités sont produites tout au long de la vie sous la forme d'un processus cumulatif dans lequel se manifestent des facteurs de risque sous la forme de l'appartenance sociale. Cette approche structurelle est importante car elle va au-delà d'une interaction entre différents déterminants, mais elle situe bien que certains déterminants sont structurels ou conjoncturels et donc liés à la société, aux politiques mises en œuvre, au contexte socioéconomique et donc à la distribution des revenus, etc. Puis, il y a d'autres déterminants qualifiés d'intermédiaires, et qui sont ceux sur lesquels nous sommes amenés à agir.

Le modèle présenté est une synthèse réalisée par l'OMS. A gauche, ce sont les déterminants sociaux, structurels, « la stratification sociale » (emploi, revenu, éducation, ce qui nous rapproche des catégories socioprofessionnelles, mais aussi les questions de genre, de sexualité, de considération ethnique, de cohésion et d'exclusion sociale). Travailler sur ces déterminants suppose de travailler sur une vision macroscopique, politique, qui n'est pas celle où les acteurs de terrain agissent directement. On le fait néanmoins lorsque nous sommes amenés à faire du lobbying, ou lorsqu'on travaille avec des élus, des décideurs. Là, où nous sommes plus amenés à intervenir, c'est au niveau des déterminants sociaux intermédiaires. Il s'agit alors de travailler sur les vulnérabilités des personnes, qui sont liées aux conditions de vie, aux conditions de travail, à la disponibilité de vivre, les ressources, aux obstacles qui entravent l'adoption de comportements favorables à la santé. C'est essentiel de le lire comme ça car il ne s'agit pas de travailler sur la modification de comportements, mais sur les obstacles qui entravent l'adoption de ces comportements. C'est une approche moins moraliste, moins dans le jugement que si on

parlait d'agir directement sur les comportements, jugés en soi inadaptés. Là, ce qui est inadapté, c'est d'abord les conditions de vie et de travail.

Comment agir ?

Nous sommes donc dans un sujet qui a des enjeux politiques majeurs. Le contexte politique dans lequel nous vivons est susceptible d'orienter les études, les analyses de ces recherches, leurs interprétations, les orientations politiques mais aussi les actions de terrain. Deux exemples pour illustrer cela : au Québec, on lutte contre la pauvreté, en France, on lutte contre la précarité et l'exclusion. De même, faut-il agir auprès de l'ensemble de la population ou cibler des catégories ? Ces options sont très différentes. Elles sont nourries de principes politiques différents et vont avoir des conséquences à tout niveau. Il ne s'agit pas seulement d'un choix technique. On voit bien que la complexité de l'interrelation entre les déterminants, fait que l'on ne peut pas se reposer uniquement sur l'analyse des recherches et études. IL y a des choses qui ressortent, Mme Cadot va nous en montrer un exemple, mais cela reste très complexe. Chacun de nous agit ainsi en se référant à ses compétences techniques, mais aussi en référence à un modèle politique, plus ou moins explicite.

La littérature propose trois approches complémentaires pour agir sur la réduction des inégalités sociales de santé :

- 1- Se centrer sur les plus pauvres, avec un programme ciblé. C'est, par exemple, ce qui est mis en œuvre en France, avec le programme régional d'accès à la prévention et aux soins, le Praps, qui cible une population spécifique, uniquement sur un problème de soins et de prévention.
- 2- Réduire les écarts de santé entre les plus riches et les plus pauvres.
- 3- S'intéresser au lien entre la position socioéconomique et les problèmes de santé. C'est le gradient social. Il s'agit d'agir sur les différents déterminants de santé, de manière complémentaire. En agissant sur ces déterminants sociaux, nous agissons indirectement sur les questions de santé.

A partir des stratégies d'intervention politiques recommandées par l'OMS, nous avons extrait les quatre axes macroscopiques principaux proposés, qui, vous le verrez, sont loin de se contenter d'une approche exclusivement sanitaire :

- 1- Agir sur la croissance économique
- 2- Lutter contre les inégalités de revenu et de santé
- 3- Lutter contre la pauvreté et l'exclusion
- 4- Développer une politique de logement.

L'OMS recommande ensuite une approche intersectorielle. On rejoint là, la volonté des institutions politiques qui étaient présentes ce matin. Plusieurs niveaux ont été cités : l'éducation, l'approche inter professionnelle, le milieu du travail, le chômage, et, bien entendu, le système de soins lui même (accès aux droits, aux soins, etc.). Nous avons ainsi une approche complémentaire, avec d'un côté l'action sur les déterminants sociaux, de l'autre l'action sur la santé et le système de santé.

La troisième catégorie de recommandations de l'OMS concerne les groupes sociaux et communautaires. Ils préconisent d'une part la prise en compte des communautés situées dans les zones défavorisées, et également le développement du lien et de la mobilisation des communautés. Dans le cadre du programme Santé jeunes, cela concerne toutes les actions autour du lien social.

Le dernier groupe cherche à promouvoir des modes de vie plus équitables, et veille à s'assurer que l'adoption de comportements favorables à la santé résulte de choix individuels, avec une prise en compte des déterminants structureaux. On est ainsi, ou non, dans un processus de stigmatisation. Si l'on reprend l'exemple de la consommation du tabac en augmentation chez les classes ouvrières et pas chez les cadres. Comment peut-on l'analyser ? De façon provocante, on pourrait dire que ce sont les comportements des ouvriers eux mêmes qui ne sont pas adaptés : ils font des mauvais choix parce qu'ils ont mal compris, ont une culture ou un mode de vie inadaptés... C'est une approche centrée sur l'individu, la responsabilisation de l'individu. Inversement, on pourrait considérer que les ouvriers ont moins accès à l'information, sont dans des situations de travail plus stressantes, ont un environnement, des conditions de vie, également stressantes. Les cadres, eux bénéficient d'un environnement favorable, qui les motive à adopter des modes de vie dits sains. Cette deuxième approche est structurelle : elle met en avant l'ensemble des éléments de la vie d'un individu, notamment ceux liés à son environnement immédiat, mais aussi social, et considère les effets de cet environnement sur les choix personnels. L'individu n'est pas jugé directement responsable et l'action ne visera pas à le faire changer de comportement à tout prix... La priorité sera d'une part de valoriser chaque individu et de l'aider à acquérir des ressources pour agir dans un environnement difficile (c'est l'éducation pour la santé), d'autre part d'agir sur cet environnement (lobbying, actions intersectorielles sur le logement par exemple, etc.).

L'OMS précise enfin qu'il faut s'attaquer aux principaux problèmes de santé, qu'il faut accorder une attention privilégiée aux familles, aux mères et aux enfants, qu'il faut fixer des objectifs quantifiables à atteindre et qu'il faut mettre en place des dispositifs d'évaluation des actions pour mesurer leur impact éventuel sur les inégalités sociales de santé. Pour l'Ireps et les Codes, ce dernier point semble prioritaire, et nous souhaitons travailler dessus avec les acteurs du programme Santé des jeunes, parce que nous devons défendre la qualité de ce programme, notamment à travers cet axe. C'est quelque chose que l'on compte mener cette année, en collaboration avec les acteurs du programme.

Pour finir, voici une liste des déterminants sociaux sur lesquels agir : la meilleure répartition des ressources, les conditions de vie, le lien social, les discriminations, les compétences psychosociales et l'estime de soi, mais aussi les notions de confiance en soi, en l'autre, en l'avenir et le sentiment de contrôle sur sa vie. Ce dernier facteur, le sentiment de pouvoir agir sur sa propre existence, vient du Québec, d'une étude sur le développement de l'enfant, dont l'article a été mis à disposition du public à l'accueil. Le sentiment d'avoir un contrôle sur sa vie est un concept quelque peu à l'opposé du

fatalisme. Ce ne sont pas les autres ou le hasard qui influencent notre existence, mais c'est nous-même. Cette étude montre l'impact de ce sentiment sur la santé. Elle s'appelle « je suis, je serai heureux, instruit, actif et en santé ». J'espère que l'on reviendra cet après-midi sur le concept d'heureux.

L'étude Whitehall II donne un autre exemple de déterminant social. Elle met en avant le sentiment d'avoir peu de contrôle sur son travail comme un puissant prédicateur des maladies cardiaques. Elle montre une plus grande prévalence des maladies cardiaques chez les personnes qui ont été dépossédées de leur travail, qui ont perdu le sens de ce travail. C'est une autre façon de considérer les écarts entre catégories socioprofessionnelles, qui ne s'arrête pas une interprétation économique des choses, mais prend en compte l'ensemble des interactions sur les classes sociales. On sait que dès la naissance, nous intégrons les éléments de notre environnement, et donc ceux propres à notre catégorie socioprofessionnelle. Il y a des ponts bien sûr. On ne peut pas parler de déterminisme social absolu, mais on ne peut pas considérer non plus qu'il n'y en a pas, que l'environnement, et notamment la catégorie socioprofessionnelle à laquelle on appartient, n'impacte pas sur nos modes de vie.

Pour résumer, réduire les inégalités sociales de santé ce n'est pas uniquement améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention même si c'est nécessaire. Ce n'est pas non plus agir uniquement auprès des populations les plus défavorisées. C'est aussi un projet politique qui vise à aller vers plus de justice sociale et qui suppose de travailler en intersectorialité sur l'ensemble des déterminants sociaux de santé et en priorisant la petite enfance.

Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne

Emmanuelle CADOT, chercheur équipe DS3 – UMRS 707, Inserm Paris 6

Bonjour,

Je m'appelle Emmanuelle CADOT. Je suis géographe et épidémiologiste de formation et je travaille au sein d'une équipe qui s'intéresse aux déterminants sociaux de la santé et du recours au soin, qui est une équipe de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), à Paris. Notre principal domaine d'intervention est l'agglomération d'Ile-de-France, avec un outil spécifique que je vais vous présenter.

Ma présentation comportera trois parties. Une première partie au cours de laquelle j'évoquerai rapidement, puisqu'ils ont déjà été présentés, les déterminants sociaux de santé, avec quelques exemples et quelques définitions. Je vous présenterai ensuite notre outil principal ainsi que les concepts de santé qu'il y a derrière. Enfin, je finirai par la plus grosse partie qui comporte des exemples de résultats de nos recherches.

Je reviens rapidement sur ce rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui disait déjà en 1994 qu'il fallait se féliciter car nous observions en France une nette amélioration de tous les indicateurs de santé. C'était un constat positif, contrebalancé dix ans après, par un nouveau rapport du HCSP, qui souligne le paradoxe français, qui est que face aux améliorations des indicateurs de santé, nous constatons de fortes inégalités de santé et surtout un accroissement de ces inégalités. Depuis 1994, on constate ces inégalités, on les voit, on les met en évidence. Cependant, la recherche, si elle permet de constater ces écarts, ne permet pas suffisamment de les expliquer. Je vais donc essayer de vous les expliquer en partie.

Quelques exemples tout d'abord pour illustrer mes propos.

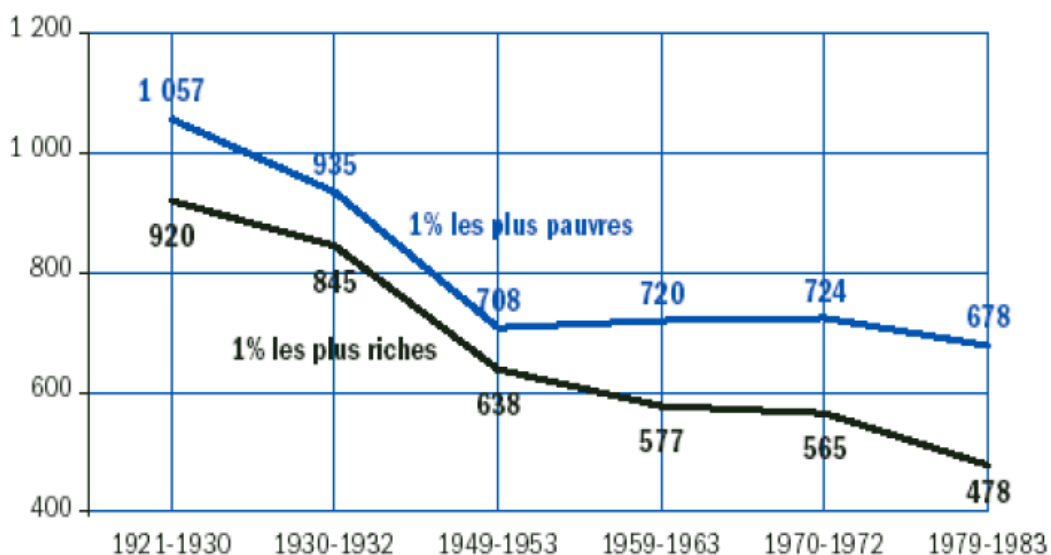
*D'après Kervasdoué
J de. Carnet de santé de la France.
Paris, Dunod, 2003*

*Lecture : Mortalité des cadres = 1.
La mortalité des employés en 75-80, est deux fois plus importante que celle des cadres.*



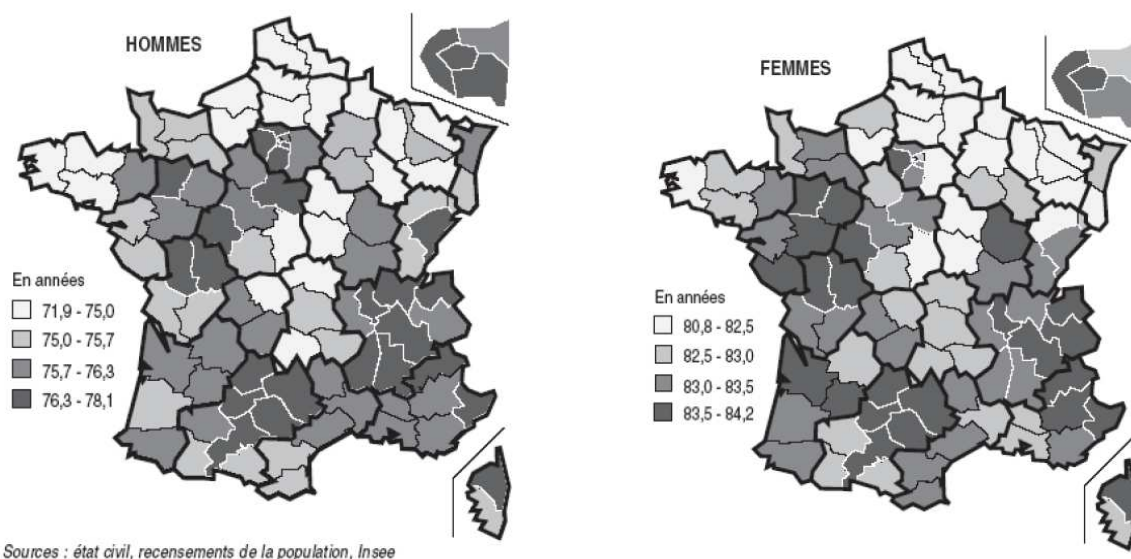
En bas, vous avez les cadres et les professions libérales qui sont les catégories de référence, avec une mortalité à 1. On a bien un accroissement de la mortalité qui suit les catégories professionnelles. Le risque de mortalité est ainsi deux et demie fois plus élevé chez les employés que chez les cadres.

D'après Najman [117] : évolution du taux de mortalité standardisé en Angleterre et au Pays de Galles, parmi les 1% les plus riches et les 1% les plus pauvres, de 1921 à 1983 :



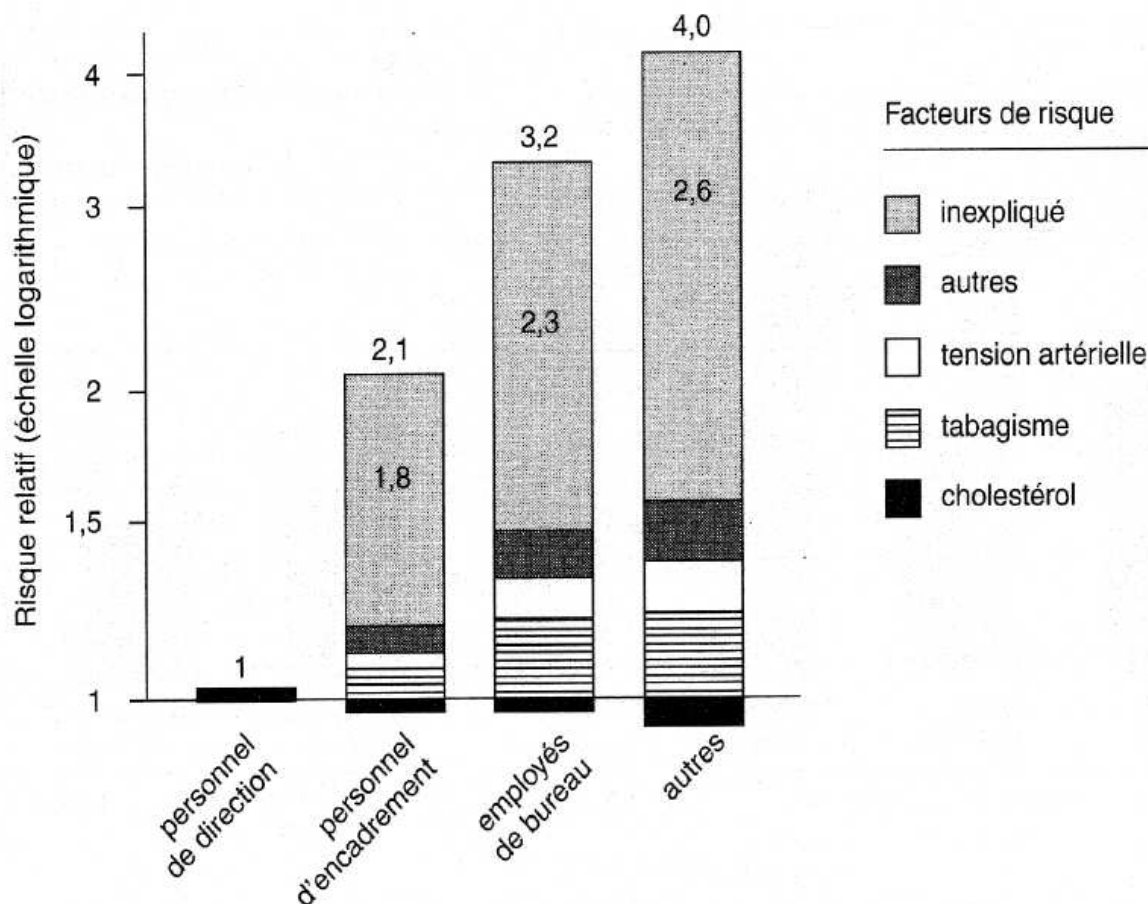
Cet exemple issu de Grande-Bretagne présente un taux de mortalité standardisé. On s'aperçoit que la mortalité diminue, mais si on regarde les catégories les plus pauvres, les 1% les plus pauvres dans la courbe bleue du dessus et les 1% les plus riches dans la courbe noire du dessous, on s'aperçoit de l'accroissement net des inégalités, la diminution de la mortalité étant plus forte chez les plus riches.

Espérance de vie à la naissance par département (2001-2002) :



Ces disparités sociales de santé sont aussi des disparités territoriales de santé. Il s'agit là de l'espérance de vie à la naissance par département. En plus foncé, vous avez les plus grandes espérances de vie, en plus clair, les plus faibles. On retrouve là, la diagonale du vide, qui part du Nord-Est et va au Sud-Ouest de la France. Quelque soit les indicateurs de santé, on retrouve les plus mauvais indicateurs dans le croissant Nord-Est.

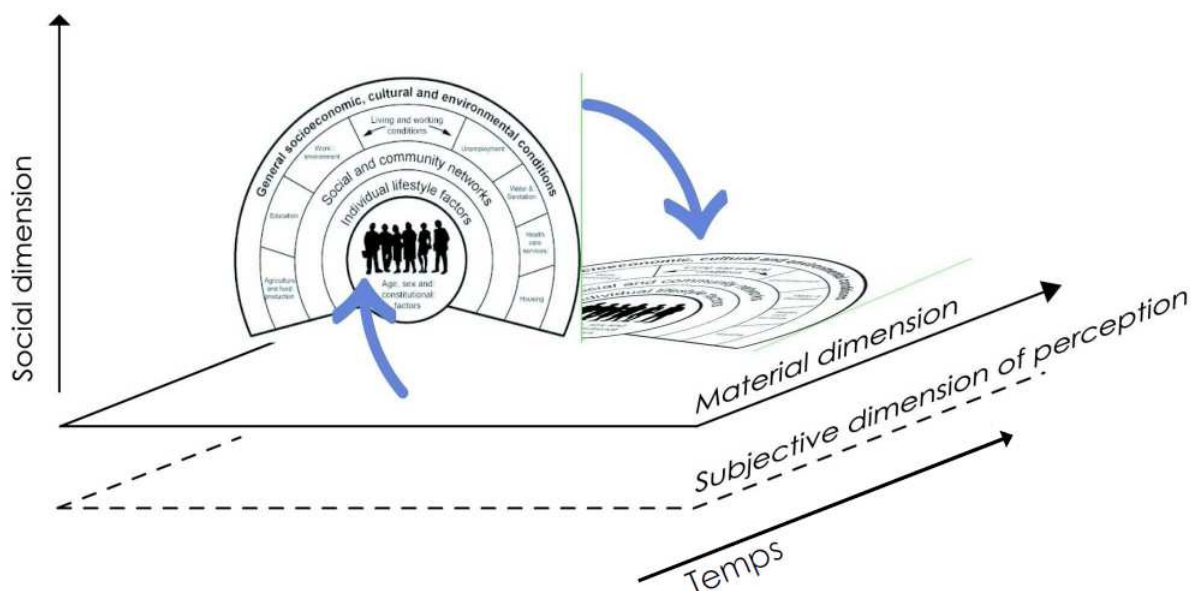
Risque de maladie cardiovasculaire, en fonction de la catégorie sociale :



Il serait bien de pouvoir aller au-delà de ces constats. Certains ce matin ont parlé de certains déterminants individuels, notamment concernant la consommation de tabac. On sait effectivement que les populations les plus précaires sont davantage consommatrices de tabac. Dans ce graphique, nous avons essayé de représenter un risque, il s'agit de la maladie cardiovasculaire, en comparant les catégories sociales. En référence, le personnel de direction, ensuite les employés et les autres. On fait toujours le même constat qui est que la mortalité dans les catégories sociales les plus défavorisées est plus élevée que dans celles du personnel de direction. A l'intérieur de chaque petite barre, nous avons essayé de remettre quelques facteurs de risques que sont certains comportements connus, notamment le tabagisme. On s'aperçoit qu'effectivement, le tabagisme est le plus fort dans les catégories sociales les plus précaires. Ce que je voudrais souligner, outre la répartition inégale de chacun de ces déterminants, c'est la zone grise, c'est-à-dire ce qui reste inexpliqué. Qui y a-t-il là dedans ? Notre but est de chercher à savoir quels sont les déterminants méconnus qu'il

faudrait ajouter, pour les maladies cardiovasculaires, mais également pour l'ensemble des problèmes de santé.

Le modèle de santé de M. Whitehead :



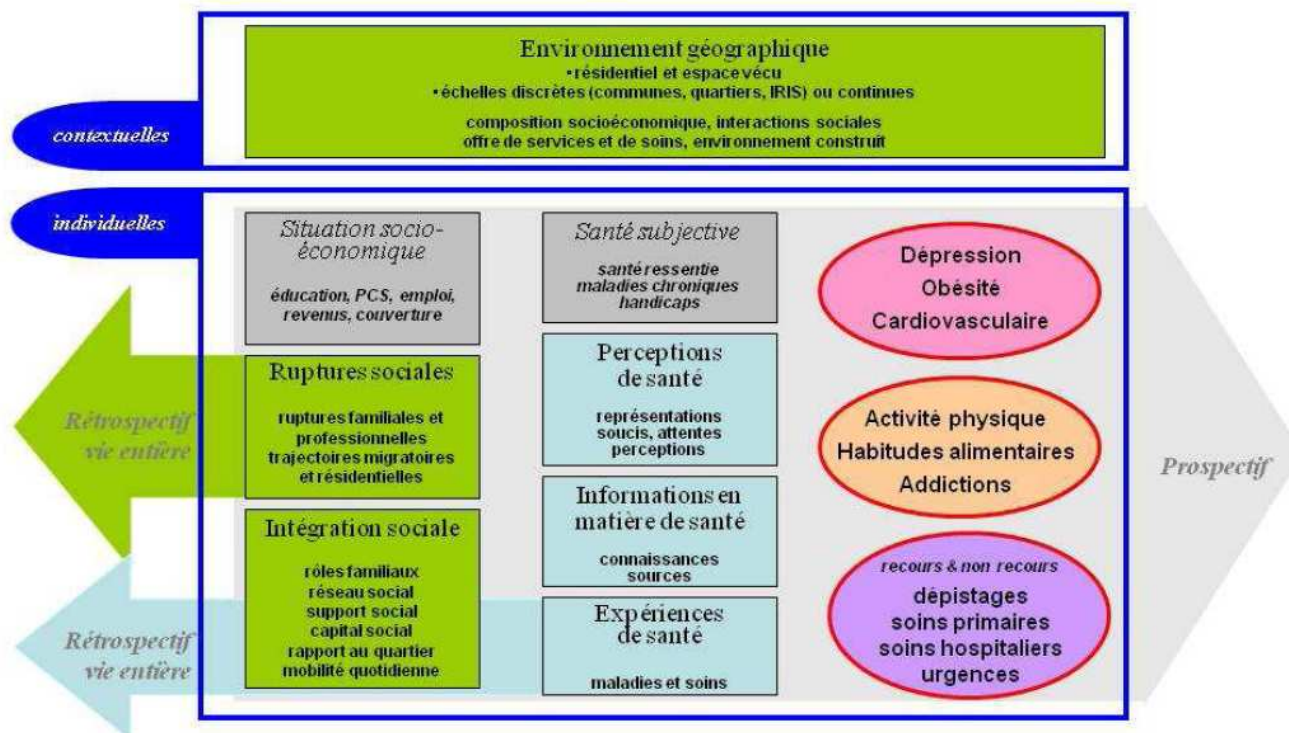
Ce travail de recherche s'appuie sur un modèle de santé. Dans les modèles anciens, la santé est surtout vue d'un point de vue strictement biomédical ou lié au système de soins. Nous nous appuyons sur un modèle plus complexe, celui de Whitehead qui vous a déjà été présenté. Nous l'avons positionné dans le temps. Certes à un temps t , nous pouvons dresser un constat d'une situation, mais il ne faut pas oublier que cette situation s'est construite dans le temps, dans ce qui s'est passé il y a vingt ans dans nos vies individuelles, dans nos quartiers, etc. De même, les décisions politiques prises aujourd'hui, dans le domaine de la santé, mais aussi de l'éducation, les politiques sociales, etc. auront un impact sur la santé de nos concitoyens dans quelques années. Nous ne sommes donc pas dans un déterminisme immédiat, mais la santé est aussi le fruit d'une exposition dans le temps. Il ne faut pas non plus oublier la dimension subjective, comme par exemple, l'impact d'un quartier. De nombreuses études, et pas seulement les nôtres, montrent en effet que vivre dans un quartier difficile, qui a des problèmes d'insécurité par exemple, peut avoir des conséquences sur la santé, comme l'obésité, à travers le manque d'activité physique, etc. Mais si vous interrogez les gens qui vivent dans ces quartiers, vous croiserez de nombreuses personnes qui insisteront sur le fait qu'il s'agit de leur quartier, qu'elles y vivent depuis longtemps, s'y sentent bien, socialement intégrées. Quand vous entrez cette caractéristique qui est le sentiment d'appartenance au quartier, le sentiment de s'y sentir bien, cet outcome là, intervient aussi fortement sur la détermination du risque d'obésité. Il faut donc prendre en compte aussi bien les questions objectives, liées à l'insécurité par exemple, que celles subjectives, liées au sentiment de se sentir bien et d'appartenir à un quartier. Cette dimension subjective, ses perceptions sont à prendre en compte dans les politiques de santé, mais aussi dans toutes les politiques. Le modèle conceptuel de santé

est donc très complexe. Il s'agit de considérer la santé dans une approche systémique, avec une vision globale et dynamique de la santé, d'appréhender l'individu dans son quartier et prendre en compte l'environnement social, culturel, économique, etc, et ce à différentes échelles.

La cohorte SIRS

Je vais vous présenter maintenant la cohorte SIRS, Santé Inégalités et Ruptures sociales, qui est notre outil de chercheurs. C'est une cohorte longitudinale, c'est-à-dire que c'est un même groupe d'individus que l'on suit sur plusieurs années. La cohorte SIRS est née en 2005, on vient donc, l'année dernière, de les interroger pour la troisième fois. L'objectif général était bien de progresser dans la compréhension des processus à l'origine des inégalités sociales de santé. Il s'agit d'une approche pluridisciplinaire, avec principalement des épidémiologiques en sociologie et contextuel, des sociologues de la santé, des inégalités et des liens sociaux et des géographes de la santé. Nous utilisons principalement des méthodes quantitatives, avec des outils statistiques multi variés, on fait des analyses complexes, ce qui nous permet de prendre en compte l'environnement de vie des gens. En tant que géographes, nous sommes convaincus de l'imbrication entre ses différentes échelles. Nous avons aussi des sociologues qui développent des approches plus qualitatives. Je vous rassure tout de suite, je ne vais pas vous présenter aujourd'hui tous nos modèles, mais uniquement les résultats.

En revanche, je ne vous épargne pas ce modèle conceptuel, qui correspond un peu au modèle conceptuel de la santé et de notre projet.

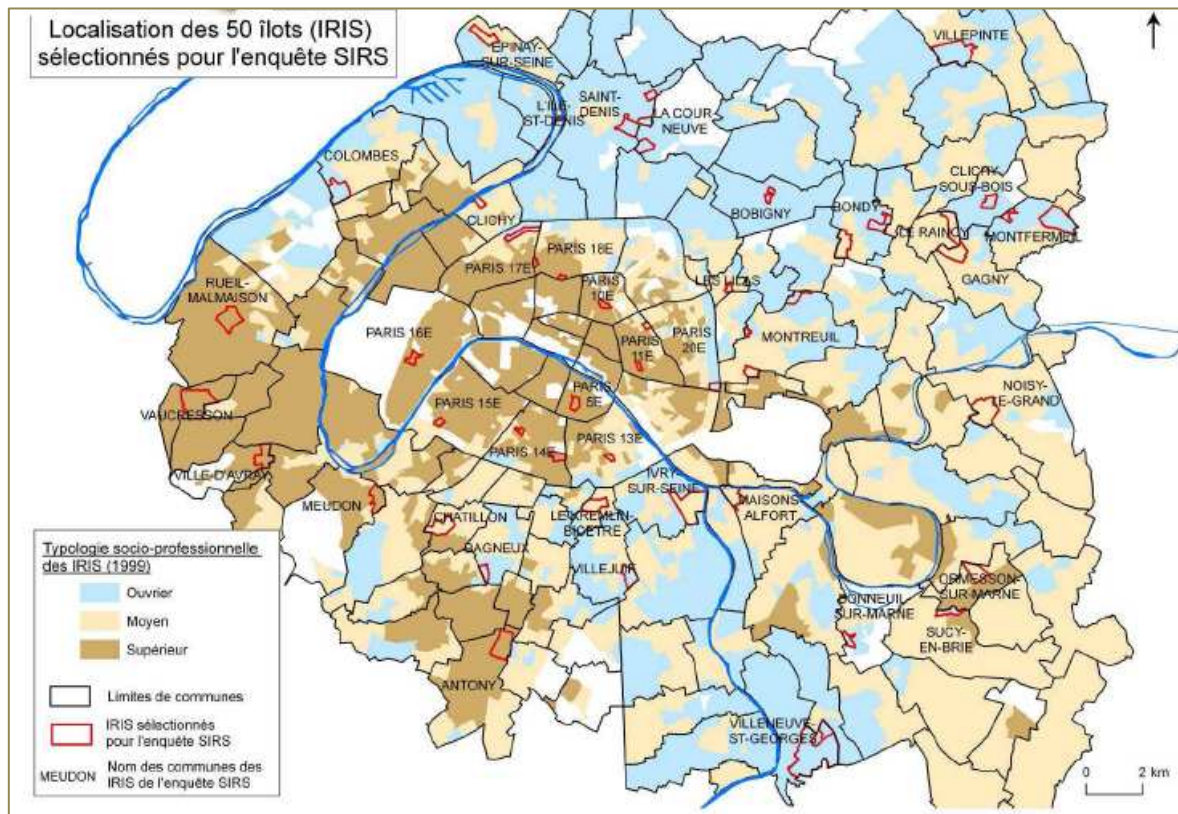


On considère qu'il y a des situations économiques, pour les personnes classées dans la boîte bleue, en bas du schéma, que l'on va interroger. On utilise un questionnaire constitué de plus de 300 variables au total : éducation, CPS, emploi, revenu, couverture sociale, et aussi évolution dans le temps. Nous les avons donc interrogés sur la situation concernant l'emploi, par exemple, mais aussi depuis quand, ce qu'il y a eu avant, etc.

Qu'appelons-nous ruptures sociales ? Il peut s'agir de ruptures violentes, ou brutales, mais pas seulement. Il s'agit aussi de ruptures familiales, de divorces, de séparations, mais aussi des ruptures professionnelles, un déménagement, une mutation, qui constituent autant de trajectoires migratoires et résidentielles, etc. et correspondent à une rupture de ses réseaux sociaux. On s'intéresse aussi fortement, beaucoup, à l'intégration sociale, aux rôles familiaux dans la famille. Quel est le rôle de la personne au sein de la famille, est-ce qu'elle a des relations fréquentes avec son entourage, est-ce une famille proche, est-elle présente, etc. ? On peut mesurer cela étroitement. Les réseaux sociaux, le support social, c'est-à-dire l'aide que l'on peut recevoir ou procurer qu'elle soit matérielle, intellectuelle, psychologique ou autre. On interroge aussi le rapport au quartier et la mobilité quotidienne, j'y reviendrai tout à l'heure.

Nous intégrons aussi la santé subjective. C'est la question classique de l'OMS : est-ce que vous vous en sentez en bonne santé, en moins bonne santé, etc. Les représentations de la santé, les perceptions et les attentes, qui sont très importantes, cela a été souligné tout à l'heure. Une thésarde de notre étude avait travaillé sur l'information en matière de santé, via Internet, via les expériences de santé antérieures, car on s'aperçoit que ceux qui ont vécu une mauvaise expérience avec le système de soin auront plus de difficulté à revenir vers ce système. Et les outcomes que nous étudions, c'est-à-dire les variables que nous suivons réellement, sont la dépression, les maladies cardiovasculaires, mais aussi, en tant que processus qui gouverne les maladies cardiovasculaires notamment, l'activité physique et l'alimentation. Pour le recours aux soins, nous nous intéressons au dépistage des cancers féminins notamment, mais aussi à l'accès aux soins primaires, hospitaliers et aux urgences.

Je vous ai décrit l'ensemble de la cohorte SIRS dont je ne vais vous présenter que quelques résultats.



Sur cette carte, vous avez une représentation de la grande agglomération parisienne, Paris et tout le département. La cohorte SIRS étant généraliste, vous avez vu que nous nous intéressons à de nombreux outcomes, variables, de santé. Mais c'est également une cohorte qui travaille en population générale, qui ne se limite pas à un hôpital ou un lieu de vie défini, et est représentative de la population parisienne adulte et francophone. Ces choix ont été pragmatiques : nous avons besoin de personnes majeures et nous ne souhaitons pas faire traduire le questionnaire en raison des biais que cela peut entraîner dans les réponses. Nous avons étudié 50 IRIS (îlots regroupés pour l'information statistique) qui sont les plus petites échelles de découpages administratifs pour lesquels l'Insee transmet des données, sans poser de problèmes avec la CNIL, etc. En région parisienne, les IRIS représentent environ 2000 personnes.

Sur la carte, les 50 Iris en rouge sont ceux que nous avons échantillonnés. Le gradient de couleur au fond de la carte est un gradient socioéconomique, les quartiers les plus riches étant à l'ouest et les plus démunis au nord-est. On a sur échantillonné les quartiers précaires en faisant une sur représentation des quartiers en ZUS, zone urbaine sensible. Ensuite au travers des moulinettes de pondération, on peut obtenir des pourcentages qui soient représentatifs de la population de l'agglomération parisienne ou sortir des pourcentages spécifiques de ces quartiers et cette population précaire.

Je vais vous présenter cinq résultats : la dépression, le support social, l'obésité, l'environnement de vie, le recours aux soins ambulatoires, du recours au test du VIH et de l'origine migratoire, et le recours aux soins préventifs, à travers le dépistage du cancer féminin.

Résultat 1 : la dépression

		OR [IC 95%]
Sexe	Hommes	1
	Femmes	1,85 [1,40-2,44]
Nationalité	Français	1
	Étrangers	1,85 [0,65-2,51]
Conditions de vie	Ne vit pas seul	1
	Vit seul	1,57 [1,25-1,98]
Revenu des ménages (UC)	4 ^{ème} quartile (+ riche)	1
	3 ^{ème} quartile	1,10 [0,67-1,79]
	2 ^{ème} quartile	1,52 [0,89-2,57]
	1 ^{er} quartile	1,86 [1,01-3,43]
Événements traumatiques dans l'enfance	Abus physique	2,13 [1,18-3,84]
	Mauvaises relations avec la mère	1,54 [1,11-2,11]
	Mauvaises relations avec le père	1,32 [1,00-1,74]
Typologie quartier résidence	Non ZUS	1
	ZUS	1,39 [1,05-1,85]

Facteurs biographiques et contextuels

Il s'agit là d'un tableau de résultats. Il faut lire le chiffre qui est dans la dernière colonne, l'OR pour odd ratio. C'est un risque. Par exemple, les femmes sont 1,8 fois plus à risque que les hommes en matière de dépression. C'est une donnée connue, déjà décrite dans la littérature. Ce qui nous intéresse, c'est de savoir ce qui impactait la dépression, par exemple ? Cela peut paraître une porte ouverte, mais cela n'avait jamais été démontré. Nous avons donc posé la question aux gens, à savoir s'ils avaient subi des abus sexuels ou de la violence dans l'enfance, s'ils avaient eu de mauvaises relations avec leurs parents, distinguant la mère et le père. On s'aperçoit de l'impact de ces trois variables, qui sont des traumatismes très anciens. On montre la corrélation entre la dépression et des événements qui ont eu lieu 15 ou 20 ans auparavant. On s'aperçoit que, toute chose étant égale par ailleurs, c'est-à-dire que l'on considère que les autres variables (le revenu, l'éducation, les conditions de vie, etc.) ne jouent plus, qu'elles sont toutes égales. Une fois, toutes ces variables mises à plat, celles concernant un événement traumatiques impactent, à elles seules, de 1,5 à 2 fois sur la dépression.

Nous avons également entrée la variable concernant la typologie de résidence, en distinguant notamment les quartiers ZUS des quartiers non ZUS. Une fois tout ajusté sur ces variables individuelles, c'est-à-dire toute chose étant égale par ailleurs, comme pour la variable Violence physique, on constate que la résidence en quartier ZUS est également prédictive de dépression, les habitants des zones urbaines sensibles étant 1,39 fois plus à risque d'avoir une dépression que les autres.

Influence du support social en 2005 sur la dépression en 2007

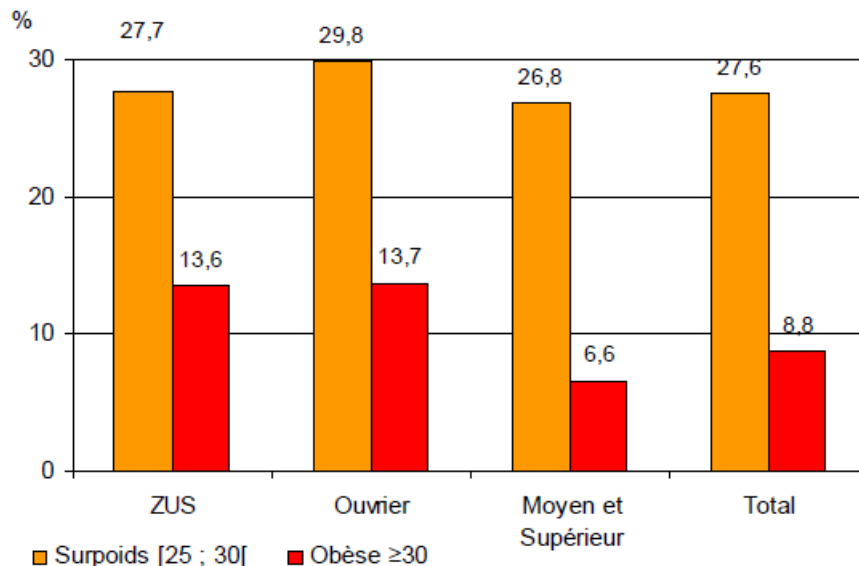
Nous avons enfin mené une analyse prospective autour des origines de la dépression.

		OR [IC 95%]
Sexe	Hommes	1
	Femmes	2,04 [1,43-2,91]
Revenu des ménages (UC)	4 ^{ème} quartile (+ riche)	1
	3 ^{ème} quartile	1,10 [0,67-1,79]
	2 ^{ème} quartile	1,52 [0,89-2,57]
	1 ^{er} quartile	1,86 [1,01-3,43]
Événements traumatiques dans l'enfance	Abus physique	2,25 [1,00-4,43]
	Mauvaises relations avec la mère	1,89 [1,22-2,92]
	Mauvaises relations avec le père	0,97 [0,65-1,46]
Support social en 2005	Fort	1
	faible	2,53 [1,28-5,02]

Nous avons cherché à mesurer l'incidence de la dépression parmi les individus de la cohorte SIRS entre 2005 et 2007. Puis, nous avons essayé d'identifier les déterminants de l'apparition de ces nouveaux cas. Je ne m'attarderai pas sur tous ceux liés aux revenus, aux traumatismes de la petite enfance, qui influencent, on va l'avoir vu la dépression. Mais si l'on écarte ces deux déterminants pour s'intéresser au support social des individus en 2005, on voit que ce dernier facteur à bel et bien une incidence sur la survenue de la dépression. L'existence ou non d'un support social en 2005, au début de l'enquête, est le facteur le plus important, celui qui déterminera l'apparition ou non de la dépression. Le risque est en effet de 2,53, ce qui est véritablement important, qu'une personne avec un faible support social en 2005 ait une dépression au moment de l'enquête. On voit bien que ce qui a été évoqué tout à l'heure concernant le lien social, l'insertion sociale, est bien un déterminant majeur de la dépression.

Deuxième résultat : la prévalence du surpoids et de l'obésité.

Ce graphique montre la prévalence de l'obésité dans toute l'agglomération parisienne. Si l'on regarde la prévalence en fonction des catégories socio professionnelles, on voit qu'il y a peu de différences concernant le surpoids, en revanche, l'obésité est de 2,3 fois plus importante dans les quartiers les plus pauvres, pour une obésité de 9% en Île-de-France.



Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le quartier de résidence en 2005

Si l'on s'intéresse au revenu moyen des ménages dans le quartier, autre indicateur socio économique, on voit qu'il y a 15% de personnes obèses dans les quartiers les plus pauvres, le premier quartile, contre seulement 6% dans les quartiers les plus aisés. Quelque soit les indicateurs socio économiques que l'on utilise, on constate cette tendance lourde de deux fois plus d'obésité dans les quartiers populaires.

Nous l'avons illustré par ce modèle complexe qui montre les déterminants de l'obésité et les liens que nous venons d'évoquer entre les déterminants socioéconomiques et l'obésité.

		Empty model	Model 1 Adjusted OR [CI 95 %]	Model 2 Adjusted OR [CI 95 %]
Gender	Men	-	1	1
	Women	-	1.12 [0.86-1.46]	1.15 [0.88-1.50]
Age	<30	-	1	1
	30-44	-	2.01 [1.20-3.36]	2.01 [1.20-3.37]
	45-59	-	3.58 [2.14-5.98]	3.61 [2.17-6.04]
	>60	-	4.20 [2.45-7.19]	4.44 [2.60-7.60]
Income / CU(€)	1 st quartile	-	1	1
	2 nd quartile	-	0.98 [0.71-1.34]	1.01 [0.74-1.39]
	3 rd quartile	-	0.60 [0.41-0.87]	0.67 [0.46-0.97]
	4 th quartile	-	0.57 [0.36-0.89]	0.67 [0.42-1.00]
Education	Primary school	-	1	1
	High school	-	1.02 [0.73-1.42]	1.04 [0.74-1.45]
	University	-	0.57 [0.37-0.87]	0.62 [0.40-0.96]
Physical activity	Yes	-	1	1
	No	-	2.23 [1.61-3.08]	2.20 [1.59-3.03]
Smoking status	Yes	-	1	1
	Never	-	1.44 [1.04-1.98]	1.14 [1.02-1.94]
	Quit	-	1.71 [1.20-2.44]	1.74 [1.22-2.48]
Average income per household (€ / year)	1 st quartile	-	-	1
	2 nd quartile	-	-	0.79 [0.53-1.18]
	3 rd quartile	-	-	0.50 [0.32-0.80]
	4 th quartile	-	-	0.43 [0.26-0.71]
Median Odds ratio (MOR)		1.70	1.50	1.38

L'éducation joue également un rôle important, tout comme les revenus. Une personne ayant un haut niveau universitaire à moins de risques d'être obèse. Un facteur de risque individuel plus original est celui de l'activité physique. On voit que les personnes qui ne pratiquent pas une activité physique régulière sont deux fois plus à risque d'obésité, et ce toujours en dépit du niveau socio économique.

Enfin, nous avons retenu trois références pour le tabagisme : les personnes qui n'ont jamais fumé, les personnes qui fumaient au moment de l'enquête et celles qui avaient arrêté de fumer. Le risque d'obésité étant beaucoup plus important chez les personnes qui ont arrêté de fumer. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut pas arrêter de fumer... ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit !

Enfin, si l'on regarde les conditions socio économiques, on constate qu'elles ont un effet protecteur, inverse du risque donc, pour les personnes qui vivent dans les milieux aisés. Même en ajustant sur les revenus individuels, le fait de résider dans un quartier précaire accroît le risque d'obésité, tandis que le fait de résider dans un quartier riche protège vis-à-vis de l'obésité.

Si l'on cherche à creuser ce qui fait que les quartiers aient un impact qui soit fonction du niveau socio économique du quartier, en faisant une revue de la littérature, on s'aperçoit que plein de choses peuvent intervenir.

		OR*	IC 95%	p
Niveau socio-économique	5 ^{ème} quintile	1		
	1 ^{er} quintile	2,87	[1,58 - 5,21]	< 0,001
Distance moyenne / commerces de bouche	1 ^{er} quintile	1		
	5 ^{ème} quintile	2,09	[1,54 - 3,13]	0,003
Proportion fast-food / restaurants (rayon 500m)	1 ^{er} quintile	1		
	5 ^{ème} quintile	1,8	[1,10 - 2,93]	0,004
Nbre total de commerces (500m)	5 ^{ème} quintile	1		
	1 ^{er} quintile	1,91	[1,09 - 3,32]	0,001

* Ajustés sur les variables individuelles (âge, sexe, niveau d'éducation, revenu)

Facteurs contextuels associés à l'obésité en 2005

Par le biais de l'activité physique, que ce soit en niveau d'équipement, en parcs, en jardins, etc. Par le biais de l'accès à des denrées adaptées, légumes frais, accès à certains types de restaurants de qualité et non des fastfoods... bref, tout un tas de choses. Je me suis intéressée à la walkabilité, c'est-à-dire la capacité de marcher dans un quartier. Une des hypothèses est que, si le quartier favorise la marche par son design, par l'environnement urbain construit, les gens sont plus à même de marcher, de pratiquer plus d'activité physique dite douce, et sont moins obèses Cette hypothèse est vérifiée en ajustant au niveau des revenus individuels et des revenus du quartier. Et l'on constate effectivement un index de walkabilité dépendant de ce facteur, sauf pour les femmes pour lesquelles cela ne marche pas très bien : l'indice est un peu protecteur mais pas significatif. L'index de

walkabilité a quatre dimensions : la densité de commerce, la densité d'intersection, le type de quartier, avec des activités de bureau, de commerce, un quartier-dortoir avec uniquement des logements, etc. Un quartier-dortoir n'incite pas particulièrement à la marche, à l'inverse des petits centres commerciaux, des commerces de proximité. On s'aperçoit que, en distinguant chaque dimension, certaines choses sont très efficaces : la densité d'intersections par exemple va avoir un impact significatif. Quand les quartiers sont constitués de petites ruelles la marche est favorisée, de même pour la densité de commerces. Plus on est éloigné des commerces de bouche, c'est-à-dire dans un quartier où il n'y a pas de bouchers, boulangers, primeurs, etc., plus on est à risque d'obésité. Si l'offre de fastfood est importante dans le quartier, le risque d'obésité augmente aussi. Tout ceci étant ajusté sur les caractéristiques individuelles.

Troisième résultat : le recours au test du VIH.

On a distingué les hommes et les femmes car ces dernières sont quasiment obligées de recourir à ce test au moins une fois dans leur vie ce qui n'est pas le cas des hommes. De la même façon, nous avons fait deux modèles : un modèle avec les caractéristiques individuelles, puis un modèle avec les caractéristiques du quartier. On s'aperçoit que les facteurs qui influencent sont le niveau d'éducation, le fait d'avoir des enfants et le nombre de relations stables dans la vie. Chez les femmes, celles n'ayant jamais eu de relation de couple sont plus à risque de n'avoir jamais fait le test VIH. Enfin, le fait d'être affilié à une religion joue également. Nous n'avons pas demandé de quelle religion il s'agissait car c'est interdit en France, mais nous avons cherché à savoir si les personnes se sentaient proches ou avaient une pratique religieuse. Le fait d'avoir une pratique religieuse, ou de se sentir appartenir à une religion, est un facteur de risque. Plus on a une appartenance religieuse, moins on teste le VIH. Chez les hommes, ce n'est pas tout à fait la même chose. On voit que les résultats sont un peu plus marqués, et on voit aussi que l'origine migratoire a un fort impact. Si l'on prend comme catégorie de référence les personnes françaises, de parents français, on voit que les personnes françaises, nés de parents étrangers, sont plus à risque de ne pas avoir fait le test, et les personnes étrangères sont encore plus à risque de ne pas avoir fait le test. Il faut faire attention à ce résultat qui est intéressant en lui-même, mais si l'on regarde l'ancienneté du test et le nombre de tests réalisés, on constate que la situation n'est pas si contrastée. Les Français nés de français font globalement plus de tests, mais ils l'ont fait moins récemment. Les étrangers ont certes fait moins de tests, mais la part de ceux qui l'ont fait récemment est plus importante. Il faut donc toujours nuancer le propos.

Quatrième résultat : l'intensité du lien social et le recours aux soins ambulatoires

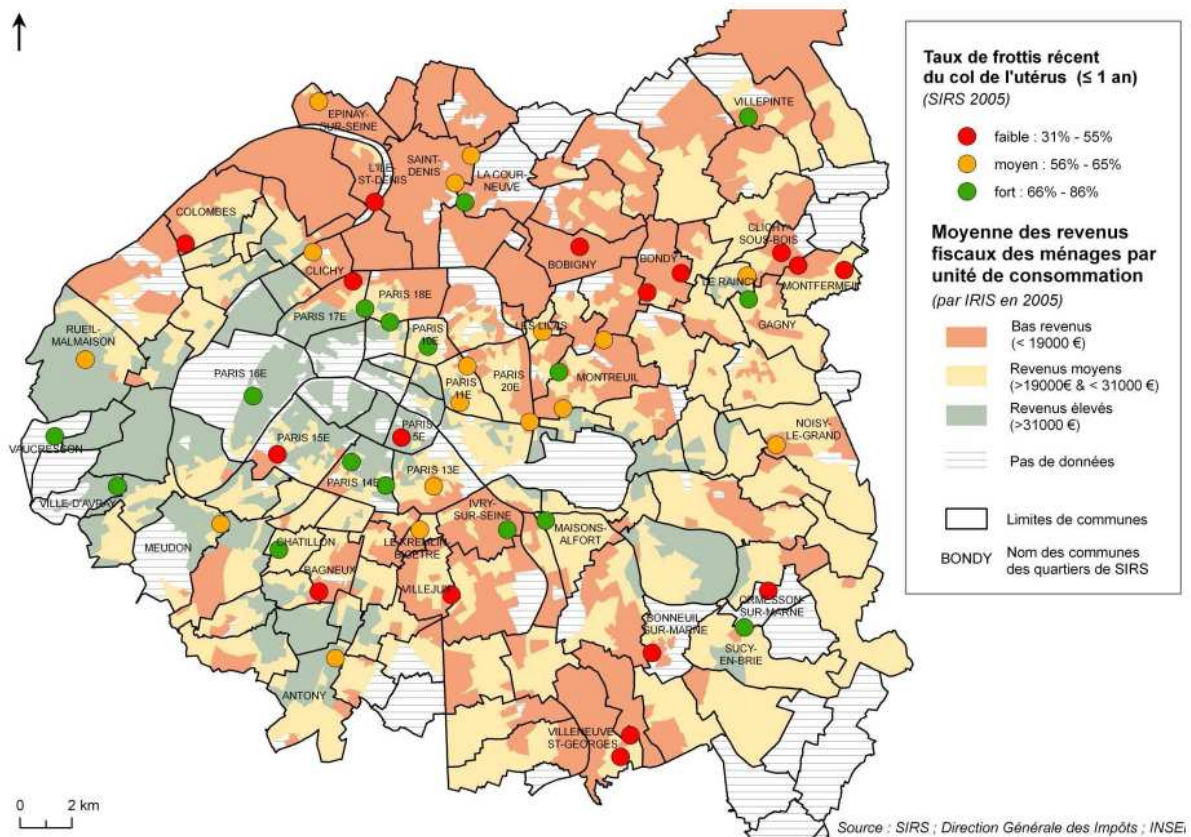
On voit que la notion du soutien social, ceux qui ont pu avoir de l'aide de la famille ou d'amis, sont aussi ceux qui recourent le plus facilement aux soins ambulatoires. Qu'est-ce qu'il y a derrière : des questions d'accès aux soins, de connaissance, etc.

	OR ^a	IC 95%
Sexe		
femmes	ref.	
hommes	0,51	0,42 - 0,63
Niveau de revenus		
quartile sup	ref.	
quartile moyen sup	0,78	0,57 - 1,06
quartile moyen inf	0,66	0,49 - 0,91
quartile inf	0,54	0,39 - 0,74
Couverture maladie		
SS + complémentaire	ref.	
CMU – AME	0,70	0,52 - 0,95
SS seule	0,47	0,17 - 1,32
Maladies chroniques		
aucune	ref.	
1	2,25	1,77 - 2,87
2 ou plus	6,25	4,39 - 8,90
Soutien social		
faible	ref.	
moyen	1,39	1,09 - 1,78
fort	1,92	1,40 - 2,64

^a ajusté sur l'âge

Recours ambulatoire au médecin au cours des 12 derniers mois, tous lieux, toutes spécialités et toutes causes confondues (sauf accidents)

Cinquième résultat, le recours aux soins préventifs : le frottis du col de l'utérus.



Sur cette carte de l'Île-de-France, chaque petit point correspond aux quartiers d'interrogation de la cohorte SIRS, les pastilles rouges représentent les recours au frottis les plus faibles, et en vert, les recours les plus forts. Là, il n'y a pas de déterminisme socio économique du quartier. On voit, en effet, que deux pastilles verte et jaune, sont dans le nord est de Paris, par exemple, Villepinte qui a un très mauvais niveau socioéconomique mais un très bon recours au frottis du col de l'utérus. Dans le cinquième et le quinzième arrondissement de Paris, soit un des quartiers les plus riche de Paris, on a inversement des taux de recours quasi nuls.

On s'est intéressé au niveau socio économique du quartier mais aussi à la densité médicale mais en tenant compte d'une caractéristique individuelle qui est la mobilité. La mobilité individuelle pourrait jouer un rôle sur le recours aux soins en réduisant les distances aux services de santé et en diversifiant les interactions sociales. Si on est mobile, c'est qu'on rencontre plus de gens et aussi que l'on s'affranchit de l'influence de son quartier de résidence. Pour ce critère de la mobilité, nous avons demandé aux gens où ils faisaient leurs courses, allaient à la banque, la poste, etc. Est-ce que ce déplacement se fait dans le quartier, en dehors, ou moitié-moitié. Nous avons ensuite construit un indicateur qui distingue les personnes à mobilité réduite, qui font tout dans leur quartier, soit les personnes mobiles.

	<i>Pas de frottis du col de l'utérus depuis 2 ans</i>	<i>Pas de mammographie depuis 2 ans</i>
Femmes avec un espace de mobilité ± large que le quartier	23,4% (n= 1620)	20% (n= 655)
Femmes avec un espace de mobilité restreint au quartier	31,3% (n=154)	36,5% (n=86)
Toutes femmes	24,2% (n=1774)	22,1% (n=741)
	<i>p=0,07</i>	<i>p=0,004</i>

Mobilité et recours aux soins de prévention (données brutes)

On s'aperçoit qu'il y a une différence de recours. Ce sont les femmes qui ont une mobilité réduite qui pratiquent le moins le recours au frottis du col de l'utérus. Vous voyez que c'est la même chose pour la mammographie. Qui sont ces femmes à la mobilité restreinte ? Nous avons tenu compte de l'état de santé, car il est naturel que les femmes malades recourent davantage à ce test. Mais on constate aussi qu'il s'agit plutôt d'une double, voire triple ou quadruple peine, car ce sont les femmes qui ont une mobilité réduite, qui ont aussi les plus mauvais revenus, qui sont d'origine étrangère, qui ont un niveau d'éducation plus faible, qui sont sans emploi, etc.

Derrière la mobilité se cachent d'autres déterminants sociaux qui sont importants.

Pas de FCU depuis 2 ans ou +	Femmes avec espace de mobilité <u>restreint</u>	Femmes avec espace de mobilité <u>large</u>	Toutes les femmes
	OR* (IC 95%)	OR* (IC 95%)	OR* (IC 95%)
<u>Localisation</u>			
Banlieue	1	1	1
Paris	0,37 (0,20-0,66)	0,62 (0,42-0,91)	0,59 (0,43-0,82)
<u>Moyenne des revenus fiscaux des ménages du quartier de résidence** (par UC)</u>			
Riche	1	1	1
Pauvre	2,63 (1,29-5,38)	1,61 (1,15-2,25)	1,66 (1,22-2,26)
<u>Densité médicale du quartier de résidence**</u>			
Forte	1	1	1
Pauvre	2,91 (1,43-5,93)	1,19 (0,85-1,67)	1,28 (0,94-1,75)

*après ajustement sur les caractéristiques individuelles suivantes : âge, couverture maladie, revenu du ménage par UC, occupation professionnelle, vie en couple et limitation fonctionnelle

**le quartier de résidence est défini par la réunion de l'IRIS de résidence et de tous les IRIS adjacents (données respectivement de 2005 et 2007)

Vallée J., Cadot E., Grillo F., Chauvin P. The combined effects of perceived activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health care activities. The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). Health & place 2010;16:838-52

Si l'on regarde le recours au frottis de l'utérus depuis deux ans pour les femmes avec un espace de mobilité restreint et celles qui ont un espace de mobilité large, on constate que le fait de vivre à Paris est facilitant par rapport au fait de vivre en banlieue. On suppose que c'est lié à la densité médicale, mais on s'aperçoit que l'indicateur n'est pas significatif pour les femmes qui ont un espace de mobilité large. La densité médicale ne joue pas dans ce cas. En revanche, pour les femmes qui ont un espace de mobilité restreint, l'impact est statistiquement significatif et aussi très fort : elles ont en effet trois fois plus de risque de ne pas être à jour pour leur frottis du col de l'utérus. Tout ça est bien sûr ajusté sur les niveaux individuels, le niveau d'éducation, de revenu, etc. ainsi que sur le niveau socioéconomique du quartier. On voit que les débats actuels sur la densité médicale, le regroupement de cabinets, les discours comme quoi, à Paris, la densité médicale est telle qu'il n'y a pas de problèmes d'accès sont à nuancer pour les populations en difficulté, avec une mobilité réduite, qui sont les premières à en subir les contres coups.

J'espère, avec ces quelques exemples, avoir illustré de façon convaincante nos recherches sur les ruptures sociales. Si vous souhaitez d'autres informations sur la cohorte SIRS, vous pouvez avoir accès à notre site Internet : <http://www.programme-sirs.org/index.html> et aux SIRS info. Je vous remercie.

B. ROUGY : lors de la présentation de tout à l'heure, Antonia a rapidement évoqué une diapositive qui montrait que la France cumule le plus d'inégalités sociales en matière de santé, bien qu'elle se situe dans la moyenne des inégalités au niveau des 11 pays européens. Il me paraîtrait intéressant d'avoir des pistes sur ce paradoxe français, sachant que par rapport aux Pays Bas et en Angleterre on est en retard sur le croisement des données sociales et sanitaires. Merci aussi pour cette étude. Une des pistes à explorer, qui a déjà été évoquée dans notre dernière diapositive, est la capacité de maîtrise de sa vie, soit dans son entreprise, à travers sa capacité à s'approprier son travail, soit dans son quartier, soit dans ses relations, etc. Il s'agit d'être acteur de sa vie et de ne pas perdre son contrôle. Vous avez présenté de nombreux indicateurs, mais celui-ci me paraît intéressant à étudier davantage.

E. CADOT : oui, nous interrogeons également cet indicateur, via l'estime de soi, en s'appuyant sur le modèle américain du health belief model. Nous constatons effectivement une corrélation avec la santé, mais pour savoir comment agir dessus, je repasse la question à la salle.

JP ROMARIN : A deux moments, dans votre étude, vous avez introduit la dimension temps. Sur le plan individuel, dans le parcours de vie, qui détermine l'état de santé tout au long de la vie et notamment quand on avance dans l'âge. La deuxième occurrence qui mentionnait l'espace temps était la diapositive sur la dimension écologique globale. Est-ce que ce paramètre temps ne serait pas intéressant à analyser, puis pour mieux cibler nos actions : est-ce que ces différents facteurs ont les mêmes effets en avançant dans le temps ? Et, enfin, juste une remarque : on rêve d'une étude identique en milieu rural.

E. CADOT : Oui, on rêverait d'une étude capable de mesurer cela dans le temps. Mais c'est difficile. Soit on interroge une cohorte comme la nôtre qui débute en 2005 et on demande aux personnes interrogées de nous préciser ce qui s'est passé durant leur enfance. Mais on se heurte au biais de mémoire. Par exemple, sur les cancers féminins, nous avons interrogé les femmes sur leur pratique en mammographie. On constate une fuite du dépistage organisé vers le dépistage individuel... mais c'est difficile d'interroger cette situation plus avant car les femmes n'ont pas nécessairement un souvenir précis de leur dernière ou avant dernière mammographie. L'idéale est de monter des cohortes qui vont suivre les personnes tout au long de leur vie, leur vie entière. Mais c'est coûteux, très lourd, bien que très pertinent.

G. BASTIDE, psychologue, mission locale d'insertion des jeunes Gard Rhodanien :
Je vous remercie pour la qualité de votre intervention et je voudrais revenir sur les facteurs individuels dont vous avez parlé. Ces facteurs sont étudiés grâce aux approches anglo-saxonnes sur l'estime de soi et la question de la maîtrise de sa vie ou pas. Je voudrais rappeler que ces notions existaient déjà via la psychanalyse à travers les concepts de libido, de pulsion de vie, de pulsion de mort, comment chez les personnes il y a un équilibre plus ou moins favorable ou défavorable qui peut être un facteur important. Mon point de vue n'est, bien évidemment pas statistique, mais clinique. J'ai pu, au fur et à mesure des entretiens avec les jeunes que je reçois, mesurer combien tous les facteurs subjectifs peuvent venir s'imbriquer et même renverser des facteurs plus objectivables. Heureusement d'ailleurs que chaque individu a la possibilité de mettre au travail la perception de ces freins, comment il peut percevoir son environnement, ... Les obstacles à des démarches de soin peuvent diminuer en fonction de comment la personne va pouvoir reprendre en main et avoir envie de reprendre en main sa vie. Merci.

A. DANDE : je veux bien rebondir sur votre intervention pour insister sur le fait que votre question est au cœur des enjeux du débat. Il y a des facteurs individuels, il y a des facteurs sociaux. Ce qui nous intéresse c'est de savoir comment les facteurs sociaux influencent les facteurs individuels, et inversement. Le risque est de se focaliser uniquement sur une approche psychologique, centrée sur l'individu, en occultant les facteurs sociaux dont Emmanuelle CADOT fait référence. Au contraire, une approche trop centrée sur la société, l'environnement, risque d'occulter les ressources propres de l'individu qui se sont construites au cours de sa vie. L'idée est de ne pas exclure l'une ou l'autre mais de compléter.

C. DELSOL : Il me manque des indicateurs de pratique culturelle. Avez-vous travaillé dessus ? Je suis persuadé qu'en observant ces indicateurs, on verra que ces pratiques facilitent le lien social et un certain nombre de choses. On appelle cela l'éducation populaire. Par indicateur culturel, je ne parle pas de pratique artistique.

E. CADOT : il y a deux choses qui peuvent correspondre à ce que vous appelez pratique culturelle. On a interrogé les pratiques alimentaires (façon de faire les courses, ce qu'on mange, façon de manger ensemble ou non, etc.). Nous avons aussi interrogé les pratiques culturelles à travers l'activité sociale, notamment pratiques sportives, associatives, etc. Avez-vous des exemples plus précis des indicateurs que vous attendez ?

C. DELSOL : Oui, par exemple, aller au théâtre, aller au concert rencontrer l'autre qui sont aussi des facteurs de santé mentale, de santé physique. Ne serait-ce que danser, aller dans un musée, etc. qui peuvent faciliter la mobilité, une motivation, etc.

E. CADOT : Nous n'avons pas interrogé tout ce qui est théâtre, concerts, etc. Mais nous avons interrogé la fréquence des contacts avec les voisins, les relations inter personnelles, avec différentes échelles de voisinage.

A. DANDE : pour soutenir ce que tu dis, je vous rappelle que le Score Epices, qui est un score d'évaluation des précarités créé par les CETAF (centres Technique d'Appui et de Formation, coordinateurs des centres d'examen de santé), comprend 12 questions, dont des questions sur la fréquence des sorties au théâtre, au cinéma, la fréquence des relations avec l'entourage, le nombre de fois où l'on a déménagé, etc. Ce score Epices a été utilisé dans le cadre de l'enquête menée par l'ORS il y a deux ans auprès des jeunes en insertion, des jeunes en apprentissage et des jeunes étudiants. Ce sont donc bien des critères qui sont pris en compte et qu'il faut prendre en compte.

B. BLANCHARD, Holisme : je voudrais m'exprimer en mon nom propre, parce que, suite au premier diaporama, j'avais une sorte d'énerverment qui montait. Je ne suis pas du tout contre ce qui a été dit, mais je me rendais compte que j'ai des origines familiales paysannes et ouvrières, donc les deux catégories qui font n'importe quoi en matière de santé... Car je pense qu'il faut bien se rendre compte que ce sont les conditions de travail qui vont le plus impacter sur la santé. Si vous êtes carreleur, de toute façon vos genoux seront foutus. Ce n'est pas en pensant comme un cadre que cela résoudra quoi que ce soit. Ce qui m'a énervé, c'est que nous sommes dans un état délirant dans lequel, d'un côté il y a eu des revendications pour prendre en compte les métiers pénibles et d'un autre côté, les représentants de l'Etat disent « on va s'occuper des inégalités sociales de santé ». A un moment, il y a une sorte de tension insupportable qui me fait me poser la question de jusqu'où on participe à ces grandes gymnastiques. Ensuite, je trouve aussi que dans tout ce que l'on peut faire par rapport aux populations plus à risque à réfléchir au fait que leurs comportements ne sont pas des non comportements de santé, mais sont des stratégies de santé. Sachant que la cigarette est un puissant

anxiolytique, c'est une bonne stratégie de fumer du tabac pour essayer de se calmer. L'alcool est un anti douleur. Après des situations de travail difficiles toute la journée, il peut être bénéfique de se faire du bien... Je vous rassure ce n'est pas le discours que je tiens en tant qu'acteur de prévention. C'est là-dessus qu'il faut travailler. Il ne faut pas travailler en disant aux gens d'arrêter de consommer, mais sur ce qui pourrait remplacer ces stratégies immédiatement intéressantes pour les gens par des stratégies plus saines pour lutter contre le stress, l'anxiété et des situations socioéconomiques difficiles. Merci.

R. CRAUSTE : bonjour, Conseiller régional délégué à la santé auprès de Mme MARTINEZ, plus particulièrement en charge de la prévention et des maisons de santé pluridisciplinaires. Tout ça met l'accent, et c'était inscrit dans votre étude très intéressante, sur l'impact entre l'urbanisme, l'action publique et les résultats en matière de santé. Je me place du point de vue de l' élu. Toute décision, tout acte, a une incidence sur la vie des gens. C'est tout le sens de l'engagement public. Concevoir des espaces de rencontres, mettre en place certaines choses est donc essentiel. La politique menée par le Conseil Régional, avec des lycées neufs, des salles de spectacle et de rencontres... est un exemple d'engagement public. Comment remplacer ce recours aux produits psycho actifs quand on est dans le stress ? J'ai des concitoyens qui me disent que le soir en rentrant du boulot, alors qu'ils sont stressés, ils vont à la piscine... Ils rencontrent des gens, reviennent moins stressés, etc. Encore faut-il pour cela construire des piscines, proposer des tarifs attractifs, etc.

B. ROUGY : effectivement, c'est un paradoxe quand on rencontre ce type de journée... paradoxe quant à la place des institutionnels. Mais c'est tout de même une chance de pouvoir les interroger, de mettre en relief des recherches, se situer dans ce cadre-là. Nous n'avons pas voulu ce matin culpabiliser des individus sur leurs comportements. Il s'agit de faire du lien entre ce qui relève de l'environnement social et ce qui relève de l'individu et les relations entre ces deux champs. L'étude de Mme CADOT est intéressante car elle montre ces interférences et permet d'identifier les leviers sur lesquels agir. Suivant tel type de problématique, quels sont les leviers sur lesquels intervenir ? Si l'on se situe dans le champ de l'exécution de politiques publiques, nos leviers seront dans le champ de la politique publique dans laquelle on se situe. Si ce matin, j'ai demandé comment on pouvait dans le domaine des recherches interférer des indicateurs sanitaires et sociaux ce n'est pas pour rien. A ce que je sache, la CNIL n'a jamais considéré qu'il était inconcevable de tenir compte des catégories socioprofessionnelles dans le registre des tumeurs. On n'est pas dans une approche stigmatisante, mais dans des cohortes de 10 000 à 100 000 individus. On n'est pas dans des recherches individuelles. On ne peut donc pas savoir à l'avance si la CNIL s'y opposera. La question des inégalités sociales en termes de réussite scolaire est une question classique. C'est pour ça qu'il est intéressant de montrer la volonté des politiques publiques de faire apparaître ou non ces indicateurs. Notre but est de se poser des questions, même si on ne va pas y répondre lors de cette journée.

Un représentant de l'ARS : on ne peut pas dire pour l'ARS qu'il y a un blocage pour mieux connaître ce qui se passe à l'échelle des territoires ou des inégalités sociales. Au contraire, le message porté par Mme AOUSTIN est bien que nous allons mettre en place un groupe de travail qui a pour objectifs précis de mener un diagnostic plus fin sur les territoires mais aussi les pathologies que l'on peut rencontrer, le lien avec les inégalités sociales sur les territoires, les inégalités territoriales. La littérature n'est pas si abondante dans ce domaine, mais néanmoins il y a des freins qui rendent difficiles des études allant à ce niveau de détail précis.

R. CRAUSTE : il me revient de clôturer et de vous donner rendez-vous tout à l'heure pour la table ronde. Merci.

Béatrice Rougy : *Nous allons maintenant vous présenter une illustration de nos discussions avec ce film, réalisé par des jeunes en insertion et qui s'appelle « Rêves précaires : le quotidien des jeunes en insertion ».*

L'histoire de ce film vient de la difficulté pour le Conseil régional de rendre compte des résultats du diagnostic santé jeunes de l'ORS pour un public dont les scores de santé étaient particulièrement péjoratifs, notamment les jeunes sans qualification des missions locales qui cumulaient des difficultés dans leur santé physique, mentale et sociale. Le public en situation de précarité et sans qualification, coupé de ses relations familiales, avait dans cette étude, pour la moitié, commis une tentative de suicide. Rendre compte de ces scores péjoratifs, était pour nous une option qui risquait de leur donner une vision peu positive de leur vie et de leur avenir. Et nous ne souhaitons pas privilégier cette approche. Il y a eu tout d'abord un premier travail avec les missions locales qui ont rédigé des histoires de vie et conçu des posters pour permettre de donner des issues. Puis, nous avons choisi de favoriser leur parole à travers un film réalisé par quatre missions locales : Carcassonne, Narbonne, Montpellier et Lodève. Quatre groupes de jeunes ont ainsi été réunis pour parler de leur parcours, de leur vie, de leurs rêves et de comment ils comptent les faire aboutir. Avec l'idée que ce sont eux qui ont fait le scénario du film, qui participaient au tournage et au montage. On va vous montrer les quatre films et vous verrez le discours final que ces jeunes ont voulu transmettre.

Aude LAHA, coordinatrice santé, Mission locale des jeunes de l'agglomération de Montpellier : Ce film est utilisé lors de groupes de paroles. La commande initiale du Conseil Régional était que les jeunes puissent avoir un espace pour parler de leurs rêves. Très rapidement, les jeunes que nous avons accompagnés ont parlé de leur insertion professionnelle, de leurs galères, de leur difficulté, mais selon un point de vue très positif. Je ne sais pas ce que vous en pensez, mais je trouve qu'au final, ils ont mis du sens à cette recherche d'emploi. Leur rêve n'étant pas tant l'emploi que ce que cela permet. Dans tous les groupes, la situation de recherche d'emploi était tournée en dérision, traitée de manière plutôt légère. Pour le groupe de Montpellier, toutes les personnes qui ont participé au film ne peuvent plus aujourd'hui participer à des débats autour du film car tous ont connu un aboutissement positif à leur démarche, et ils ont tous trouvé soit un emploi, soit une formation. Ils n'ont plus de temps à consacrer à cette jolie page qu'a été l'expérience du film. Je pense que chacune des quatre coordinatrices de ces groupes ont eu le même retour, à savoir que tous les objectifs ont été atteints : cette démarche de groupe leur a permis de sortir d'un quotidien pas toujours agréable, d'aller vers l'emploi, de se faire des amis, de créer un projet, d'aller jusqu'au bout. Vraiment, ça a été une riche expérience. Merci, et je mettrai 10 sur 10 à cette initiative.

A. DANDE : je voudrais ajouter qu'un des intérêts de la démarche était de se confronter au hiatus entre, d'un côté les représentations qu'avaient les acteurs de la santé publique sur le vécu de ces jeunes, et de l'autre côté, ce que les jeunes vivent et ressentent. Il me semble que les jeunes du projet nous ont permis de constater si les représentations que nous avons de leurs difficultés sont proches ou non de leur réalité. Ce retour là, en soit, est déjà quelque chose d'intéressant.

Film à consulter sur :

<http://www.irepslr.org/article-reves-precaires-le-quotidien-des-jeunes-en-insertion-52308457.html>

A. DANDE, Ireps : Nous souhaitons que cet après-midi soit consacrée au débat sur les inégalités sociales de santé, entre les acteurs de terrain, les élus et les représentants institutionnels présents. L'heure qui nous reste sera consacrée aux questions, observations, commentaires ou témoignages sur le sujet qui nous rassemble aujourd'hui.

B. ROUGY, Conseil régional : Les participants de la salle représentent des structures et des fonctions variées. Il y a des associations qui représentent des acteurs de santé et de prévention, il y a des lycéens en BTS, il y a l'ARS, il y a des élus, Robert CRAUSTE qui représente le Conseil régional, il y a l'IREPS, les CODES, il y a les missions locales, des CFA, la MSA... Enfin bref, il y a différents partenaires et acteurs qui ont chacun un rôle dans le dispositif d'insertion ou d'accompagnement social. Sachant qu'il était difficile de mettre Robert CRAUSTE autour d'une table pour représenter la parole politique dans son ensemble. Nous avons donc préféré une animation en débat autour de l'intervention d'Emmanuelle CADOT ce matin. Il y a des données structurelles des inégalités socio économiques sur lesquelles les partenaires que vous êtes ne peuvent pas intervenir car ce n'est pas à vous d'intervenir pour une meilleure justice sur la question des minima sociaux, de la distribution équitable des revenus, etc. Mais il reste des champs sur lesquels nous pouvons intervenir et interroger nos pratiques.

Mais avant de commencer le débat, nous voulions donner la parole à Valérie DESMARTIN, chargée d'étude à l'ORS. Elle conduit actuellement une étude sur les maternités précoces. Ces représentations sur les maternités précoces font partie de celles qu'il est intéressant d'interroger, sachant que nous ne déployons pas le même type d'intervention en fonction de nos représentations. Comme elle ne peut pas rester tout l'après-midi, nous souhaitons tout d'abord qu'elle puisse vous présenter cette étude. Nous avons déjà abordé les représentations de plusieurs manières : à travers le recours aux soins et les freins générés par les représentations des professionnels et celles des citoyens eux-mêmes.

V. DESMARTIN, ORS : Merci, je peux vous faire une rapide présentation du projet. Je crois qu'il y a une dynamique engagée au niveau du champ de l'observation de la santé puisque c'est à ce titre que je m'exprime. Il faudra ensuite un temps pour que la salle puisse interpeller les élus et les décideurs.

Il existe un dispositif nommé Plateforme d'observation sanitaire et sociale, la POSS, qui est vraiment née de cette volonté d'interroger les problèmes sous un angle qui ne soit pas strictement sanitaire, mais qui essaie de se doter, autant que faire se peut, d'indicateurs sociaux. Elle essaie de rechercher des déterminants sociaux de santé à chaque fois que l'on aborde un problème qui, a priori, Antonia le disait, est plutôt dans un champ de représentations sanitaires.

Nous avons saisi cette Plateforme d'observation sanitaire et sociale, aujourd'hui portée par la Direction Régionale jeunesse et sport et cohésion sociale (DRJSCS), mais qui était jusqu'à peu de temps portée par la DRASS. Il s'agit d'une réunion de producteurs de données : les conseils généraux, les CAF, beaucoup de partenaires, qui ont l'objectif commun de mutualiser les informations dont chacun dispose, de mutualiser les moyens, pour travailler ensemble lorsque l'on a besoin d'informations nouvelles, de poser des diagnostics. La POSS s'est emparée de deux sujets : la problématique des maternités précoces et une autre problématique sur les personnes âgées. Sur les maternités précoces, il ne s'agissait pas de réinterroger, car de nombreuses choses ont déjà été faites, des choses comme savoir s'il y a eu échec de la contraception, si l'intervention s'est bien passée, etc. Il s'agissait de se demander quel était l'impact de ces maternités précoces sur l'insertion sociale et

professionnelle des jeunes mères, sachant que nous avons déjà travaillé sur un diagnostic Santé jeunes qui montrait que les jeunes en plus grande difficulté d'insertion, avec le plus faible niveau de qualification, ont souvent un cumul de désavantages sociaux. Or, l'on trouvait nombre de jeunes mères dans le groupe des jeunes les plus fragiles, sans étayage, sans réseau familial.

Nous avons donc posé la question des maternités précoces en région via différents travaux : des requêtes statistiques, une enquête auprès de la population, et actuellement la dernière phase qui est l'interrogation des dispositifs d'accompagnement. Nous avons étudié cet événement, qui est souvent très heureux, un tiers de maternités précoces se passe sans problème, dans un contexte très stable affectivement. Nous avons cherché à identifier les fragilités à mettre en avant chez ceux qui sont un peu plus fragiles. On a des informations très importantes sur, par exemple, l'impact d'un étayage familial, dans quelle mesure les professionnels peuvent-ils prendre le relais. On s'est intéressé au logement, aux conditions d'accès aux droits, aux soins et à la prévention. Ce travail est quasiment achevé au niveau de la production de connaissances. Vous avez un poster sur un des piliers qui vous en rend compte. Il reste à mener le dernier volet de l'étude qui concerne les institutions et des associations qui produisent de l'accompagnement de ces jeunes mères, qui peuvent les repérer dans un parcours de soin, pour voir quelles réponses publiques sont proposées aux jeunes mères. Parfois la réponse existe mais elles ne le savent pas. Parfois leurs besoins n'ont pas traduction en termes de dispositif. Nous travaillons avec l'ensemble de nos partenaires, la PMI, le mouvement français du planning familial qui les voient souvent en tout premier car ils accueillent les femmes qui viennent chercher leur premier test de grossesse gratuit et confidentiel au planning. Nous essayons d'avoir une lecture du circuit de prise en charge sanitaire avec les partenaires qui peuvent aider pour le soutien à la parentalité dont les partenaires de la formation. Ces quelques mots permettent d'illustrer comment un phénomène, une problématique de santé publique pouvait être étudiée au-delà de la vérification des conseils en suivi tel que le nombre d'échographies ou d'examens médicaux après la déclaration de grossesse, etc. On peut aussi s'intéresser aux conditions de logement, aux revenus, au soutien social, etc. Nous évitons ainsi d'avoir une vision monolithique. Un tiers des maternités précoces sont sans souci pour la mère, pour l'enfant, pour l'avenir de la mère, d'autres sont plus fragiles et il faudra des coups de pouce en matière d'emploi, pour récupérer une scolarité interrompue, ainsi que pour l'accès au droit commun, notamment l'offre de garderie. J'espère prochainement revenir avec des résultats et des recommandations.

A. DANDE, Ireps : Merci. Nous avons eu là un exemple de ce que l'on peut mener comme type de projet, dans le champ et des études et de la recherche. Plein de choses recouvrent en filigrane ce qu'on a vu ce matin. En termes de représentations premièrement. Ce n'est pas pour rien que Valérie rappelle qu'un tiers de ces maternités précoces se passe bien. Il ne faut pas qu'a priori nous catégorisions toutes les maternités précoces comme des situations problématiques. Personnellement cela me pose aussi la question de savoir à partir de quel âge on va considérer comme légitime ou raisonnable d'être parent ? Que signifie réellement précoce ? Quelle est la part des interprétations culturelles ou morales dans les critères définis ? Merci pour cet aperçu, nous attendons de pouvoir en savoir plus !

Pour rester autour de la thématique des inégalités sociales de santé, je rappelle que ce matin, nous avons essayé avec Béatrice de dresser un portrait large des inégalités sociales de santé, Emmanuelle CADOT a présenté un axe de recherche territorial qui mettait en avant les ruptures sociales et les déterminants sociaux qu'il pouvait y avoir dans une trajectoire de vie et qui impactaient sur la santé. C'est la quatrième journée sur les inégalités sociales de santé, le programme Santé des jeunes du Conseil régional affirme que c'est sa finalité, de même pour l'ancien programme régional de santé

publique et la conférence régionale de santé. Les institutions présentes ce matin ont confirmé leur implication dans ce champ.

La discussion de cet après-midi est l'occasion pour vous de poser des questions et surtout d'exprimer ce que vous en pensez. Est-ce que qu'il faut travailler dans une démarche de réduction des inégalités sociales de santé ? Comment faut-il s'y prendre ? Quelles sont les questions que vous vous posez ? Quelles sont vos attentes par rapport aux institutions ? Nous avons eu finalement encore peu de réponses ce matin car les institutions sont en train de se structurer et vous devez vous poser d'autres questions qui n'ont pas été abordées. Si vous avez des exemples de mode d'intervention, c'est également intéressant de les partager, de les soumettre à la discussion.

Christophe BONNIER, ARS : je voudrais apporter une question un peu plus fine : **faut-il privilégier les actions à portée générale ou les actions différenciées en fonction des populations ciblées.** C'est une problématique qui interroge à la fois au niveau national et au niveau régional où cela à une incidence sur la portée des actions à mener, sachant qu'à un moment donné on sera obligé de faire des choix.

Chantal BERAUD, ARS : Je dirais que c'est un peu les deux. On évoquait tout à l'heure les maternités et vous avez cité le travail qui est fait par la POSS sur les maternités précoces. Je me demande, au regard de tout ce qui a été dit ce matin, au regard des besoins que nous avons de travailler en direction des jeunes, au regard de toutes les problématiques malheureuses qui existent aujourd'hui, si on n'aurait pas intérêt à travailler de façon très fine, coordonnée entre nous, pouvoirs publics et professionnels de santé, en direction des maternités, des établissements qui accueillent les futures mamans dès la préparation à l'accouchement pour faire passer un certain nombre de messages aussi bien en direction des mères que des enfants à naître, et également en direction du personnel. C'est un exemple qui cible une population, mais tout en restant une action à portée générale. Cela peut être une piste à travailler. Depuis des années, nous mettons en place des actions très locales sur l'alcoolisme, sur la drogue, sur les comportements de certaines populations mais je ne suis pas sûre que nous ayons réussi à juguler le phénomène.

E. COULOUMA, IREPS : je pense qu'une réponse à la question que vous posez est apportée par l'étude canadienne dont il a été fait allusion ce matin, c'est-à-dire l'étude longitudinale sur le développement de l'enfant qui montre l'intérêt d'intervenir très précocement au niveau de la grossesse. Puisque l'on parle fréquemment aujourd'hui en termes d'efficacité et d'efficience, cette étude montre qu'il y a une très grande efficacité à travailler sur des facteurs subjectifs que sont le moral de la mère pendant la grossesse. Quand elle peut projeter son avenir et celui de son enfant, les risques en santé sont diminués. De grosses études le prouvent, il est temps de passer à l'action. Des expériences ont été menées à Béziers avec les services de pédopsychiatrie pour observer comment se construit le lien avec l'enfant, pendant la grossesse et dans les premières années ainsi que des expériences sur l'appui à donner aux professionnels qui ont en charge la petite enfance. Ces expérimentations n'ont pas été poursuivies. Elles avaient été menées dans le cadre des politiques de la ville, Les deux étaient complémentaires et il faudrait reprendre ce type d'expérience.

B. ROUGY, Conseil régional : il y a eu aussi des travaux en région sur l'accompagnement de la grossesse et notamment l'entretien du premier trimestre. En 2006, le Conseil régional avait financé la formation de toutes les sages-femmes libérales sur cet entretien. C'était avant que le Conseil régional ne détermine les orientations de sa politique de santé. Concernant les maternités précoces, le Conseil régional s'y est impliqué par la formation, par le biais du soutien qu'il apporte aux missions locales qui accueillent ce public et aussi via son travail avec les services de PMI. La question de la structuration des PMI en région n'est pas plus favorable à ce qui existe généralement en France. Dans

certains départements, comme la Seine Saint Denis qui est un département extrêmement précarisé, les services de PMI suivent 85% des naissances. Ici, nous sommes environ à 25%. La question est de savoir comment les conseils généraux peuvent définir leurs publics. Y a-t-il lieu d'apporter plus au public qui a le moins ? Si l'on ne réfléchit pas aux publics sur lesquels on intervient, on ne pourra jamais corriger les inégalités. On risque même de les augmenter.

R. CRAUSTE, élu au Conseil régional : Je voudrais revenir sur cette étude sur les maternités précoces. Nous nous interrogeons sur la meilleure modalité entre une approche globale ou une approche ciblée, ou un peu les deux. J'ai un peu amorcé cette réponse ce matin. Je me situe en tant qu'élu au Conseil régional et élu local. Nous avons nécessairement une action globale, car nous nous inscrivons dans une approche républicaine, comme nous le rappelle les mots « Liberté Egalité Fraternité » sur les frontons de nos mairies. L'égalité des chances est un devoir républicain. Tous les élus doivent être conformes à cet engagement républicain. On a vu que la santé est une notion extrêmement globale. Il en va de l'environnement, au sens large du terme, la famille, l'habitat, le travail, le quartier, etc. Là, bien-entendu, il y a une responsabilité de l'élu et des politiques qu'il met en œuvre. Dans cette approche globale, il va y avoir des incidences positives ou négatives sur l'égalité et forcément sur la santé. Le Conseil régional répond à des compétences. Ces compétences sont parfaitement définies dans le cadre de la loi sur la décentralisation : l'éducation, avec les lycées, le développement économique, la formation, l'aménagement du territoire, le transport et j'en oublie sans doute. Vous voyez bien qu'à travers ces compétences, si le Conseil régional propose les transports à 1 €, et nous comptons le faire d'ici un ou deux ans, c'est une façon d'aller vers l'égalité des chances, via l'égalité du déplacement. Et nous avons vu ce matin que la facilité de déplacement avait une influence sur l'accès aux soins et à la prévention, donc à la santé. De la même façon, lorsque le Conseil régional permet aux élèves des lycées d'obtenir des livres gratuitement, c'est l'égalité des chances, de l'acquisition des savoirs. L'acquisition des savoirs est un des déterminants de la santé de demain. Je ne veux pas faire la publicité du Conseil régional mais réfléchir avec vous aux moyens d'agir. On va ainsi avoir des actions transversales qui auront de vraies conséquences, et c'est ce qui fait la noblesse de l'action publique. Nous avons aussi décidé de mener des actions au delà de nos compétences, car ces actions étaient en lien avec la formation, les lycées, les CFA, les missions locales jeunes. Nous avons un fil conducteur : les jeunes. La prévention primaire nous intéresse, les difficultés sociales également, d'où notre programme auprès des jeunes. Comme nous avons le souci de l'égalité des territoires, nous soutenons les maisons de santé pluridisciplinaires dans les territoires où il y a un risque de désertification. Là, on joue sur l'égalité des territoires et l'accès aux soins. Pour le Conseil régional, les deux approches, celle globale et celle ciblée, sont complémentaires pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. J'espère que ce que je viens de dire permettra à la salle de prendre la parole.

A. DANDE, Irep : Il me semble aussi que ce qui est intéressant c'est d'évoquer ce que nous suggère le fait de travailler à la réduction des inégalités sociales de santé quand on est acteur de l'éducation pour la santé. Ce matin, nous avons vu combien c'est un sujet complexe. On nous parle politique, on nous parle de tout un tas de déterminants sociaux, objectifs ou subjectifs, mais ce que nous sommes, c'est acteurs de l'éducation pour la santé. Nous avons appris à travailler en vue d'améliorer la santé des personnes, sans forcément avoir été formés aux questions de ruptures sociales ou de support social. Pourtant, nous travaillons déjà sur nombre d'indicateurs sociaux. Quand nous menons des actions qui vont au-delà de la transmission de messages, quand nous travaillons sur l'estime de soi des jeunes, sur les compétences psychosociales, sur le lien social ou l'accès au logement pour les missions locales, nous sommes dans ce que nous avons coutume d'appeler la promotion de la santé. Ce sont des actions qui vont a priori dans le sens de la réduction des inégalités de santé si les déterminants sociaux sont pris en compte, et que les publics sont ciblés parmi ceux ayant le plus de difficultés. Mais se donne-t-on les moyens d'agir efficacement contre les inégalités ? Se donne-t-on les

moyens de mesurer l'efficacité de nos actions sur les inégalités ? Est-ce possible ? Quelles sont les questions que vous vous posez ?

N. GUEZ, AMT Arc-en-Ciel : je parle en mon nom mais je pourrais parler pour pas mal d'acteurs de prévention, que nous avons bien compris. Je pense que cela fait un moment que nous savons, dans le champ des addictions, qu'il ne s'agit pas d'agir sur le produit ou le rapport au produit mais qu'il faut travailler sur les déterminants qui sont à l'œuvre dans le processus de relation au produit. Ces processus sont complexes et cette complexité est difficile à expliquer car la tentation, le souhait, l'élan le plus spontané serait de dire qu'il suffit d'enlever le produit pour enlever le problème. On sait bien qu'il faut travailler sur les déterminants. C'est une lutte ancienne, avec nos partenaires de l'Education nationale notamment, pour faire passer l'idée que la prévention des addictions ne passe pas par des séries de tournées dans toutes les classes pour expliquer les risques liées aux produits. Le savoir sur ces questions a une part dans la prévention, mais une part qui reste minime et ce n'est pas ça qui infléchira les processus. Il faut que les acteurs de première ligne se mettent au travail, il faut se mettre en lien avec ses proches, surtout pour les plus fragiles, il faut réfléchir à des notions de limite. D'un point de vue sanitaire, la réponse est assez simple, mais il faut tenir compte du bénéfice social, en termes de stress, de lien social. On sait aussi que les publics les plus fragiles ont des capacités de régulation au sein des groupes, avec des notions de risque et d'excès variables. Peut-être que notre travail n'est pas de cibler mais d'avoir une entrée plus large, ce qui évite de poser les choses comme s'il y avait un certain déterminisme, favorisant l'adhésion des personnes. Si nous travaillons en créant des conditions favorables, ceux qui en ont le plus besoin s'en saisiront.

Voilà, c'est un peu le pari qu'on fait. En tous cas, en ayant tenu cette ligne là, on a quelques résultats qui me paraissent intéressants à fouiller. On ne stigmatise pas à l'entrée, en revanche, on essaye de créer des conditions qui permettent à ceux qui pourraient en avoir besoin, de s'en saisir au moment où c'est opportun pour eux également, donc ça veut dire du temps, etc. etc. et ça, ce n'est pas si évident que ça à mettre en place. Je ne suis pas sûre que ce soit nous, les gens qui travaillons sur le terrain, qui ont besoin d'être convaincus de ça, je crois que c'est plutôt les partenaires avec lesquels on travaille, les institutions avec lesquelles on travaille, qui pour des tas de raisons qui sont souvent légitimes aussi, des questions de temps, d'emploi du temps, des contraintes d'organisation, etc., qui font que ces propositions là, sont plus lourdes à mettre en place, c'est évident, si on veut travailler et avec les adultes, et avec les jeunes, avec des groupes restreints, sur du temps, avec des contenus... Vous avez raconté cette histoire de film, vous avez dit, finalement assez rapidement, que ce film avait eu un impact. Hors le fait de participer à un projet qui soit valorisant, participatif, dynamique où cette parole soit vraiment valorisée aboutie le plus souvent à des impacts positifs pour les participants. Or, quand on essaye de proposer des actions de ce type, on voit bien le boulot que ça peut représenter, à mettre en place pour les institutions partenaires, et on a pourtant du mal à être reconnu. Donc il me semble que c'est plutôt eux qu'il faut essayer de convaincre de la nécessité de travailler dans ce sens.

Claude DELSOL, Art'Scène : On nous demande de porter une contribution, moi je vais l'apporter en deux temps. La première, une citation : le sage s'adapte au monde, le fou le transforme. A la question est-ce qu'on est conscient sur le terrain de ces problématiques ? Mais bien sûr qu'on en est conscient, tous les jours on en est conscients et tous les jours on analyse et on évalue nos actions, et on les modifie en fonction de tous ces paramètres. Le problème c'est que de mon point de vue, il y a une contradiction, une incohérence permanente : des gens réfléchissent dans leur coins, nous transmettent des diagnostics, ils nous déstabilisent sur le terrain... Alors, on essaye d'être humble, on remet en cause nos pratiques et on mouline, on mouline en permanence. Mais il manque le lien et les limites entre tous, entre les analyses globales, nationales ou autres et le vécu, l'expérience des acteurs de prévention. Je crois qu'il y a dans la vie, plusieurs temps. Moi j'aime bien la démarche du Conseil

régional au niveau de la politique santé des jeunes 15/25 ans, parce qu'il y a les moments où on réfléchit, les moments appel à projet, les moments où on répond aux appels à projet, les moments où on agit, et on alimente ça. Mais à un certain moment, moi, le problème que j'ai, c'est de savoir quand est-ce qu'on est dans la réflexion, et quand est-ce qu'on est dans l'action et quand est-ce que, excusez moi messieurs les politiques, ou messieurs les intellectuels... je ne sais pas comment dire, les techniciens ou technocrates : quand est-ce que vous allez nous donner réellement les moyens de développer des actions selon les critères d'exigence de la réduction des inégalités sociales de santé ? Enfin, moi je suis convaincu que nos actions sont bonnes. Prouvez nous le contraire, ce n'est pas à nous, à vous prouver que nos actions ne sont pas bonnes. Changeons, ou, essayons d'inverser les rôles. Voilà, ça c'était ma première intervention. Je fais volontairement dans la polémique, parce qu'on est dans la réflexion et continuons à mouliner.

La deuxième réflexion, je la donne à l'assemblée. Il y a une théorie économique, je vais loin vous allez voir, qui dit même si je n'y souscris pas trop, que plus les riches seront riches, moins les pauvres seront pauvres. Ce n'est qu'une théorie. Certaines personnes au pouvoir le pensent très honnêtement... Et ce matin, la restitution de l'enquête du SIRS montre bien que dans les milieux et les quartiers favorisés, il y a des riches, qui, au niveau de la santé, sont privilégiés. Continuons, continuons, comme ça les pauvres seront encore plus favorisés par la santé ! Pourquoi pas ? Mais, en même temps, je le dis de façon très humoristique, mais je me demande si derrière tout ça, il n'y a pas des dogmes et une idéologie. Posons-la comme ça, mais dites nous clairement, s'il vous plait, quand est-ce qu'on doit réfléchir et s'opposer idéologiquement et quand est-ce qu'on doit parler des moyens. Moi je ne sais pas. Si je suis en train de pédaler, et si on me demande de descendre de ma bicyclette pour analyser le fait que je dois pédaler autrement, etc. je veux bien analyser. Mais quand je suis sur la bécane, j'avance et je pédale... d'autant plus que je vis aussi de cela, il faut le reconnaître. Et toutes les personnes présentes vivent de ça. On vit de la précarité des gens, on vit de la santé... Et à un certain moment, moi, j'ai l'impression que mon rôle de citoyen, mon rôle d'acteur de prévention, c'est de faire avancer une société. Voilà. Monsieur Jean VILARD disait : « la culture pour tous et pour chacun », moi j'aurais tendance à dire, « la citoyenneté pour tous et pour chacun », et repiquons le au niveau de la santé.

C. OUSTRIERE, Codes des P.O. : oui, ça va être un peu difficile d'intervenir derrière, mais moi je rejoins un peu ce qu'a dit Nathalie. Je pense qu'il y a pas mal d'acteurs ici dans le champ de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé, qui ont fait ce lien entre les déterminants de santé et les inégalités sociales de santé. Aujourd'hui, on parle des inégalités sociales de santé, donc moi je trouve que c'était intéressant que le Conseil régional mette en place cette rencontre. Par contre, je ne suis pas sûre que tous les acteurs aient fait ce lien. Donc on travaille depuis de nombreuses années sur les déterminants de santé. Ce que je voulais dire aussi, c'est qu'au vu de la complexité des inégalités sociales de santé, sur le terrain, on est amenés à ne pas travailler tout seul dans son coin. On est amenés à travailler en réseau et en interdisciplinarité. Je crois qu'un des axes d'une politique de réduction des inégalités sociales de santé est de travailler sur cette intersectorialité. Maintenant, je renvoie la balle dans le champ du politique. C'est vrai, que techniquement sur le terrain, il y a des choses qui se passent, et on travaille, que ce soient les professionnels de santé, du champ de l'éducation, du champ du social, etc. sur des projets souvent micro local, ou territorial, ou qui s'intéressent à la santé des jeunes, à la santé des personnes âgées, etc. Moi, je me dis, que tant qu'on n'affichera pas dans nos politiques publiques des objectifs très clairs de réduction des inégalités sociales de santé, avec des moyens pour mettre en œuvre cette intersectorialité, on va toujours galérer sur le terrain ! Je crois que c'est aussi au champ du politique de se saisir de ça, d'avoir des objectifs très clairs et partagés sur les inégalités sociales de santé, et du coup, par ricochet, sur le terrain, les acteurs seront amenés à travailler de plus en plus ensemble.

Enfin, pour répondre à l'ARS, je crois qu'il faut à la fois travailler sur la population en général, mais aussi conserver une approche spécifique par public. Je crois que les deux entrées sont à soutenir, voilà.

Antonia Dandé, Ireps : Et juste pour compléter avant de repasser le micro. Ce qui me paraît important, c'est de faire du lien entre ce qui se passe sur le terrain depuis très très longtemps, je rejoins aussi ce qu'à dit Nathalie, et ce concept qu'on nous apporte et qui descend, qui vient des autorités, des chercheurs, etc. Ce concept est porté maintenant par les institutions et par les politiques. Il n'y a pas un écart majeur quant aux pratiques de terrain. On fait déjà de la promotion de la santé depuis x temps. Mais on voit bien les écarts entre le concept, les politiques et les pratiques, notamment à travers la question des moyens en temps, en organisation, en financement aussi. Comment peut-on faire quand on est acteur de terrain pour faire remonter notre pratique quotidienne, pour qu'elle soit intégrée dans les politiques, pour que les orientations des politiques se fassent ? On nous demande de travailler en intersectorialité... très bien, quid du décloisonnement des politiques ? Si l'on veut travailler, il faut qu'on ait des financements, donc on ne pourra travailler dans l'intersectorialité que s'il y a des financements qui nous permettent de travailler dans l'intersectorialité. Quid des financements de coordination par exemple.

Claude Delsol, Art'Scène : Je voulais ajouter une autre réflexion. Nous sommes bien dans le champ du public et on est associatif. Cela veut dire quelque chose. Aujourd'hui, moi si je suis ici, pendant que je suis ici, je ne travaille pas. C'est important d'en être conscient car ensuite, quand j'émerge dans les conventions, il y a une partie de la convention qui m'est donnée pour réfléchir. Mais il faut aussi que je sois dans l'action ! Vous demandiez les inquiétudes des acteurs de terrain. La mienne est que bientôt je vais déposer des projets où dans mes budgets, je vais être obligé de mettre 60 % sur de la réflexion, de l'évaluation et des bilans et 40 % d'attribution à mes actions. Et ce que je souhaitais dire, et là aussi je grossi le trait volontairement, c'est que lorsque l'on est des petites structures, on est vraiment très précarisé là-dessus. On risque de ne plus exister. Qui va occuper le terrain ? C'est la question que je pose. Si c'est le privé non associatif, cela coûtera beaucoup plus cher à la collectivité territoriale.

Représentant de l'ARS : Pour expliquer la difficulté, la complexité, entre le collectif et les actions plus ciblées, ce qui m'a marqué ce matin, c'est l'approche qui nous a été proposée sur la mobilité réduite de certaines femmes par rapport à la PDS (permanence des soins) et à l'action professionnelle de santé, notamment par rapport à la prévention du col de l'utérus. Donc je me disais qu'au niveau de l'Agence régionale de santé, nous allons travailler sur tous les territoires de permanence des soins. C'est un travail qui va avoir lieu au cours de l'année 2011, avec une volonté de repérer les zones fragilisées, de mieux organiser les professionnels de santé. Je pense qu'il s'agira d'un travail qui sera de l'ordre du collectif, mais qui ne résoudra pas le problème de ces personnes-là. On aura besoin également d'autres partenaires, de travailleurs sociaux, de personnes qui sont proches de la situation de ces personnes, pour justement les amener vers ce dispositif. Donc on voit bien que là, on est en même temps sur du collectif et sur de l'individuel et aussi à marier des politiques, des personnes qui viennent d'institutions différentes.

Frédérique GUERENNE, service social de la CARSAT : C'est vrai que nous travaillons plus sur comment amener les gens à accéder aux soins et à enclencher des démarches de soins. On est vraiment dans cette action, dans cette dynamique. Je dirais pour répondre à l'ARS, que je pense qu'il faut les deux. A la fois une action générale, mais compte tenu de la difficulté de la multiplicité, ou plutôt de la complexité des déterminants, il est difficile de se contenter de ça. Le risque étant sinon que les

partenaires soient plus ou moins compétents dans certains champs. Au niveau de l'assurance maladie, il y a des champs, tel que l'habitat où on ne va pas pouvoir réellement intervenir. Donc je pense que c'est effectivement les deux qu'il faut arriver à mener de front.

Une psychologue en mission locale : Moi je voulais attirer l'attention sur ce que je ressens en tant qu'actrice de terrain, je parle en mon nom mais je crois que c'est un sentiment qui va être partagé. Ce qui me semble important, c'est aussi la possibilité d'inscrire des actions dans la durée et de ne pas avoir forcément toutes les années la même chose à répéter, à raconter dans toutes les démarches qu'on peut faire. Pour pouvoir travailler en partenariat, pour pouvoir vraiment mener des actions auprès de populations qui sont en difficultés, en grandes difficultés ou en difficultés moyennes, il faut davantage que 2, 3, 6 mois. Il faut travailler plus de temps que ça et il faut qu'il puisse y avoir des relais, etc... et je trouve qu'il y a une tendance actuelle à ne pas reconnaître la légitimité de cette question du temps. On a trop l'impression qu'il faut sans cesse se remettre sur le métier, argumenter, re-expliciter, etc, etc..

Béatrice ROUGY, Conseil régional : Il y a aussi une difficulté dans l'appréhension politique générale, politique spécifique. Si on regarde les politiques des institutions, le focus va être mis sur certains publics. En fait, il y a des publics qui vont rester ignorés avec ces focus là. Je donne un exemple sur la question de l'alimentation : on a beaucoup travaillé avec la Conférence régionale santé nutrition (CRNS). Jean-Paul ROMARIN est là, et M. RIGAUD ce matin a parlé du baromètre santé sur cette question de la nutrition en région. On voit que le focus se resserre actuellement sur la question de l'obésité infantile, alors que les études réalisées en interrogeant une population générale, sur leur perception de la santé ont fait apparaître des choses qu'on ignorait, même si on pouvait le penser, c'est qu'il y a des gens qui n'ont pas accès à l'alimentation. C'est un problème extrêmement grave, que des gens ne puissent pas être alimentés. Comment fait-on en Région ? Au fond, il n'y avait pas eu de réflexion sur la distribution alimentaire : à qui on distribuait et où on distribuait. Et notamment les jeunes qui sont exclus des minima sociaux et qui ne rentrent pas dans les circuits des assistantes sociales et qui vont faire marcher leurs réseaux complémentaires. Si on a de l'obésité pour des populations précaires, on a aussi une extrême maigreur et qui n'est pas liée au régime inadapté, mais à la faim. C'est une question de politique publique. Effectivement c'est un peu compliqué, on a une espèce de puzzle d'interventions à mettre en place. Mais où réfléchit-on aux données globales et générales de construction de ces inégalités sociales. C'est vrai que nous manquons de lieux, d'espace partagé pour échanger sur ces questions là. Je prenais l'exemple de la distribution des aides alimentaires par ce que c'est un stéréotype mais c'est un stéréotype qui est révélateur des difficultés de coordonner les réponses sanitaires et sociales à ces questions. Où peut-on parler de ces questions là ?

Chantal BERAUD, ARS : Juste peut être un élément de réponse à la question qui vient d'être posée. En 2010, l'Etat à mis en place une nouvelle organisation des structures et elle a mis en place à la suite de la loi hôpital patient santé territoire de 2009 des lieux d'expression, des lieux de démocratie sanitaire et de coordination des politiques publiques. C'est vrai que on ne peut pas tout attendre de ces structures, mais en tous cas il y a des lieux qui existent où sont représentés tous les pouvoirs publiques, que ce soit le Conseil régional, toutes les collectivités territoriales, les associations, etc. Je me tourne vers vous, chacun, vous avez tous votre place dans ces lieux d'expression, puisque à la CRSA (Conférence régionale de santé et d'autonomie), qui est installée au 12 juillet dernier, il y a 8 collègues qui composent cette instance et notre objectif à nous, c'est de faire remonter du terrain les attentes et les besoins des citoyens et des professionnels et des institutions. J'avais commencé sur la

commission de la coordination des politiques publiques où les pouvoirs publics de manière générale, collectivités territoriales et l'Assurance maladie et les administrations d'Etat essaient de coordonner leurs politiques autour de la table. Il y a quand même des embryons, si je puis dire, de lieux aujourd'hui. C'est M. CRAUSTE qui est le Président de la commission et qui anime aujourd'hui cette journée. Donc vous le voyez, on essaye quand même de fédérer un petit peu, et n'hésitez pas à faire remonter vos remarques. Le programme régional de santé qui est en discussion aujourd'hui et devra être arrêté fin 2011 est aussi un lieu où on prendra en compte les attentes et les besoins que vous exprimerez, que vous ferez remonter du terrain. Alors quelqu'un disait tout à l'heure, « oui, mais il n'y pas de financement ». Même si ce n'est pas moi la mieux placée pour en parler, je vais quand même vous apporter un élément de réponse. L'Agence régionale de santé a pour objectif de décloisonner toutes les politiques et les financements, elle le fera autant qu'elle le pourra mais on ne peut pas non plus tout attendre de l'Agence régionale de santé. C'est bien le parlement et nos représentants au parlement qui décident du budget national de l'objectif national de dépenses d'assurances maladies et de dépenses de l'état. Donc c'est à ce niveau-là qu'on peut en faire état et l'ARS comme les autres instances j'imagine, ne peuvent pas dépenser les crédits qu'elles n'ont pas et à l'heure de la révision de la revue générale des politiques publiques, je puis vous dire que les crédits sont à la baisse et le seront encore davantage en 2011.

M. CRAUSTE, élu Conseil régional : je crois que l'enjeu, c'est de garder le lien et de maintenir un point qui me paraît fondamental : celui de l'Etat solidaire. Et j'ose espérer que personne ne le remet totalement en question ! Je crois que finalement, on arrive à maintenir le lien entre l'ensemble des acteurs. On arrive à ne pas, à un moment donné, écœurer les acteurs de terrain. On a l'impression parfois de ramer, de courir après les moyens chaque année, avec des dossiers à remplir, etc. Ce qui est véritablement en jeu dans cette bataille, ce n'est pas nos salaires ou nos indemnités d'élus, mais c'est l'existence de nos concitoyens. C'est ça qui compte. Alors il ne faut pas se cacher derrière le petit doigt ! La situation est effectivement d'abord d'ordre budgétaire. Et d'aucun, observateur aujourd'hui de la situation, sait très bien que l'on est sur un déficit important et que tout est très, très, très serré. On ne va pas se mentir les uns et les autres. On nous dit « il faut faire aussi bien, il faut faire même mieux avec moins ». Oui, c'est ce qu'on nous dit... Et oui, on est capable de le faire, mais pour une certaine mesure dans une certaine mesure. On peut aller chercher des énergies, on peut aller chercher un peu plus, on a le sentiment de le faire déjà, n'est-ce pas ? Je crois qu'il y a quand même un moment où il y a un point de rupture. Et ce point de rupture n'est pas très loin. Je ne veux pas me placer dans un angle politicien, je réfléchis sur le fonctionnement de notre société, et je pense qu'on n'est pas loin du point de rupture. Il faut que quand même que tout le monde le prenne en compte. Tout à l'heure, dans l'échange que j'ai eu avec Mme Aoustin, et elle est dans un positionnement qui est évidemment clair, puisque elle est en responsabilité d'appliquer une politique de santé qui est impulsée par le ministère de la santé. Et voilà, une politique nationale. Aujourd'hui, on sent très bien qu'il y a une priorité qui est celle du soin, parce que c'est prégnant. Il y a un encombrement du système de soins qui est très important, les hôpitaux sont pleins, les files sont importantes, il y a une réponse aux soins qui est énorme. Face à elle, je plaçais tout à l'heure, la prévention, toujours la prévention, encore la prévention ! Développer la prévention c'est réduire le nombre de malades. Finalement, il y a moins d'argent dépensé, il y a moins de souffrance... Or, même si tout le monde est convaincu de ça, on n'arrive pas à faire basculer un petit peu plus vers la prévention. En disant ça, je réfléchis justement à ce qu'il nous faut absolument maintenir dans la confiance des acteurs de prévention parce qu'à un moment donné, si cette rupture se consomme, et bien, on va arrêter, on va entrer dans le combat ou dans l'affrontement idéologique. Certes, il y a les rendez-vous démocratiques, les respirations démocratiques, il y a des urnes, on pose des bulletins dans l'urne, ça aussi c'est un rendez-vous qu'il ne faut pas manquer. Et quand je dis ça, je dis que oui, il faut un cadre d'action. Il peut être national, mais il faut absolument qu'il y ait des marges de manœuvre dont

on puisse se saisir. Au Conseil régional, on a cherché à laisser une place à l'innovation, une place à la liberté d'agir, à inventer des choses nouvelles, parce qu'on est sûr de l'humain et que l'humain n'est pas formaté comme ça. Alors, oui, pour mener de grandes politiques, il faut un peu de cadre, mais qu'on nous laisse une véritable marge d'initiative et de respiration pour inventer des choses nouvelles. Au niveau du Conseil régional, on a toujours fait en sorte, dans l'étude des dossiers, dans les financements de laisser cet espace de vitalité. Et cela n'empêche pas la rigueur... Bien au contraire !

Claude DELSOL, Art'Scène : J'ai toujours pensé, fondamentalement que c'est collectivement qu'on pourrait s'en sortir. Ce que je veux dire, c'est que là où il y a volonté, il y a le chemin. Ne nous positionnez pas comme si l'on se cachait derrière notre petit doigt pour dire « on veut des moyens, on veut des moyens, on veut des moyens, donnez-nous de l'argent ! ». Ce n'est pas vrai ça ! Quand on me dit « mais il n'y a pas d'argent » ou « on va avoir de moins en moins d'argent, il va y avoir de moins en moins de budget », moi j'ai tendance à répondre soyons clairs, soyons humbles, arrêtons de nous cacher et de prétendre faire en sorte « que tout le monde il est beau, tout le monde il est gentil » (Jean Yann). Ce que je veux dire, c'est qu'à un certain moment, il faudrait être un peu plus pragmatique. Arrêtons de dire que l'on va essayer de régler toutes les inégalités, etc. Donnons-nous vraiment des chantiers définis et bossons les. Là on y arrivera. Je pense que c'est un projet qui manque. C'est un projet ! Et si l'on ne fait pas un projet de société, alors vous l'avez dit monsieur tout à l'heure, ce sont les urnes qui décideront. Moi, la vie démocratique je la respecte. Mais je veux alerter, en tant qu'acteur de terrain, qui a les mains dans le cambouis. Peut-être que, c'est aussi ce qu'on doit faire : alerter, dire « attention, si vous ne nous donnez pas les moyens maintenant, il y aura le feu et que ça va nous coûter encore plus cher dans 5 ans, dans 10 ans, dans 20 ans ». Sinon, on risque de nous parler de générations sacrifiées. Bon sang, je crois que si on ne met pas un sou maintenant, ou si on met un demi-sou, et bien on va être obligés d'éteindre le feu et les pompiers ne seront malheureusement plus là. Et pourtant, je ne suis pas quelqu'un de pessimiste.

Antonia Dandé, Ireps : Peut-être pour aller dans ton sens et sans être trop pessimiste aussi faut-il rappeler un des objectifs de la rencontre aujourd'hui. On voit que l'on a du mal cet après-midi à avancer, à poser des choses... Ce n'est pas très étonnant et l'on savait que c'est un enjeu difficile. Mais c'est un espace de dialogue nécessaire et les écarts de discours entre les institutions présentes et les acteurs présents en sont une preuve. Personnellement, en tant que salariée d'une association qu'est l'IREPS, avec des représentants des autres comités départementaux qui sont là, mon rôle est d'être à l'interface entre les acteurs de la prévention qui sont majoritairement des associations mais pas seulement, et les institutions, ARS, collectivités territoriales Education nationale, etc. On vit au quotidien cet écart, que je trouve croissant, entre les politiques et puis ce qui se passe sur le terrain. L'objet de ces rencontres, c'est aussi de partager les réflexions, les difficultés, les intentions des uns et des autres... C'était notamment le but de l'après-midi.

Béatrice ROUGY, Conseil régional : Moi je voudrais effectivement revenir sur cette question. J'ai l'impression qu'il y a en fait un écart de perception important. Comment fait-on en sorte qu'une réflexion nationale soit perçue au niveau local, et que la perception locale soit perçue au niveau national ? Ne serait-ce qu'au niveau de la communication ! On a l'impression qu'il y a des sas avec des lieux de ruptures au niveau de cette communication. Je vois des pistes de réflexions qui émergent avec la question de la complexité entre le rapport entre l'individuel et le collectif, entre l'économique et l'individuel. Mais ce sont encore des études... Si on ne mesure pas l'impact des inégalités sociales en termes de santé, si on n'a pas d'indicateurs croisés, on va ne jamais pouvoir intervenir sur ces questions là. C'est déjà la première chose. Je donnerais un exemple : on sait que 40 % des apprentis

ont 10 ivresses par mois. On est dans le record national. Mais du coup, cette pratique, en quoi s'inscrit-elle dans une pratique sociale ? Et en quoi s'inscrit-elle dans une pratique individuelle ? Quand on voit les trajectoires en termes d'alcool, il y a des jeunes, à l'adolescence qui boivent, mais au fond, c'est une prise de risques. Certains arrêtent, et puis d'autres continuent. Et, on peut penser que ces apprentis qui sont à 10 ivresses par mois, ce n'est pas forcément qu'ils vont rester toute leur vie à 10 ivresses par mois. Nous pouvons identifier le processus avec les facteurs favorables, qui sont selon le discours des CFA, le milieu professionnel où ils travaillent et dans lequel on picole. Il y a des pratiques tels que les piliers de bistrots, ce sont parfois de vieux ouvriers qui ont perdu leur femme, qui sont parfois au chômage et qui sont là. Donc, il y a quelque chose de l'ordre de la trajectoire sociale qui se met en œuvre. Comment peut-on intervenir sur cette trajectoire sociale ? Jusqu'à présent, nos interventions, elles se sont limitées à des interventions individuelles par rapport aux individus, pour, dans le meilleur des cas, renforcer leurs compétences psychosociales, leurs capacités à résister à la pression du groupe, à mesurer les risques qu'ils courent, mais en fait, on n'est pratiquement pas intervenus sur ces questions de trajectoires sociales.

Et donc, je me dis, est-ce qu'on n'a pas intérêt aussi, à réfléchir à quelles seraient les actions ou les réflexions à conduire pour qu'au fond, nos petites actions individuelles, elles s'intègrent dans un champ de réflexion collective ? Comme on nous dit qu'il y a des lieux de concertation, super, on va pouvoir potentiellement y réfléchir, mais ça suppose aussi qu'on soit sur des objectifs conjoints et partagés. Et on ne sait pas. C'est donc important de bien définir les objectifs à atteindre. Si effectivement, on est collectivement sur la question de la réduction des inégalités sociales de santé, comment va-t-on y travailler ensemble ? Comment mesurer réellement ces impacts ? Quelles études prioritaires va-t-on développer ? Puisqu'on a développé une plateforme d'observation sanitaire et sociale, on peut voir comment les acteurs interviennent. On peut interroger d'autres champs. On sait par exemple que la question de l'échec scolaire est un déterminant péjoratif en termes de santé. On le voit. On sait que notre région a des indicateurs extrêmement péjoratifs sur cet échec scolaire. On a 5000 à 9000 jeunes qui sortent tous les ans sans diplôme. Est-ce qu'effectivement, il est possible d'interroger cette question de la réussite scolaire, mais de la place de chacun, pour identifier sa place dans ce dispositif là, pour favoriser la réussite scolaire des élèves. Je donne des pistes, mais je pense vraiment que c'est bien des questions de cet ordre là qu'il faut à un moment se poser.

Jean-Paul ROMARIN, ARS : Alors, puisque Béatrice parle de « pistes », je vais essayer d'en lancer une. On a posé beaucoup de questions importantes et de fond. On n'a pas les réponses sinon, on aurait tout résolu déjà ! J'entends parler de projets, même de projets de société, de lieux de concertation... Ce que je voulais dire, c'est que peut-être que tout ça peut trouver une réponse ou une partie de réponse, dans un instrument que nous a donné la loi HPST et qui s'appelle le « contrat local de santé ». Certes, ce n'est pas la panacée, ce n'est pas peut-être non plus le joker qui va tout résoudre. Mais je crois que c'est quelque chose qui peut être intéressant. « Contrat », ça veut dire qu'il y a discussion, pour ne pas dire négociation ; « local ». Ça veut dire que c'est localisé, et qu'on a là tous les acteurs qui peuvent faire ensemble, quelque chose sur un territoire. Et puis, on a la santé, évidemment, et la santé, ce n'est pas simplement les soins ou la maison médicale qu'il faut installer, c'est l'ensemble de la santé, c'est l'ensemble de tous les déterminants qu'on a vu ce matin, qui peuvent se réunir là. Et on peut essayer, grâce à ça, de résoudre un certain nombre de choses. Tout à l'heure, on posait la question, est-ce que c'est sur des populations spécifiques sur lesquelles il faut porter l'effort ou sur des populations générales ? Peut-être que la question ne se pose pas à un niveau de territoire plus fin. La réponse peut être souple, c'est peut être les deux, peut être l'un, peut-être l'autre. On peut résoudre aussi les questions de financement, en mettant ensemble autour de la table plusieurs partenaires et moi je crois qu'il y a des partenaires qui peuvent mettre de l'argent, pas seulement l'ARS, effectivement. On peut résoudre aussi la question de la durée qui a été posée tout à l'heure : un contrat, on ne va pas le

faire pour un an, on va essayer de le faire sur un certain temps, une durée de deux ans, trois ans... trois ans, ce serait déjà pas mal. Du côté de l'ARS, la philosophie, est d'en faire un instrument important là-dessus. C'est une priorité. Et j'espère que cela donnera une petite note d'optimisme à la fin de cette journée.

Antonia Dandé, Ireps : Et pour travailler avec des collectivités territoriales sur les contrats locaux de santé, c'est une priorité qui n'aura de sens sur les territoires que si les contrats locaux de santé ne sont pas une juxtaposition de contrats qui permettent de répondre juste aux priorités régionales. Une approche descendante serait réductrice. Cela n'aura de sens que si les contrats locaux de santé sont une analyse des besoins spécifiques de chacun des territoires, une mobilisation des ressources de ce territoire. Les diagnostics posés pourront aussi alimenter la définition des objectifs régionaux.... Il ne faut pas que cela soit l'inverse. Et c'est là que sont les enjeux actuels.

Marika BERNIER, IREPS : Oui, moi je voulais ajouter que les acteurs les premiers concernés, et qu'on oublie souvent, sont les usagers, les participants, on peut leur donner tout un tas de termes... Je me posais la question de la participation. Je la trouve pas mal galvaudé dans cette ère de l'expertise, du consulting, etc. On nous parle de problèmes financiers mais il y a quand même beaucoup de cabinets financés sur des études, des audits, etc. Quand est-ce qu'on va considérer que les habitants, les participants, les usagers, peuvent avoir une expertise ? On a vu qu'il y a quand même beaucoup d'éléments subjectifs, des parcours de vie, et que si l'on ne part pas de ce que vivent les personnes, qui sont les mieux placées pour nous renvoyer ce qu'elles vivent, il y a un petit maillon à chaque fois qu'on oublie. C'est bien dommage de ne pas travailler avec ces personnes et d'arriver à une co-construction d'expertises avec un grand « S ».

Représentante ARS : Je vous remercie d'avoir abordé le sujet. Effectivement, il existe une commission des usagers qui est composée exclusivement d'usagers du système de santé, alors des usagers qui font partie, qui sont adhérents, qui sont militants bénévoles d'une association, mais il existe une commission spécialisée, auprès de la CRSA, auprès du Président PUJOL que vous avez vu ce matin et donc je suis en charge au nom de l'ARS de coordonner et puis je suis en charge de ces commissions. Donc la commission des usagers à tout à fait vocation à faire remonter l'expérience de chaque usager et les besoins en tant qu'usager. Il y a toujours une discussion entre « qu'est-ce que c'est qu'un usager du système de la santé » ? C'est aussi bien vous, que moi. Mais, cette commission fait remonter les besoins. On aurait pu aussi créer un comité des usagers, pourquoi pas, ça peut être une proposition qu'elle fera, et ça existe dans certaines régions. Il y a aussi des représentants des usagers qui siègent au sein de tous les établissements de santé, de certains nombres d'établissements, pour aussi faire remonter l'expression des usagers. Ce n'est peut-être pas suffisant, je vous l'accorde. Ce n'est peut-être pas non plus suffisamment connu, c'est vrai, mais en tous cas, ça existe et le développement de la démocratie sanitaire aujourd'hui, depuis la mise en place de la loi HPST a aussi pour objectif, de faire émerger cette parole.

Antonia Dandé, Ireps : Alors peut-être, pour faire le lien entre ça et les inégalités sociales de santé, la précarité, etc. la question qui se pose, c'est : il y a des représentants d'usagers qui sont souvent des représentants d'associations d'usagers qui sont très professionnalisés : à quel point les représentants d'usagers finissent par toujours représenter les usagers ? Même les usagers se posent la question, et comment fait-on, notamment quand on œuvre dans les ateliers santé-vie et qu'on est auprès de vrais habitants, c'est-à-dire des usagers qui n'ont jamais eu affaire à des institutions ou à des structures

structurées, qui ont peur de parler en publique, qui ont des difficultés ?, Comment fait-on pour vraiment entendre la parole de tout un chacun et lui accorder la même expertise que s'il est représentant d'une association locale. La vraie question est également là.

Représentante ARS : C'est la raison pour laquelle j'évoquais le comité des usagers, en prolongement de ce qui existe aujourd'hui, pour justement faire entendre que les gens du terrain, des personnes comme moi, enfin tous citoyens, puisse faire entendre leur parole. Une autre action que nous souhaiterions mettre en place en 2011, c'est le débat public. La question des inégalités sociales de santé peut-être posée. Il s'agit de faire émerger au sein de cette région une question et d'animer un débat public sur la question. C'est un programme qui sera pris en compte dans le programme de travail de la CRSA, que nous allons discuter pour 2011, mais le Président, d'ores-et-déjà a annoncé que l'on mettra en place en 2011 un débat public.

Antonia Dandé, Ireps : Et pour être optimiste, il y a des expériences positives de co-construction pour reprendre le terme utilisé par Marika BERNIER, et notamment si vous cherchez sur internet ou dans la littérature, des formations de co-constructions menées par ATD Quart-Monde avec à la fois des usagers et des professionnels de santé, des acteurs institutionnels, cadres, Conseil Général, etc. Ces articles expliquent à quel point, ces formations en co-construction ont bouleversé les représentations des uns et des autres.

Fanny CROSTE, URIOPS : Concernant la participation, je voulais juste dire qu'il existait au niveau national, un conseil consultatif des personnes accompagnées, qui a été mis en place, notamment par la fondation Armée du Salut en partenariat avec l'UNIOPS et la FNARS. De plus, le réseau de l'URIOPS/UNIOPS est en train de réfléchir à comment ce conseil consultatif national pourrait être décliné au niveau régional, sachant que nous venons justement d'avoir une expérience en région d'un groupe de travail avec des usagers d'établissements sociaux de la région. Le but était de travailler, notamment sur le plan national d'action et d'insertion, sur les politiques de logement et d'emploi, etc. Ça a été vraiment une expérience très riche dans les groupes de travail qui mélangeaient des usagers de structures et des travailleurs sociaux. Cela montré combien on se décalait à un moment donné, combien nos représentations des personnes accompagnées devaient être questionnées. Donner la parole et voir qu'ils ont des choses à dire, permet de mettre en évidence qu'ils ont une réelle expertise de ce qui se passe. Nous sommes en train de réfléchir à comment on pourrait développer la participation des personnes hébergées dans les structures au sein de la région et sur l'élaboration des politiques publiques.

Robert Crauste, élu Conseil régional : Bien, il me revient de conclure... Ce matin, je pense que c'est ma collègue Vice-Présidente, Madame Marilyne MARTINEZ, qui vous a accueillis. Je n'étais pas là, je ne connais pas le contenu de ce qu'elle a pu vous dire...

Ce que je voulais vous dire par rapport au Conseil régional, c'est que d'abord, je reste très reconnaissant au Président FRÊCHE qui nous a écoutés, lorsqu'on a demandé que le Conseil régional, au-delà des compétences dont j'ai parlé tout à l'heure, investisse le champ de la santé et de la prévention de santé. Mais une santé de proximité. Aujourd'hui, le plan longévité, et l'engagement du Conseil régional sur le logement social, qui est aussi un déterminant de santé. Vous dire qu'avec le Président Christian BOURQUIN, nouvellement élu, et en charge maintenant de la présidence du Conseil régional, nous avons les mêmes garanties de poursuite de la politique et du programme qui avaient été prévus lors de l'élection de cette année même, en avril 2010.

Après, je voudrais bien-sûr vous remercier tous de votre participation. Remercier le service santé avec sa Directrice qui fait un travail important. C'est la quatrième rencontre sur les inégalités sociales de santé. Là aussi, on a de la continuité et je crois qu'il faut la maintenir car c'est important de continuer à échanger entre nous. Cela renvoie à ce que je disais tout à l'heure, ce lien nécessaire, avec les acteurs de terrain et les décideurs. Attention de ne pas aller à la rupture là-dessus. Il faut que l'on soit garant de ça. Il y a des outils qui sont en place, c'est vrai, vous l'avez dit, on a des possibilités. Je suis très attaché aussi à l'expertise citoyenne, à la démocratie participative. Faire remonter le vécu, ça peut être effectivement le fait de collectivités, d'associations ou de comités de quartiers, etc.. Et puis c'est aussi individuel. Tout à l'heure, je racontais, pendant le repas, que la fille d'un de mes patients qui a aujourd'hui 105 ans... à l'écoute du récit de son père qui vient de subir une hospitalisation la semaine dernière, donc m'a fait lire ce que cet homme a dit du traumatisme de cette hospitalisation : au point où il était, il n'avait de cesse que de se jeter par la fenêtre du 3^{ème} étage de l'hôpital pour mourir. Et pas parce qu'il avait quelque chose de très catastrophique... parce que simplement, il avait envie qu'on l'aide pour aller aux toilettes et faire pipi et que personne ne venait pour ça. Les témoignages, il faut les faire circuler, il faut les faire remonter et j'encourageais cette personne à faire passer ce document, pas pour stigmatiser quelques dysfonctionnements, mais pour abonder à la réflexion, à l'action collective. J'en reviens pour terminer, à ce que l'on a dit tout à l'heure : oui, l'individu et oui le collectif. C'est la réponse à la question que vous vous posiez, on sera toujours à devoir aller du plus petit niveau, celui de l'individu, au vivre ensemble et aux questions de société que vous posiez. Je crois que, et merci, Monsieur ROMARIN d'avoir introduit cette notion, que les contrats locaux de santé sont un outil dont on doit se saisir. Il fait, je pense, le lien avec cette nécessité de proximité. Or, nous les élus locaux, sommes très attachés à cette proximité. Les décideurs, ont forcément une vision beaucoup plus distante de la réalité du terrain. C'est ensemble, que nous pouvons construire une vision plus réaliste et pertinente. Nous voulons continuer à travailler avec vous, et nous voulons continuer à vous écouter.

Merci beaucoup pour cette journée, ça m'a beaucoup intéressé d'être là cet après-midi.

Bibliographie

- Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Numéro thématique – Inégalités sociales de santé, BEH n°8-9, 8 mars 2011 : http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf
- Potvin Louise, Moquet Marie-José, Jones Catherine M. (et al.), Réduire les inégalités sociales en santé, INPES, 2010 : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- Amsellem – Mainguy Yaëlle, Loncle Patricia, Jeunes & santé : entre actions publiques et comportements individuels. Dossier, Agora débats/jeunesse, n° 54, 2010
- Cases Chantal, Lang Thierry, Danet Sandrine (et al.), Les inégalités sociales de santé. Dossier, ADSP, n° 73, Décembre 2010
- Bricard Damien, Jusot Florence, Tubeuf Sandy, *Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ?* In Questions d'économie de la santé n°154, mai 2010.
- Cadot Emmanuelle, Cohorte SIRS (santé inégalités et ruptures sociales), Inserm. http://www.programme-sirs.org/publications/Chauvin_Parizot_DIV_Onzus_2009.pdf
- Cambois Emmanuelle, Laborde Caroline, Robine J-M, « *La double peine* » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte, Population et sociétés, n°441, janvier 2008.
- Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS, *Vers une mise au point d'un cadre conceptuel d'analyse et d'action sur les déterminants sociaux de la santé*, mai 2005.
- Consortium Determine (rapport), *mobiliser l'action pour l'équité en santé dans l'Union européenne*, 2007-2010.
- Genre et santé. Observations inattendues et capricieuses de la santé. http://www.orsnpdc.org/observation/211998_1genre.pdf
- Haut conseil de santé publique, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, collection avis et rapports, la documentation française, 2010, 104 p. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_inegalites.pdf

- *Insertion des jeunes & santé : quelle relation de causalité ?* Colloque régional, jeudi 12 mars 2009
http://www.cres-paca.org/depot_cres/fiches/1384/1384_1_doc.pdf
- IRESP, *La santé se construit dans un environnement social*, décembre 2009
http://www.iresp.net/imgs/publications/091204152034_qspn-7-determinants-.pdf
- Monteil Christian et Robert-Bobée Isabelle, *Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes*, division Enquêtes et études démographiques, Insee, n°1025, juin 2005.
- Moulin JJ, Chatain C, Niarra RY et al., *Bien-être, Mal-être ? : Mieux vous connaître. La santé mentale des jeunes en insertion*, CETAF, 2009.
- Niewiadomsky Christophe, Aiach Pierre et al., *Lutter contre les inégalités sociales de santé, Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Presses de l'EHESP, 2008 (Recherche, santé, social).
- Paquet Ginette, CDSS, OMS, 2008.
<http://www.educationsante.be/pdf/es245.pdf> (p 8 à 10)
- Parizot Isabelle, Chauvin Pierre, *Quel accès aux soins pour les plus démunis ?*, Sciences Humaines 2005; HS 48: 96-102.
- Supiot Alain, *L'esprit de Philadelphie, la justice sociale face au marché total*, Editions du Seuil, janvier 2010.

Autres sites utiles :

<http://inegalitescreshn.canalblog.com/>

<http://www.sante-sports.gouv.fr/actes-du-colloque-inegalites-sociales-de-sante-ministere-de-la-sante-et-des-sports-11-janvier-2010-detail-des-interventions.html>

<http://www.inegalitesterritoriales.fr/>

<http://www.inegalites.fr/>

<http://www.programme-sirs.org/inter/inter2.html>

<http://www.iscra.org/>