

La santé, un déterminant des politiques publiques

*Actes de la Rencontre
organisée le 27 novembre 2012
au Centre Chaligny de Paris*

**PROFESSION
BANLIEUE**



Pôle
de ressources
Ville et
développement social



Centre de Ressources
POLITIQUE DE LA VILLE

en Essorée

La santé, un déterminant des politiques publiques

*Actes de la Rencontre
organisée le 27 novembre 2012
au Centre Chaligny de Paris*

COMITÉ D'ORIENTATION ET DE RÉDACTION :

Bénédicte MADELIN, Olivia MAIRE et Elsa MICOURAUD, Profession Banlieue, Seine-Saint-Denis

Caroline DUMAND, Anne FONTAINE et Denis TRICOIRE, Pôle de ressources Ville et développement social, Val-d'Oise

Catherine HALPERN, Pôle ressources de la Délégation à la politique de la ville et à l'intégration de Paris

Anne-Claire BACHET, Louise BINET, Évelyne BOUZZINE et Jean-Pierre COORNAERT, Centre de ressources politique de la ville, Essonne

Décryptage des textes : Françoise Pillon • Secrétariat de rédaction : Olivia Maire et Claire Péraro • Bibliographie : Elsa Micouraud.

Conception et réalisation de la maquette : Claire Péraro.

Imprimerie Stipa, janvier 2014.

Couverture Keacolour original cygne 300 g, intérieur offset blanc 90 g.

Préambule 7

Textes introductifs 9

- BABACAR FALL, *directeur adjoint, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale* 9
- ZOOM. L'Agence régionale de santé Île-de-France 12
- ALAIN WEBER, *directeur de la délégation à la politique de la ville et à l'intégration, Ville de Paris*..... 13
- INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ. COMPRENDRE ET AGIR..... 15
- PIERRE LOMBRIL, *professeur de santé publique, université de Paris-Nord, conseiller scientifique à l'ARS Île-de-France*
- ZOOM. La difficile territorialisation des données sur la santé,
ANTHONY BRIANT, *directeur de l'Onzus*..... 16
- ZOOM. Accompagnement des parcours de soins
par les médiatrices sociales de l'Arifa, à Clichy-Montfermeil 28

I. LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Habitat et cadre de vie 31

- L'HABITAT, FACTEUR ESSENTIEL DE LA QUALITÉ DE VIE
MARCELLE DELOUR, *médecin de PMI* 31
- UN BAILLEUR SOCIAL AU PLUS PRÈS DE SES LOCATAIRES
CHRISTINE DAVID, *chef de service ingénierie sociale, Opievoy* 37
- CRÉER UN PARTENARIAT ENTRE ATELIER SANTÉ VILLE ET SERVICE HABITAT ET CADRE DE VIE
LAURA MEZIANI, *coordonnatrice de l'ASV de Bagneux, membre du Collectif ASV d'Île-de-France* 39
- QUAND LA FONDATION ABBÉ-PIERRE ALERTE SUR LA PRÉCARITÉ ÉNERGÉTIQUE
VÉRONIQUE STELLA, *chargée de mission logement et précarité énergétique, Fondation Abbé-Pierre* 41
- MÉDECINS DU MONDE ET L'HABITAT INSALUBRE
SOFIA AOUCI, *responsable du programme santé-logement, mission France de Médecins du monde*..... 43

II. LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ.

Conditions de travail et emploi 47

- TRAVAIL, EMPLOI, SANTÉ. MISE EN PERSPECTIVE DES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE
VALENTINE HÉLARDOT, *maîtresse de conférence en sociologie,*
université de Toulouse II, laboratoire Lisst 47
- TRAVAILLER AU DOMICILE D'AUTRUI, UN MÉTIER EXPOSÉ
BRIGITTE CROFF, *directrice du cabinet de conseil et formation*
Brigitte Croff Conseil & associés 51
- L'ESTIME DE SOI, UNE DÉMARCHE DE SANTÉ PORTÉE PAR L'ASV D'ÉPINAY-SUR-SEINE 56
CHRYSTELLE BERTHON, *coordonnatrice de l'ASV d'Épinay-sur-Seine*

III. LA SANTÉ DANS TOUS SES ÉTATS

L'exemple du Plan santé de la communauté urbaine de Strasbourg 61

- MATHIEU HILD, *chargé de mission, service promotion de la santé de la personne,*
ville et communauté urbaine de Strasbourg, coordonnateur de l'ASV

Conclusion 65

- ANNE LAPORTE, *responsable cellule ingénierie et appui méthodologique,*
ARS Île-de-France
- CATHERINE RICHARD, *coordonnatrice promotion de la santé,*
Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Éléments bibliographiques 73



Préambule

En juillet 2010, un sondage TNS-Sofres indiquait que, après le chômage et les retraites, les questions de santé et de qualité des soins arrivaient en troisième position des sujets d'inquiétude de la population. La connaissance des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment l'identification des déterminants sociaux, apparaît alors essentielle, le triangle « santé, social, territoires » étant posé au centre des enjeux actuels des politiques de santé publique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) cite, à ce propos, l'habitat salubre et les questions d'emploi et de travail décent comme les premiers déterminants qu'il faudrait considérer.

Dans les territoires de la politique de la ville, ces questions se manifestent plus fortement encore, avec des difficultés d'accès aux soins liées à plusieurs facteurs qui font système et se renforcent, comme la démographie médicale insuffisante et l'accumulation de difficultés économiques et sociales pouvant entraîner un renoncement aux soins.

Pour faire face à ces enjeux, l'organisation du système de santé reste centralisée : l'État en assume la compétence à l'exception de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance, placée sous la responsabilité du département. Au plan local, les villes et intercommunalités peuvent être à l'initiative ou associées à divers programmes de santé (dépistage des cancers, lutte contre la tuberculose, etc.). En liaison avec ces différentes collectivités, les agences régionales de santé (ARS) sont chargées de définir des territoires de santé, visant à élaborer, notamment en Île-de-France, un maillage plus fin pour la territorialisation de leur action.

Comment, dès lors, ces politiques publiques, dans leur mode d'élaboration comme dans leur mode de mise en œuvre, prennent-elles en compte les inci-

dences de leurs décisions sur la santé des personnes? Plus globalement, comment co-construire des politiques locales de santé publique intégrant sur chaque territoire les déterminants de santé? Et, dans ce sens, comment faire entendre que les systèmes de santé et de protection sociale constituent d'importants déterminants sociaux?

Dans le contexte de l'Île-de-France, comment agir sur un environnement caractérisé par des nuisances sonores, le stress des transports en commun, les temps de déplacement, l'insalubrité de trop nombreux logements, le travail à temps partiel contraint ou le chômage...? Quelles seraient les conditions pour que les politiques de santé deviennent un « déterminant » des politiques publiques?

Des débuts de réponse sont apportés par les ateliers santé ville (ASV) dans les quartiers de la politique de la ville ou par diverses initiatives innovantes s'appuyant sur des partenariats originaux, la participation des habitants, des actions de proximité... En quoi l'approche régionale peut-elle être pertinente et favoriser l'expérimentation de réponses nouvelles, notamment en Île-de-France, région prise en tension entre la présence de bidonvilles et de dispensaires de Médecins du monde et l'exigence d'innovations de pointe liée à la région capitale et au Grand Paris? ●



Textes introductifs

Babacar Fall,
directeur adjoint, Direction régionale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale

Alain Weber,
directeur de la délégation à la politique de la ville et à l'intégration,
Ville de Paris

Pierre Lombrail,
professeur de santé publique, université de Paris-Nord,
conseiller scientifique à l'ARS Île-de-France

● **Babacar Fall,**
directeur adjoint, Direction régionale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale

En grammaire, un déterminant est un mot qui précède un nom et qui permet à ce nom d'être utilisé dans une phrase. En posant, dans l'intitulé de cette rencontre, la santé comme facteur et déterminant des politiques, vous avez voulu chercher un marqueur principal des politiques publiques actuelles.

La réponse est dans la question : c'est la santé.

En préparant cette intervention, j'ai relu le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) de mai 2011 sur les inégalités sociales de santé, déterminants sociaux et modèles d'action. Là aussi, la clé d'entrée du rapport était le concept de déterminants sociaux, dans le domaine de la santé, comme facteurs explicatifs de comment les deux phénomènes « inégalités sociales et inégalités de santé » étaient étroitement liés dans un rapport dialectique. Les auteurs avancent d'ailleurs la notion d'inégalité sociale de santé qui permet, dans une logique diachronique, de répondre aux questionnements auxquels vous nous conviez aujourd'hui.

Je vais donc faire mienne cette notion des inégalités sociales de santé comme déterminant des politiques publiques. Comme une sorte d'impératif catégorique.

Ce concept « kantien » signifie entre autres que l'action morale (je me permets de dire l'action publique) doit être jugée non pas en fonction de son résultat mais selon ses motivations. Si la volonté qui la commande est bonne, l'action est moralement juste. L'impératif catégorique de Kant consiste en l'accomplissement du devoir, c'est-à-dire que l'action juste est inexorablement gratuite et désintéressée.

Pour moi, c'est la définition même de l'action publique dans son essence.

Pour ne pas remonter plus loin, arrêtons-nous à la loi de juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, parce qu'elle sera au cœur de vos échanges lors de cette journée de travail. Elle prévoit un projet régional de santé avec un programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, dans le cadre de programmes territoriaux de santé, avec comme support des contrats locaux de santé¹.

Les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) n'ont pas de compétence propre dans le domaine de la santé, mais des compétences pour la cohésion sociale, la jeunesse, et la vie associative. Ces compétences intègrent le pilotage, l'animation régionale des politiques interministérielles de jeunesse, de promotion de l'égalité des chances, de la politique de la ville, des politiques de protection et d'insertion des personnes vulnérables. Ainsi, notre rôle est de faire prendre en compte, sur l'ensemble des territoires, les besoins prioritaires de santé des populations les plus vulnérables.

En ce sens, ce sont des compétences croisées avec l'Agence régionale de santé. Celles-ci portent notamment sur la mise en cohérence des projets de territoire pris dans leur globalité, autour de la promotion de la santé, notamment dans le cadre des ateliers santé ville – ASV –, l'amélioration des parcours des soins, la prise en charge de la souffrance psychique, la lutte contre les toxicomanies et l'alcoolisme, etc.

Une convention cadre ARS, Préfecture de région pour le compte de la DRJSCS et de la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (Drihl) a d'ailleurs été signée à cet effet.

Cette convention a un triple objet :

- mettre en place une démarche de travail structurée et coordonnée des actions de santé publique et de cohésion sociale, d'hébergement et d'accès au logement pour le plus grand bénéfice de l'ensemble de la population francilienne et plus particulièrement des publics vulnérables ;

¹ Le contrat local de santé est construit à partir d'un diagnostic participatif partagé élaboré par l'ARS, la collectivité territoriale concernée et ses partenaires. Ce diagnostic décrit la situation sanitaire, économique et sociale ainsi que l'offre en santé du territoire donné. Vingt contrats locaux de santé ont été signés en Seine-Saint-Denis entre l'ARS et les communes ou collectivités locales.

- proposer des orientations stratégiques communes visant notamment à atteindre les objectifs de réduction des inégalités de santé, qu’elles soient sociales, territoriales ou de genre, et d’amélioration du parcours de soins et d’habitat des personnes ;
- veiller à la mise en œuvre de circuits d’informations et d’alertes entre les directions régionales et l’agence régionale, mais aussi entre l’échelon régional et les échelons départementaux.

Avec une double orientation : prévenir et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, et agir en direction de publics cibles que sont pour nous, la DRJSCS, les populations des quartiers en politique de la ville (contrats urbains de cohésion sociale), les familles vulnérables, les sportifs (« personnes pratiquantes »), la jeunesse, les personnes en situation de handicap, les personnes en situation précaire et enfin les personnes immigrées.

C’est une rencontre ambitieuse. Les interventions et les tables rondes sont à l’image du croisement des thématiques qui sont traitées par les centres de ressources de la politique de la ville, nos partenaires de très longue date dans les politiques d’intégration et de la ville sur les territoires franciliens. Vous affichez une volonté qui est de rompre avec la fabrique et la reproduction des inégalités que peuvent produire le cloisonnement des politiques publiques, par la mise en œuvre de politiques solidaires et de prévention au niveau local et dans la proximité.

Cette rencontre doit permettre d’échanger, de communiquer sur les leviers dont nous pouvons disposer sur ces politiques sectorielles pour que les questions de santé constituent réellement un des déterminants, si ce n’est le principal déterminant, des politiques publiques en direction des publics vulnérables ou précaires. ●

L'Agence régionale de santé Île-de-France

Comme toutes les autres, l'ARS Île-de-France est dotée d'un conseil de surveillance, d'une Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), de commissions de coordination et de conférences de territoire. Ces instances de coordination et de concertation facilitent la collaboration et le partage des informations avec les acteurs de santé et les représentants des usagers.

- *Le conseil de surveillance* est l'instance délibérante de l'ARS. Présidé par le préfet de région, il approuve le compte financier et émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'Agence, les résultats de l'action menée par celle-ci.
- *La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie* est une instance stratégique de l'ARS, qui conditionne l'avancée du projet régional de santé. Elle émet un avis sur le plan régional de santé, évalue les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des malades et des usagers du système de santé.
- *Deux commissions de coordination* sont animées par l'Agence sur le champ de la prévention, de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social.
- *Les conférences de territoire* permettent de disposer d'un échelon local pour intégrer les réalités de terrain dans la stratégie de l'ARS.

Dans chacun des territoires de santé de l'Île-de-France correspondant aux huit départements, le directeur général a constitué une conférence de territoire composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé, dont les usagers.

Chaque conférence de territoire est composée de cinquante membres au plus, répartis dans onze collèges : des représentants des établissements de santé, des représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux, des représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité, des représentants des professionnels de santé libéraux, des représentants des centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé, un représentant des établissements assurant des activités de soins à domicile, un représentant des services de santé au travail, des représentants des usagers désignés sur proposition des associations les représentant, des représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, un représentant de l'ordre des médecins désigné par le président du conseil régional de l'ordre, au moins deux personnalités qualifiées choisies à raison de leur compétence ou de leur expérience dans les domaines de compétence de la conférence de territoire.

La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. Elle fait remonter les besoins du territoire et fait des propositions au directeur général. Elle a également la possibilité d'établir des contrats locaux de santé avec l'ARS, les collectivités territoriales et leurs groupements. Le mandat des membres de la conférence est de quatre ans, renouvelable une fois.

L'assemblée plénière de la conférence de territoire se réunit sur convocation de son président, au moins deux fois par an. Le bureau élabore les projets d'avis et de propositions. Il prépare les réunions de l'assemblée plénière.

● **Alain Weber,**
 directeur de la délégation à la politique de la ville et à l'intégration,
 Ville de Paris

Les questions de santé sont désormais une des composantes des politiques territoriales menées à Paris dans le cadre de la politique de la ville. Mais il a fallu attendre le contrat de cohésion sociale de 2007 pour que s'organise la prise en charge des questions de santé dans la politique de la ville au niveau parisien – et sur bien d'autres territoires. Le territoire francilien présente de ce point de vue des disparités fortes. Celui de Paris connaît également des inégalités d'accès aux soins. Comme dans d'autres départements de l'agglomération francilienne, l'accès aux soins dans les quartiers relevant de la politique de la ville se trouve relativement déconnecté de l'offre, la densité médicale étant inégalement répartie.

Si les chiffres en effet font état d'une très forte densité médicale à Paris, l'une des plus fortes de France, cette réalité en cache une autre : le non-accès aux soins d'une partie de la population. La politique de la ville en matière de santé vise donc un meilleur accès aux soins et la réduction de cet écart pour les populations qui ont le plus de difficultés, bien souvent concentrées sur des territoires particuliers.

Le principal outil de la politique de la ville en la matière sont les ateliers santé ville (ASV). La quasi-totalité des territoires parisiens de la politique de la ville étant dorénavant couverts par ces ateliers, une seconde étape est désormais nécessaire : travailler la relation entre thématique de santé et thématique territoriale de la politique de la ville. Il s'agit de mieux croiser les approches de terrain au sein de la politique de la ville, mais également de travailler en partenariat étroit avec la Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et l'Agence régionale de santé (ARS) présentes sur le territoire, en ayant donc un pilotage plus engagé de la Ville de Paris en matière de santé. Tel est l'objectif du nouveau pilotage des ateliers santé ville. Croiser ces différentes thématiques permettra de mieux prendre en compte les problématiques de santé des populations les plus éloignées de l'accès aux soins.

Les ateliers santé ville auront donc désormais des objectifs à croiser avec ceux de l'ensemble de la Ville de Paris, essentiellement autour de trois thématiques :

- la santé des jeunes, notamment dans les quartiers en politique de la ville du centre de la capitale,
- la santé des femmes, dans tous les quartiers de la politique de la ville de Paris,
- enfin, l'amélioration de l'accès aux soins, pour tout le territoire de la ville.

Chaque ASV pourra cependant développer des thématiques en relation avec les besoins propres de son quartier et de son arrondissement.

En s'inspirant des autres thématiques de la politique de la ville, pourquoi ne pas utiliser, à l'image du parcours individualisé de réussite éducative, un parcours individualisé de santé ?

Ces parcours individualisés de santé issus du terrain interpelleraient l'ensemble des interlocuteurs du dispositif de santé : les porteurs de projet, mais aussi les acteurs de médecine ambulatoire ou l'hôpital qui, pendant longtemps, s'est relativement peu intéressé aux questions de territoire. L'hôpital aujourd'hui se préoccupe de plus en plus de son inscription territoriale et souhaite y être un acteur à part entière. Le parcours individualisé de santé permettrait un meilleur accès à la santé de tous les concitoyens, et en particulier des personnes vivant dans les quartiers les plus en difficulté.

Souhaitons que ce renversement de la perspective et des usages, qui implique de ne plus travailler en termes de « composants sociaux de la santé », mais de cibler la démarche sur les « composantes des politiques de territoire », produira des échanges, des enseignements et des effets intéressants et efficaces pour les territoires. ●

Inégalités sociales et territoriales de santé.

Comprendre et agir

● Pierre Lombrail,

professeur de santé publique, université de Paris-Nord,
conseiller scientifique à l'ARS Île-de-France

La région Île-de-France connaît des contrastes socio-économiques criants entre ses différents territoires. Et, si l'influence des facteurs sociaux joue un rôle majeur dans les inégalités de santé, l'état de santé des populations semble également conditionné par d'autres déterminants qu'il faut croiser à l'approche territoriale pour pouvoir appréhender la complexité de la problématique.

Plutôt que de développer un cours magistral, le parti pris de cette intervention est d'apporter quelques données parfois éparses, mais éclairantes.

Inégalités sociales et territoriales de santé, de quoi s'agit-il ?

Éléments de définition

La commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a présenté en 2008 les inégalités sociales et territoriales de santé comme « *les différences systématiques d'états de santé qui pourraient être évitées par des mesures* ». Si ces inégalités qualifiées d'injustes peuvent être évitées, la question est immédiatement de savoir les raisons pour lesquelles elles ne le sont pas. De toute évidence, il est d'une part compliqué de le faire et il faut également, d'autre part, en avoir la volonté politique.

Les inégalités sociales (ISS) et territoriales (IST) – ces dernières étant de plus en plus fréquemment décrites – sont mesurables sur tous les indicateurs de santé disponibles. Les personnes les plus vulnérables socialement sont les premières concernées par ce problème. Pourtant, dans la mesure où le phénomène traverse l'ensemble de la société, force est de constater que les politiques sociales ne peuvent répondre seules à cette problématique. Généralement, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé. Pour autant, le gradient social (ISS) concerne toute l'échelle socio-économique, quels que soient les indicateurs de position sociale. Ce constat n'exclut néanmoins pas des effets marqués de précarité. On sait qu'en plus de la question sociale, la composante territoriale joue sur les inégalités de santé, mais elle est encore peu étudiée.

La difficile territorialisation des données sur la santé

Au sein du Secrétariat général du Comité interministériel des villes (SG-CIV), l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (Onzus) analyse l'évolution des indicateurs socio-économiques dans ces quartiers afin d'apporter un éclairage objectif sur les conditions de vie de leurs habitants et de mieux orienter les politiques qui y sont conduites. Pour ce faire, il mobilise les données dont dispose le service statistique public ainsi que les organismes ou établissements qui déploient des actions publiques dans ces quartiers. L'un des enjeux de l'Onzus est de produire une information construite de manière similaire sur l'ensemble des territoires, pour les appréhender de manière comparative. Il s'agit aussi d'offrir aux acteurs de terrain des données utiles pour les diagnostics, par exemple pour les actions réalisées en matière de santé sur leur quartier. Néanmoins, les territoires de la politique de la ville ne constituent pas des périmètres connus *a priori* par la statistique. De fait, l'Onzus tente de produire de l'information et des connaissances statistiques sur les quartiers en politique de la ville avec un certain nombre d'enquêtes ménages, mais celles-ci ne permettent pas de savoir réellement ce qui se passe sur un territoire donné.

Sur les questions de santé en particulier, l'information territorialisée apparaît essentielle. Reste qu'il est difficile de la construire. Le recensement – première source de données statistiques –, ne comprenant aucune question sur la santé, ne peut être utilisé. Une autre voie consiste à utiliser des fichiers administratifs, notamment ceux de l'assurance-maladie, pour l'heure sous-utilisés dans leur dimension territoriale. L'Onzus, en association avec la Dares et le ministère de la Santé, s'emploie donc à mobiliser davantage ces fichiers d'assurance-maladie pour réaliser un diagnostic territorial. Anthony Briant, le directeur de l'Onzus, le souligne : « *C'est l'un des mérites de cet observatoire que d'être un aiguillon auprès de la statistique publique, en montrant la richesse que représentent les fichiers administratifs exhaustifs, puisque les politiques publiques mises en œuvre font l'objet d'un dispositif de suivi des bénéficiaires.* » Concernant la santé, seuls les fichiers sur les bénéficiaires et la proportion de bénéficiaires des dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sont connus, avec des indicateurs liés indirectement au cœur de cible cherchée.

La mobilisation d'indicateurs territorialisés sur l'état de santé ou le recours aux soins dans la définition de l'éventuelle géographie prioritaire de la politique de la ville semble donc difficile. Un des enjeux futurs de l'Onzus sera de traiter la question de la santé au regard d'autres données et thématiques, notamment celles de l'emploi et du travail. En effet, l'indicateur de pénibilité au travail est fréquemment élevé dans les quartiers en politique de la ville, ce qui pourrait expliquer certains effets comme la dégradation des conditions de santé de la population, qu'elle soit ressentie ou objectivement mesurée à travers un certain nombre d'enquêtes santé.

Texte établi par les éditeurs à partir de l'intervention d'Anthony Briant, directeur de l'Onzus.

Les constats des inégalités sociales de santé sont établis sur de grandes cohortes au regard des indicateurs croisés de « position sociale » et de « santé ».

La composante sociale s'appuie sur les données statistiques de trois indicateurs de « position » :

- le revenu,
- la profession,
- le niveau d'éducation.

Pour la santé, les indicateurs recensés sont :

- le taux de mortalité,
- le taux de morbidité¹,
- la déficience, l'incapacité et le handicap,
- la qualité de vie.

Des différences sociales très marquées

Les données disponibles sont, pour les plus anciennes, des données de mortalité. Il peut paraître étrange de poser la question de la santé par ce prisme, mais les études sur la santé par le biais des questions de vie et de bien-être sont beaucoup plus récentes que celles sur la mortalité. Aussi les données concernant cette dernière sont-elles plus nombreuses².

Ainsi, sur la période 1990-1996, entre la catégorie des employés et celle des cadres, on constate une mortalité deux fois plus importante pour les premiers, la situation se dégradant davantage encore pour les ouvriers non qualifiés. La mortalité des jeunes retraités (moins de 64 ans) est quant à elle quatre fois plus importante. Mais ce sont les inactifs qui connaissent la mortalité la plus élevée, six fois supérieure à celle des cadres, pour une population représentant 3 % de la population totale. La situation très dégradée concernant l'espérance de vie des personnes les moins insérées, est donc particulièrement significative. Autres faits :

- En ce qui concerne les femmes, leur espérance de vie à 50 ans est de trente-six ans pour les actives, contre trente-deux ans pour les inactives. Le gradient est moins important que pour les hommes, mais il existe ;
- L'indicateur d'espérance de vie en bonne santé est plus significatif encore : à 50 ans, il est de quinze ans pour les inactives et de quatorze ans pour les ouvrières, contre vingt-quatre pour les femmes des professions les plus qualifiées.

¹ La mortalité ou taux de mortalité est le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année. La morbidité s'intéresse elle aux maladies. Le taux de morbidité mesure l'incidence et la prévalence d'une certaine maladie dans une population donnée (les adultes de plus de 50 ans, par exemple).

² Voir Annette Leclerc (Inserm), « Les déterminants sociaux de la santé », in Actes du colloque « Réduire les inégalités sociales de santé », DGS/IRESP, 11 janvier 2010.

www.sante.gouv.fr/inegalites-sociales-de-sante.html

Le gradient est donc relativement restreint en matière d'espérance de vie, mais beaucoup plus large en matière d'espérance de vie en bonne santé³.

Les ouvriers et ouvrières sont ainsi confrontés à une situation de « double peine » : non seulement ils ont une espérance de vie moins bonne, mais de plus, ils connaissent une espérance de vie en bonne santé au moment de leur retraite quasi nulle. Ils parviennent à l'âge de la retraite quasiment tous marqués par une incapacité. À 35 ans, un ouvrier peut espérer vivre vingt-quatre ans sans incapacité, un cadre dix années de plus. Le premier n'atteindra pas l'âge de la retraite (60 ans) sans incapacité, tandis que le second bénéficiera de neuf années de retraite sans incapacité⁴.

Les inégalités territoriales ne recourent qu'en partie les inégalités sociales

Les inégalités apparaissent dès l'enfance. Les indicateurs de santé bucco-dentaires sont en la matière révélateurs des différenciations sociales s'exerçant de façon précoce. Dans une étude menée en 2005 sur la santé des enfants en grande section de maternelle⁵, 7,5 % des enfants de 5 à 6 ans avaient au moins deux dents cariées non soignées. La part des enfants de cadres était située à moins de 2 %, contre 11 % pour les enfants des familles ouvrières.

Par ailleurs, l'écart entre les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (Zep) était de 17 %, contre 6 % hors Zep, soit un écart proche du simple au triple en termes de prévalence des caries.

La relation entre le social et le territoire ne semble donc pas totalement congruente.

Le centre d'analyse des causes de mortalité de l'Inserm tente de comprendre le lien entre mortalité, critères sociaux et territoriaux.

Il constate lui aussi, à l'échelle des régions et cantons français, que la comparaison entre le zonage territorial en termes d'indice de « désavantage social », construit à partir de quatre variables (revenu médian par ménage, pourcentage de bacheliers dans la population de plus de 15 ans, pourcentage d'ouvriers dans la population active et taux de chômage) et le zonage territorial selon les taux de mortalité toutes causes, si elle montre globalement une évidente relation entre mortalité et inégalités sociales, n'établit pas une simple corrélation et met au jour

³ Voir les résultats de l'étude réalisée en 2008 par Emmanuelle Cambois, Caroline Laborde et Jean-Marie Robine, in *Retraite et société*. Le point sur, n° 59, août 2010.

www.inegalites.fr/IMG/pdf/Eesperances_de_vie_Emmanuelle_Cambois_R_S_59.pdf

⁴ Voir Emmanuelle Cambois, Caroline Laborde, Jean-Marie Robine, *Populations et société*, n° 441, 2008.

⁵ Nathalie Guignon et coll., « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », in *Études et Résultats*, n° 737, septembre 2010.

parfois, comme pour la région Bretagne, par exemple, une nette absence de recouvrement des deux variables : « *Malgré une association forte et régulière entre l'indice de désavantage social et la mortalité, celui-ci est loin d'expliquer la totalité de l'hétérogénéité de la mortalité en France. Cette hétérogénéité peut être attribuée à de nombreux autres facteurs (environnement, mode de vie, risques professionnels, disponibilité et rapport aux soins, organisation territoriale, etc.)*⁶ ». Le social et le territorial sont deux facteurs complémentaires, mais différents.

Comment expliquer cette absence de recouvrement ?

Les hommes ne sont pas tous égaux face à la santé et des prédispositions génétiques sont découvertes tous les jours. Il semblerait entre autres que l'environnement social et l'environnement physique aient à voir avec le patrimoine génétique qui prédispose à être plus ou moins malade, à faire plus ou moins de choses dans la vie, et donc exerce une influence sur le bien-être.

Inégalité d'accès aux soins ou inégalités sociales de soin ?

Indépendamment du champ couvert par la protection sociale, qui contraint les possibilités d'utilisation (accès potentiel), il existe également des difficultés d'accès effectif aux soins, qu'il s'agisse d'accès primaire (entrée dans le système de soins) ou d'accès secondaire (manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact et les résultats qui en découlent).

En France, le débat se concentre sur les inégalités d'accès aux soins. Or, si ces inégalités sont réelles, elles n'expliquent qu'une partie des inégalités sociales de santé.

Certes, l'offre de soins est inégalement répartie et l'accès potentiel se restreint. Dans certaines zones, les déserts médicaux concernent tout autant le monde rural que les zones urbaines. Mais il existe aussi des inégalités sociales de santé qui relèvent pour partie d'inégalités de soins (préventifs, curatifs ou de rééducation, réadaptation) ; ces inégalités touchent particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité sociale, mais force est de constater qu'elles traversent également l'ensemble de la société.

Globalement, quand nous sommes malades, il est bon de se soigner. Mais pour cela, encore faut-il avoir une double capacité : la première tient au fait de connaître ses droits et d'être capable de les faire valoir, la seconde renvoie à l'aptitude des individus à se servir du système. Celui-ci doit en outre être capable de prendre en charge les personnes en proportion de leurs besoins et de leur capacité à se prendre elles-mêmes en charge.

⁶ Grégoire Rey, Stéphane Rican et Éric Jouglu, « *Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social* », in « *Inégalités sociales de santé* », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 8-9 mars 2011 (Institut national de veille sanitaire). www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf

• *Un premier obstacle, la difficulté d'accès « effectif » aux soins*

Trois raisons peuvent être citées pour expliquer l'inégalité de recours aux soins, également appelé accès primaire : le refus du professionnel de prendre en charge les personnes d'une part, la méconnaissance de ses besoins et le renoncement aux soins d'autre part, qui émanent cette fois de l'individu⁷.

Le renoncement individuel renvoie d'abord à l'idée que, pour renoncer, il faut avoir eu conscience de son besoin ; mais aussi connaître préalablement ses droits et savoir qu'il est fondé de demander à y avoir accès ; n'avoir pas réussi enfin à lever les éventuels obstacles qui en empêchaient l'accès.

Divers travaux anthropologiques montrent la complexité du renoncement aux soins et mettent en avant les grands types de facteurs intervenant dans ce renoncement :

– *administratifs* : avoir des droits est une bonne chose, mais c'est à ceux qui en ont le plus besoin que le système oppose le plus de difficultés administratives à les faire valoir. Il s'agit notamment des personnes en état de relégation comme les détenus, les étrangers en situation irrégulière ou les personnes se prostituant ;

– *économiques* : ne pas pouvoir payer ou avancer les frais, ne pas pouvoir financer un dépassement d'honoraires... les renoncements pour raisons financières sont extrêmement prégnants. Se soigner nécessite le bénéfice d'une protection sociale de qualité et, le plus souvent, d'une protection sociale complémentaire. Les renoncements émanent de personnes n'ayant pas de couverture complémentaire (mutuelle privée), les bénéficiaires de la couverture de maladie universelle complémentaire (CMU-C) mais aussi certains bénéficiaires d'une couverture complémentaire privée. Ils concernent d'abord l'optique ou les soins dentaires, mal remboursés par la Sécurité sociale et souvent onéreux, mais aussi certains soins médicaux.

Les taux de couverture par une protection sociale complémentaire, que ce soit la couverture de maladie universelle complémentaire ou une assurance complémentaire de type mutuelle, indiquent un lien direct avec le pouvoir d'achat. La difficulté sociale engendre une difficulté d'accès aux soins, l'incapacité de s'acheter une protection sociale complémentaire et de prendre en charge les autres (les enfants notamment). La part de la population non couverte par une assurance complémentaire est de 14 % dans le quintile le plus pauvre de la population, pour 3 % dans le quintile le plus riche.

⁷ Cf. « Renoncements-barrière » et « renoncements-refus », in Caroline Desprès et al., « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », Questions d'économie de la santé, n° 169, octobre 2011 (Institut de recherche et documentation en économie de la santé, IRDES).
www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf

Il existe donc des inégalités de recours aux soins⁸ :

– *pratiques* : ces difficultés d'accès aux soins conduisant au renoncement concernent l'éloignement géographique de l'offre de soins et, pour les personnes en situation de handicap, l'accès physique (l'impossibilité par exemple pour une personne se déplaçant en fauteuil roulant d'atteindre le cabinet médical situé au bout d'un couloir trop étroit, donc de fait inaccessible) ;

– *culturelles* : il est ici fait référence à la capacité relative des patients à s'approprier aussi bien des normes de santé que des normes de fonctionnement permettant de se servir du système de soin proposé ;

– *psycho-sociales* : l'attention à soi, au regard de l'autre (en liaison avec la question de la santé mentale), ou, dans un autre registre, la très grande sensibilité au ressenti ou à l'exercice de discriminations à son endroit sont autant de facteurs pouvant également conduire à renoncer aux soins ;

– *personnelles* : la priorité donnée à la santé est ici en question, au regard d'autres problèmes auxquels sont confrontées les personnes.

• *L'impact des comportements*

Au-delà de la question tenant à l'offre de soins se pose également celle des comportements.

Il existe une différenciation sociale des comportements, mais celle-ci justifie-t-elle tout ?

Concernant le problème du tabagisme, l'écart s'est creusé entre les chômeurs et les cadres au cours des dix dernières années. Les comportements expliquent une part des différentiels de mortalité, mais les reproches faits aux individus pèsent sans doute trop lourd par rapport à leurs responsabilités.

Si les personnes étaient totalement libres d'adopter un comportement plutôt qu'un autre, cela se saurait. Dès lors, si les inégalités d'accès aux soins et les différences de prise en charge individuelles ne sont pas les seuls facteurs, c'est du côté des raisons sociales et territoriales qu'il faut chercher. Le champ de compétence de la sociologie et la réflexion sur les questions territoriales doivent dès lors prendre le relais sur le champ du médical pour comprendre ces relations.

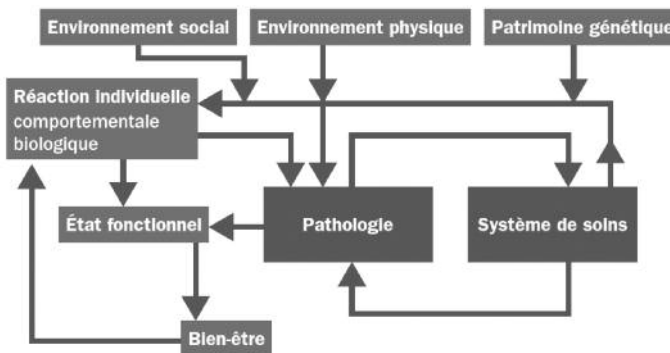
⁸ Voir le dossier de presse de l'IRDES sur les premiers résultats de l'enquête Santé et protection sociale (SPS) de 2006.

www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniqueDePresse/ComPresseAutre/DossierPresseESPS2006.pdf
 Cette enquête est biannuelle et les données peuvent être consultées sur le site de l'IRDES (www.irdes.fr) à la rubrique Espace Recherche.

Les déterminants sociaux

L'état de santé est caractérisé par des interactions complexes. La question du déterminisme social et spatial s'étend au-delà de celle d'une différenciation sociale des risques « individuels » et des inégalités d'accès aux soins. Réfléchir à ce nous sommes et aux raisons qui amènent à être plus ou moins en bonne santé implique de s'interroger sur les déterminants sociaux.

Modèle des déterminants sociaux



Source: Haut Comité de la santé publique, *La Santé en France en 2002* (d'après Evans R. G., Stoddart G. L., « Produire de la santé, consommer des soins », in Evans R.G., Barer M. L., Marmor T. R. (éds.), *Être ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal (Québec), Presses de l'Université de Montréal et John Libbey Eurotext, 1996).

www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001174.pdf

Comment expliquer le poids des déterminants sociaux ?

Deux théories ont souvent été opposées, qui semblent en fait complémentaires.

La théorie des déterminants matériels avance qu'être pauvre n'est pas bon pour la santé, mais qu'être mal logé ne l'est pas non plus. Environnement de vie et conditions de travail sont également importants. La seconde théorie, psychologique, pense la santé de l'individu comme le résultat de sa vie affective et émotionnelle. Des travaux particulièrement intéressants en psychologie de la santé sont menés sur les déterminants psychosociaux; ils évoquent, de manière très probante, le capital social ou l'effet du stress sur la santé.

Enfin, une troisième approche peut être évoquée, qui fait état de l'influence du territoire.

Les déterminants matériels

Les déterminants matériels sont liés au revenu des personnes, à leur logement, à leur environnement et à leur travail.

L'Agence régionale de santé (ARS) a produit le diagnostic de l'état de santé de la population francilienne⁹. Elle y met en avant les données de l'enquête Sumer, l'une des rares enquêtes menées périodiquement sur la santé au travail par des médecins du travail. Deux exemples indiquent que les conditions matérielles ne sont pas sans effets : l'exposition aux substances cancérigènes, ce qui est le cas de 8 % des salariés franciliens (290 000 personnes), ou l'exposition au stress (27,5 % sont en situation de stress au travail [*job strain*] car exposés à une forte demande psychologique alors qu'ils ont une latitude décisionnelle faible). Il est possible d'en conclure qu'un travailleur au bas de l'échelle qui exerce une profession avec très peu de latitude se trouve plus exposé aux facteurs défavorables pour la santé.

Les expositions environnementales, quoique probablement sous-estimées, constituent un autre problème majeur : pollution atmosphérique, activités industrielles polluantes ou à risque, nuisances sonores, polluants à l'intérieur du logement...

L'étude Equit'Area de l'École des hautes études en santé publique (EHESP)¹⁰ permet de penser qu'aux expositions à de mauvaises conditions environnementales s'ajoutent des inégalités sociales : « souvent, les territoires défavorisés conjuguent les nuisances variées (bruit du trafic, pollution atmosphérique, habitat dégradé...). De plus, les personnes qui résident dans ces territoires occupent souvent des emplois où elles sont exposées à d'autres facteurs de risque, avec des horaires de travail irréguliers ou décalés, des charges physiques, du bruit ou l'utilisation de produits dangereux¹¹ ». Mais le résultat de ces recherches n'est pas non plus aussi tranché.

Les déterminants psychosociaux

Les conditions de vie ne sont pas sans influence sur ce que les individus *sont* et sur ce qu'ils *font*. Ainsi, les choix individuels concernant les comportements vis-à-vis de la santé sont restreints. Concernant par exemple la santé cardiovasculaire, la probabilité de décès après un infarctus du myocarde augmente très fortement en fonction de l'exposition au stress et à un certain isolement – à un manque d'amortisseurs pour faire face à ce stress. Le facteur psychosocial est donc extrêmement important, il se construit dans le vivre-ensemble et entretient un certain rapport avec le territoire.

⁹ État de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien, ARS Île-de-France, 2011.

¹⁰ Le projet de recherche Equit'Area vise à explorer la contribution de certaines pollutions et nuisances environnementales aux importantes inégalités sociales de santé existant en France, qui ont eu tendance à croître au cours de la dernière décennie.

¹¹ Equit'Area, EHESP/Irest – UI085, 2012.

La dimension territoriale

En quoi le territoire exerce-t-il une influence sur l'état de santé des populations ?

Le territoire représente le lien social entre les individus, mais également l'accès aux services, qu'ils soient publics ou privés.

L'obésité, facteur assez prédictif d'événements de santé, est à ce titre une donnée intéressante. Ainsi, une étude sur les variations de fréquence de l'obésité révèle que ses causes sont sociales et spatiales¹². La propension à l'obésité est inversement proportionnelle au niveau des revenus. Le champ social est donc concerné, mais l'environnement de vie compte également, notamment la présence ou non de commerces de proximité et la qualité de ces commerces (nombre d'établissements de restauration rapide, etc.).

Le second exemple explicite est celui du dépistage du cancer du col de l'utérus : plus la femme est dans une situation favorisée, plus elle est soucieuse de sa santé – et inversement. En Île-de-France, le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis est réalisé trois fois plus souvent dans les quartiers favorisés que dans les plus défavorisés (catégorie regroupant les quartiers classés en zone urbaine sensible et les quartiers dits ouvriers ou populaires)¹³.

L'attention portée à leur santé est donc inégalement répartie entre les individus, et ce à tous les âges. Cependant, intervient là aussi le facteur territorial : le dépistage du cancer du col de l'utérus est moins fréquent dans les quartiers où gynécologues et généralistes sont les moins nombreux. Dans les quartiers dits « moyens » en termes d'offre de soins, pour la recherche d'un spécialiste, les femmes fonctionnent sur un périmètre plus large. Aussi est-il possible de dire que l'inégale répartition des moyens de santé pèse sur les personnes qui sont dépendantes de leur environnement immédiat pour accéder aux services.

Des inégalités apparues très tôt

Les inégalités de santé se développent tout au long de la vie, comme le rappelle notamment dans ses recherches Thierry Lang, président du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du Haut Conseil de la santé publique. Cependant, elles apparaissent aussi très tôt et les conditions de naissance seraient un des fondements de ces inégalités. Il faut donc s'intéresser aux enfants, et notam-

¹² Emmanuelle Cadot, Judith Martin, Pierre Chauvin, « Inégalités sociales et territoriales de santé : l'exemple de l'obésité dans la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 8-9 mars 2011.

www.programme-sirs.org/files/2013/09/BEH-2011-n°8.pdf

¹³ Voir Francesca Grillo, Emmanuelle Cadot, Isabelle Parizot et Pierre Chauvin, « Absence de suivi gynécologique régulier en région parisienne : un cumul d'inégalités individuelles et territoriales ? » (cohorte SIRS, 2005), in Les Disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles. Annexes, DIV, 2009.

www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/doc_1_annexes_A1_cle19c6ce.pdf

ment à leur développement psychomoteur, très inégal selon leur appartenance sociale – sans cependant qu’il puisse être fait état d’une fatalité, il faut y insister.

La corrélation entre les modes de garde dans la petite enfance (crèche ou assistante maternelle) et le développement cognitif de l’enfant constitue par exemple une information intéressante. Une étude canadienne de 2010 montre ainsi que les enfants de milieu défavorisé (niveau scolaire de leur mère) bénéficiant d’un accueil formel en crèche ont à 7 ans un score cognitif identique à ceux des catégories favorisées, ce qui n’est pas le cas de ceux gardés à domicile par leur mère ou des parents. Pour les enfants dont le niveau scolaire de la mère est élevé, aucune différence n’est statistiquement notée entre les types de garde¹⁴.

Ces données indiquent que la santé est bien autre chose que le seul système de soins et qu’elle devrait être une préoccupation partagée par l’ensemble des secteurs de la société.

L’échelle pertinente d’analyse et les réponses envisageables

Premières orientations pour l’action

Vouloir améliorer l’accès aux soins nécessite d’agir à différents niveaux.

Il faut souligner en premier lieu l’importance de la médiation sociale et culturelle dans la sensibilisation des individus les plus précarisés (*voir encadré page 28*).

De façon plus globale, à partir des travaux réalisés notamment par Margaret Whitehead¹⁵ mais aussi par l’ensemble du groupe consultatif sur les inégalités sanitaires en Europe auquel elle participe¹⁶, les stratégies d’intervention visant à réduire les inégalités sociales de santé peuvent être réparties en quatre catégories :

- *le renforcement des capacités et compétences des individus*, afin qu’ils portent plus d’attention à leur santé et modifient leur comportement et leur style de vie personnel ;
- *le renforcement des « communautés »*, afin de modifier les influences sociales et collectives (cohésion sociale et soutien mutuel), le lien social

¹⁴ Geoffroy et al., « Closing the gap in academic readiness and achievement: the role of early child-care », *Journal of Child Psychologic Psychiatry*, décembre 2010.

¹⁵ Margaret Whitehead, professeur de santé publique à la faculté de médecine de l’université de Liverpool (Royaume-Uni), est directrice du centre collaborateur de l’OMS pour la recherche sur les politiques dans le domaine des déterminants sociaux de la santé.

¹⁶ La mission dédiée à cette instance est d’aider le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe à réaliser un projet de recherche portant sur la cartographie des inégalités sanitaires dans les cinquante-trois États membres de la région européenne de l’OMS. Le projet, baptisé « Étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire », vise à mettre en avant la pertinence des conclusions de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l’OMS (publiées en 2008) et d’autres données probantes dans le contexte européen, puis de les traduire en propositions de politique générale.

- étant déterminant. Cela peut s'organiser dans le cadre d'un diagnostic local partagé (atelier santé ville ou contrat local de santé notamment) ou de la participation de représentants des habitants aux instances de décision ;
- *l'amélioration des conditions de vie et de travail*, ce qui renvoie à l'accès au travail, aux services et aux équipements essentiels comme l'eau, l'habitat... (par exemple la gestion du problème du saturnisme par la PMI et les services sociaux départementaux) ; à l'urbanisme (disponibilité et accessibilité des équipements collectifs) ; à la nourriture ; à l'éducation (scolarité et soutien scolaire), etc. ;
 - *la promotion de mesures politiques favorables à la santé*, interventions visant à modifier l'environnement macro-économique ou culturel afin de lutter contre la pauvreté et les conséquences négatives des inégalités sociales sur la santé, et la société d'une manière générale.

Toutes ces interventions s'inscrivent dans la ligne des stratégies de promotion de la santé définies par l'OMS dans la Charte d'Ottawa de 1986.

La charte d'Ottawa et la promotion de la santé

La santé, ce n'est pas seulement les soins. Cette pensée est très ancienne et a notamment été formalisée le 21 novembre 1986 par la Charte d'Ottawa lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. La charte adoptée établit tout d'abord les préalables indispensables à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous :

« *La santé exige qu'un certain nombre de conditions et de ressources préalables soit remplies, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un système éco-stable, compter sur un apport durable en ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ; tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.* » Ces pré-requis ont été complétés en 1997 par la Charte de Djakarta qui ajoute, en plus des facteurs listés en 1986, la sécurité sociale, les relations sociales, la responsabilisation des femmes et le respect des droits de l'homme.

Les principes promus par la charte en matière de santé se déclinent en différents axes d'intervention :

- élaborer une politique publique saine (« *santé dans toutes les politiques publiques* ») ;
- créer des milieux favorables (physiques et humains, professionnels et dans la cité) ;
- renforcer l'action communautaire (en matière de politique de la ville par exemple) ;
- acquérir des aptitudes individuelles (selon les dix compétences psychosociales définies par l'OMS : avoir conscience de soi/avoir de l'empathie, savoir gérer son stress/savoir gérer ses émotions, avoir une pensée

- critique/avoir une pensée créative, savoir communiquer/développer des relations interpersonnelles harmonieuses, savoir résoudre les problèmes/savoir prendre des décisions);
- réorienter les services de santé (par exemple, dans le programme régional de santé de l'Île-de-France, l'action « Pratiques cliniques préventives »).

Pour être en situation de mettre en œuvre ces principes au quotidien, il faut tenir compte du territoire. Le monde de la recherche commence à se préoccuper de ces questions. C'est le cas notamment de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp), dont la revue de juin 2012 titrait: « Consolider le dialogue entre santé publique et aménagement urbain¹⁷ » – ce qui n'allait pas de soi jusqu'à présent.

Les travaux de recherche distinguent différents niveaux d'influence de l'environnement sur la santé: l'environnement régional et national, l'environnement municipal et enfin l'environnement local, le quartier.

Il peut manquer à ce schéma le niveau départemental, le Conseil général ayant les compétences politiques sociales: la protection maternelle et infantile, l'enfance en danger, les personnes dépendantes – cependant, ajouter cette strate d'intervention complexifiera également la description, et l'action.

Si les outils d'analyse commencent donc à être opérationnels, les stratégies pour agir sont elles plus difficiles à valider. Pour l'agence anglaise *Health Development Agency*, ce sont en priorité:

- améliorer la santé des plus « démunis » (« *improving the health of poor people* »);
- réduire l'écart entre les plus démunis et le reste de la société (« *narrowing health gaps* »);
- réduire l'ensemble du gradient des inégalités sociales de santé (« *reducing health gradients* »)¹⁸.

En conclusion, il est clair que l'on ne réduira pas les inégalités de santé si ce n'est là un objectif explicite de politique publique; cela dans tous les secteurs de l'activité (et pas seulement celui de la santé au sens strict) et à chaque niveau de compétence territoriale. ●

¹⁷ Basile Chaix, « Consolider le dialogue entre santé publique et aménagement urbain », Questions de santé publique, n° 17, juin 2012. Disponible en ligne sur le site de l'Iresp: www.iresp.net Voir également « Forum santé et aménagement du territoire francilien ».

¹⁸ « *Health inequalities: concepts, frameworks and policy* », Briefing Paper, NHS, Health Development Agency, 2004.

Accompagnement des parcours de soins par les médiatrices sociales de l'Arifa, à Clichy-Montfermeil

Le territoire de Clichy-Montfermeil représente une des zones du département de la Seine-Saint-Denis qui compte le plus de personnes en difficulté sociale.

Le constat était double. D'une part, la fréquentation du centre d'examen de santé de la CPAM situé à Bobigny était très faible, sans doute principalement du fait d'une méconnaissance de l'offre de soins proposée par le centre et de difficultés de déplacement liées notamment à l'insuffisance de transports en commun qui caractérise Clichy-Montfermeil.

D'autre part, la problématique de santé était identifiée localement comme très importante : diabète, néoplasies, pathologies cardiovasculaires, obésités, hépatites...

L'objectif a donc été, dès la fin de l'année 2008, de délocaliser la logistique de l'examen de santé au sein de ce quartier à haute fragilisation sociale, pour une action de proximité, de créer une dynamique de réflexion efficace et durable autour du fait de « prendre soin de soi » et d'optimiser les compétences de chacun dans une démarche de type santé communautaire.

C'est ainsi qu'a été mis en place durant deux jours tous les deux mois au sein de la Maison des services publics de la communauté d'agglomération de Clichy-Montfermeil, bien repérée par la population, la possibilité d'un examen périodique de santé. Cet examen était aussi l'occasion de présenter systématiquement une thématique santé spécifique.

Très peu de femmes ayant bénéficié d'un frottis, une consultation gynécologique a été organisée à laquelle plus de 90 % des femmes se sont rendues grâce au travail de sensibilisation réalisé en amont par les médiatrices sociales et culturelles de l'Arifa. Parallèlement, un dépistage du diabète ainsi que des hépatites B et C a été organisé. Des évaluations des fonctions visuelles et auditives, un examen dentaire et le contrôle des risques cardiovasculaires ont également été effectués.

Ces examens de santé sont réalisés en y associant les équipes médico-administratives du centre d'examen de santé et les femmes-relais médiatrices sociales et culturelles de l'Arifa. La présence de ces dernières au moment de l'examen est indispensable. Elle permet notamment la traduction immédiate dans la langue d'origine, avec des mots simples, d'éléments médicaux compliqués à transmettre, qui concernent par exemple le suivi du patient. En outre, il faut savoir entendre, derrière certains mots employés par les personnes venues consulter, des images, des représentations des maladies, des craintes et des croyances.

Deux réunions avec les médecins libéraux ont également été réalisées. Cette approche en complémentarité avec eux est indispensable. À leurs côtés, c'est un environnement psycho-social pérenne qui doit être mis en œuvre. C'est là que se fait le lien, et ce sont les médiatrices qui font ce lien.

Elles prennent les rendez-vous, informent les usagers sur les bilans de santé, les aident à remplir les questionnaires préalables au bilan, les accompagnent lors des examens, traduisent, expliquent, rassurent sur les prises de sang, les frottis ou les divers appareils, s'assurent que les habitants ne bénéficient bien qu'une fois du bilan et consultent ensuite leur médecin traitant.

De son côté, la Cramif a dispensé trois demi-journées de formation aux médiatrices, leur permettant d'acquérir les bases pour expliquer aux habitants l'intérêt du dépistage du diabète et de ses corollaires (déséquilibre alimentaire, sédentarité, obésité), des maladies infectieuses (hépatites B et C) ainsi que de certains cancers.

Ainsi, c'est grâce à la communication interactive qui s'est établie avec les associations locales et la population, grâce au travail réalisé, en amont comme en aval, par l'association des médiatrices de l'Arifa, que cette action a été possible : les médiatrices ont participé à l'orientation, à l'information et à l'inscription des personnes aux journées thématiques de dépistage. L'action est menée en deux temps dans une dynamique partenariale locale : délocalisation du centre d'examen de santé de Bobigny à Clichy-Montfermeil pour des prélèvements, puis accompagnement en car par les médiatrices sociales et culturelles au centre d'examen de santé de Bobigny pour la restitution et d'éventuels examens complémentaires. La fréquentation du centre de santé est alors tout à fait exceptionnelle par rapport à d'autres actions de ce type menées dans d'autres villes. Au centre d'examen de santé de Bobigny, le taux de présence parmi les populations connues comme étant en situation de précarité était de 65 %. L'action menée à Clichy-Montfermeil a atteint le score record de 90 % de fréquentation parmi ces personnes.

Les médiatrices de l'Arifa constituent une interface qui travaille le lien entre les acteurs sociaux, la population en difficulté psychosociale et les médecins ; une interface qui apporte une aide enthousiaste et qui croit à la possibilité de transmettre de façon accessible les informations médicales des soignants.

*Extrait du rapport « Vingt ans de médiation sociale et culturelle.
Vingt ans d'intervention auprès des habitants »,
Actes de la rencontre de Profession Banlieue, décembre 2011.
Aujourd'hui, cette action s'est concrétisée avec l'ouverture
d'une antenne du centre d'examen de santé de la CPAM de Bobigny
dans laquelle les médiatrices continuent leur travail.*



I. Les déterminants de santé

Habitat et cadre de vie

L’habitat, facteur essentiel de la qualité de vie

● **Marcelle Delour,**
médecin de PMI

L’habitat est le lieu de la vie privée, de l’intime. C’est un espace protégé et protecteur, normé par un important corpus réglementaire. Il fait l’objet de recherches permanentes sur les critères renforçant sa sécurité sanitaire, sa qualité environnementale et le confort des occupants – récemment, les normes HQE (haute qualité environnementale) et la toxicité de certains produits, notamment.

L’habitat insalubre et indigne

Le terme générique d’habitat insalubre désigne tout ce qui relève de conditions de vie précaires dans l’habitat. Il qualifie un espace de vie exposé aux risques, qui n’est pas protecteur.

La définition de la santé proposée par l’Organisation mondiale de la santé – « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité* » – permet d’affirmer que les conditions de santé des personnes ne sont pas réunies dans les conditions d’habitat insalubre ou précaire, tant du point de vue des conditions de vie de base, permettant la satisfaction des besoins de santé primaire, que du fait du caractère authentiquement pathogène de ces environnements.

L’habitat insalubre et indigne est certes combattu par la réglementation, puisqu’il est en dehors des normes réglementaires de construction, mais il n’est

pas éradiqué. Du coup, on constate que les degrés d'exposition aux risques d'insécurité et de dangers sanitaires, lorsqu'ils sont très importants et que l'on arrive à des seuils d'exposition de dangerosité sanitaire excessive, génèrent des mesures d'exception : des expulsions ou des réductions palliatives des risques. C'est le cas avec le saturnisme et de multiples autres circonstances également. Mais cette question de la santé, voire de la mise en danger extrême, est difficilement et trop tardivement prise en compte dans les politiques publiques, notamment parce qu'il n'est pas prévu par la réglementation que l'habitat soit pathogène.

Il existe un *continuum* de graduation entre les habitats HQE et l'insalubrité, jugée incompatible avec l'occupation humaine. Mais le curseur qui fixe le niveau d'intolérance est relativement variable. Ainsi, certaines situations sont tolérées à certains endroits et pas à d'autres. Il existe, en effet, des dimensions d'estimation de la tolérabilité et de la traitabilité de certaines conditions d'habitat qui sont très connotées techniquement, mais également politiquement (c'est l'exemple des évacuations de campement).

Problèmes de santé et habitat insalubre

1) Des conditions de vie personnelle et familiale hostiles

- Satisfaction des fonctions primaires vitales (se nourrir – cuisiner, conserver... –, dormir, se laver, se reposer, etc.) empêchée ou rendue plus difficile ;
- Des conditions d'une vie psychique et relationnelle équilibrée et sereine compromises :
 - surpopulation et promiscuité induisant une absence d'intimité et un périmètre d'autonomie restreint ;
 - irrespect des rythmes individuels et insécurité entraînant l'agressivité ;
 - conditions de travail à domicile (scolaire, intellectuel) très difficiles.

2) Un environnement physique dangereux

- Présence de toxiques – plomb, monoxyde de carbone ;
- Présence d'agents biologiques pathogènes ou/et de parasites – moisissures allergisantes ou toxiques, rats, vermines... ;
- Contagiosité de certaines pathologies infectieuses du fait de la promiscuité – tuberculose, viroses... ;
- Conditions accidentogènes – danger électrique, usage de feux mal protégés, chutes dues aux espaces non protégés.

3) Conditions de la vie sociale et citoyenne difficiles

- Relations conflictuelles avec les propriétaires ;
 - Absence d'adresse effective et stable pour le courrier personnel et les dossiers administratifs compromettant le plein exercice des droits civiques, citoyens et de solidarité ;
 - Instabilité structurelle empêchant de se projeter dans l'avenir et menaçant les solidarités de proximité (danger d'expulsion, changements d'hôtel répétés...).
-

Les politiques publiques de logement peinent à générer des solutions à la hauteur des besoins et à proposer notamment un parc d'habitat social répondant à ces besoins. L'accessibilité aux divers segments du parc d'habitat au regard de ces caractéristiques est arbitrée par des critères économiques et administratifs. Mais, le marché n'étant pas philanthrope, se loger dans le privé est évidemment compliqué. Au final, l'habitat insalubre concerne les personnes les plus fragiles économiquement ou celles exclues du corps social.

Les points de vigilance en matière de santé pour les adultes et les enfants vivant dans des environnements insalubres ou précaires

Les recommandations sanitaires et les prescriptions médicales sont prévues pour des environnements dits normaux. Elles concernent :

- la nutrition (cf. programme national Nutrition santé),
- le sommeil (rythme, nuisances sonores, conditions de couchage, distance physique entre enfants ou adolescents et adultes),
- les activités de détente et ludiques (jeux, éveil psychomoteur...),
- les activités intellectuelles choisies (scolaires, lectures, films...).

Cependant, mettre en œuvre les recommandations du programme national Nutrition santé telles qu'elles sont prescrites peut relever du défi. Comment respecter des rythmes lorsqu'on ne cesse de déménager ? Comment respecter la distance physique entre adultes et enfants, entre adolescents et adultes, quand l'espace de vie commun est plus qu'exigu ? Comment avoir des activités de détente et ludiques ou des activités intellectuelles dans un environnement insalubre et dangereux ?

• Des situations sanitaires particulièrement sensibles aux conditions de vie

Le suivi de la scolarité des enfants vivant dans un habitat insalubre ou contraints de déménager sans cesse est évidemment très difficile, tout comme le travail personnel (devoirs à la maison). Pourtant, les professionnels du Samu social témoignent de l'investissement de ces parents dans la scolarité de leurs enfants, au prix de déplacements inacceptables. De même, le suivi et l'observance des traitements des pathologies chroniques graves sont compromis. Enfin, le suivi de la grossesse et la prévention des pathologies périnatales sont également rendus particulièrement compliqués.

• Un accès aux droits très difficile

La multiplicité des démarches administratives à effectuer pour pouvoir bénéficier des droits d'accès à la santé est un autre obstacle dans le parcours de santé des personnes précarisées alors même que faire valoir leurs droits ou obtenir des aides leur est indispensable. La mise en œuvre d'un parcours de soins est par ailleurs régulièrement complexifiée par des difficultés de transport ou des

contraintes administratives paradoxales (horaires et lieux de rendez-vous incompatibles avec d'autres contraintes comme la garde des enfants par exemple), confrontant régulièrement ces personnes à des conflits d'intérêts et à des arbitrages mettant en cause le suivi des soins.

Des adaptations nécessaires

Au vu des difficultés multiples auxquelles sont confrontées les personnes vivant en habitat insalubre ou précaire, les acteurs institutionnels et libéraux, sanitaires et sociaux, se doivent d'adapter leurs pratiques à la situation des personnes, et non l'inverse.

Les facteurs pathogènes de l'environnement doivent être pris en compte dans le diagnostic des pathologies. Les médecins, par exemple, ont appris il y a vingt ans à diagnostiquer l'empoisonnement lié au saturnisme, mais pas à faire un diagnostic de troubles du sommeil d'un enfant. Cela nécessiterait de se préoccuper des conditions dans lesquelles l'enfant vit, de son contexte psycho-relationnel et familial, mais également de son environnement général.

Face à la difficulté d'observance des recommandations habituelles, il s'agit de prendre en considération les conditions de vie difficiles des personnes, souvent peu enclines à en faire état. En effet, si le dialogue ne permet pas de faire apparaître ces éléments comme des déterminants dont on puisse tenir compte, établir un diagnostic et une prescription de bonne qualité est impossible. Or il est indispensable d'adapter les prescriptions afin de faciliter leur observance.

Dans la mesure où il est difficile d'adapter les pratiques sanitaires (manger cinq fruits et légumes par jour par exemple), ce sont donc les prescriptions qu'il faut modifier, c'est-à-dire imaginer des recommandations ou des modes de faire dans le champ sanitaire autres que les pratiques officielles, mais néanmoins efficaces pour les populations concernées. Par exemple, plusieurs stratégies de conservation de l'alimentation peuvent être performantes ; il s'agit de repérer leur efficacité et de délivrer des recommandations hygiéniques validées.

Un véritable travail est donc à réaliser par les équipes de terrain : rassembler l'ensemble de ces pratiques innovantes pour construire un corpus qui soit utilisable par tous, proposant des alternatives aux normes standards.

Par ailleurs, les acteurs du soin et de l'hébergement doivent porter une attention particulière aux situations les plus sensibles – la grossesse, la petite enfance, les pathologies chroniques graves – en renforçant les regards croisés et la mise en cohérence des procédures entre les deux secteurs, et notamment du point de vue du logement (éviter les changements de logement permanents).

• *Faire évoluer les organisations institutionnelles*

Faire évoluer les organisations institutionnelles est certes compliqué, d'autant que cela concerne aussi les professionnels de terrain. Quand les institutions organisent leurs services de façon impraticable pour les usagers comme pour les professionnels, les acteurs de terrain « n'en peuvent, mais ». Elles doivent tenir compte du droit du travail pour éviter des conflits d'intérêts majeurs entre la qualité de vie des professionnels dans l'organisation et l'accessibilité par les usagers. Aménager les accès aux services de droit commun en lien avec la question des transports, des guichets uniques, des horaires aménagés, est nécessaire pour que les familles et les personnes puissent faire valoir leurs droits.

• *Promouvoir la culture du partenariat entre les services*

La culture du partenariat entre les différents services émerge progressivement. La politique de projets partagés intégrant l'ensemble des problèmes rencontrés par les personnes et par les services – logement, santé, emploi – est ascendante. Pris par le pragmatisme de l'action et grâce à la compréhension globale et complexe qu'ils acquièrent directement dans la pratique, les professionnels s'efforcent de construire des partenariats et des transversalités. Ils en sont malheureusement parfois empêchés par leurs institutions. Il est donc indispensable que ces projets soient structurés jusqu'au plus haut niveau des différentes institutions, afin que les professionnels puissent s'y engager.

• *Le rôle des associations*

On devrait pouvoir imaginer une puissance publique qui ne fasse pas défaut, travaille sur ses manques repérés comme tels et s'organise pour produire une politique publique intégrée. Or, quand la puissance publique fait défaut, c'est le secteur associatif qui intervient, ce qui pose évidemment question.

L'intérêt du secteur associatif se caractérise précisément par ses capacités de proximité, de souplesse, d'innovation et de rapidité. Là où le service public s'arrête, le secteur associatif déploie ses actions. Il dit ce que les services ne peuvent plus dire, mettant ainsi en question leur fonctionnement.

Pour connaître de manière précise la réalité des familles, le secteur associatif est très précieux. Les puéricultrices de PMI continuent par exemple de se rendre au domicile des familles, mais dans des situations de plus en plus ciblées, et probablement dans un périmètre de plus en plus restreint. Il est donc important pour la puissance publique de trouver un mode d'articulation avec les associations qui ne transforment pas leur engagement en une politique palliative ou de substitution.

Les médiateurs également se posent chaque année la question de savoir s'ils seront financés l'année suivante. Leur mode de financement est extrêmement précaire. Que l'on soit un professionnel, un bénéficiaire ou un initiateur de pro-

jets, comment engager dans ces conditions un travail de développement communautaire qui se construit nécessairement dans la durée et dans l'élaboration de rapports humains de confiance? Ce sont donc les modalités même d'intervention qui sont à penser autrement en termes de politique publique. ●

Un bailleur social au plus près de ses locataires

● **Christine David,**
chef de service ingénierie sociale, Opievoy

L'Opievoy est un bailleur social implanté dans la plupart des départements (188 communes) de l'Île-de-France. Il gère 50 000 logements, dont 42 % se situent en zone urbaine sensible (Zus) et 21 % bénéficient d'une opération de rénovation urbaine.

La dernière enquête de composition familiale menée par l'Opievoy montre que ses locataires comptent 29 % de personnes seules (isolées), de tous âges, 25 % de couples avec enfants, 19 % de familles monoparentales et 16 % de couples sans enfant.

Une équipe de dix-neuf conseillers sociaux ou assistantes sociales et chargés de développement social urbain est implantée au sein des différentes agences de l'organisme. Ces travailleurs sociaux mènent en particulier des actions éducatives et de lien social, en relation avec les partenaires locaux et les villes, afin de lutter contre l'isolement des familles, d'aider à une meilleure qualité de vie des locataires et d'améliorer leur cadre de vie.

Sont notamment organisés par les travailleurs sociaux, avec les amicales de locataires et les associations locales, des ateliers thématiques sur l'hygiène, les éco-gestes, etc. Des appartements pédagogiques ont également été ouverts aux locataires sur l'utilisation des produits d'entretien, sur les accidents domestiques, sur la gestion des déchets et les jets d'objets par les fenêtres, une question qui interpelle régulièrement les bailleurs : dans ces appartements pédagogiques, les animations sont destinées à aider les locataires à mieux vivre dans leurs logements. Tous les sujets sont abordés, de la gestion du budget aux économies d'énergie en passant par la prévention des accidents domestiques ou encore le tri sélectif. Ces appartements sont des lieux de ressource et d'information pour les locataires.

Les personnels de proximité, gardiens et prestataires, qui ont accès aux logements pour effectuer différents travaux (réhabilitations, contrôles de chaudière) sont par ailleurs les mieux à même de veiller à plusieurs problématiques concernant notamment les personnes isolées et démunies (troubles psychiatriques, problèmes d'hygiène...), mais aussi l'occupation des lieux et leur éventuelle sur-occupation.

Concernant les personnes isolées en difficulté sanitaire ou psychiatrique, il n'est cependant pas toujours facile de repérer le partenaire (une structure médicale par exemple) ou les personnes pouvant les aider. Les travailleurs sociaux de l'Opievoy prennent des contacts, font des signalements, sollicitent des tutelles ou curatelles pour la protection de l'individu ou pour des raisons d'hygiène et d'entretien de l'habitat.

Concernant l'aspect lien social, l'Opievoy soutient, dans le cadre de fonds d'initiative locale, des associations locales. Il subventionne de nombreuses actions sur diverses thématiques, notamment sur la santé.

Les locataires s'adressent en effet à l'Opievoy pour des raisons de santé diverses. Cela peut être une maladie évolutive, une situation de handicap, des aménagements particuliers à réaliser, liés aux problématiques de santé des personnes âgées. Sur ce dernier point, la demande des habitants est forte, car ils vieillissent et le taux de rotation est faible. Un diagnostic a donc été réalisé avec l'appui d'ergothérapeutes, pour décider de préconisations adaptées. Dans le logement social, les gens restent, non plus seulement pour quelques années, mais pour la vie.

Enfin, pour prendre en compte les besoins des locataires, un plan de concertation locative dans lequel sont définies plusieurs thématiques a été élaboré. La gestion urbaine de proximité (GUP) en fait partie, au même titre que toutes les actions de développement social urbain, de rénovation urbaine et d'entretien du patrimoine. Des objectifs pour les aménagements des personnes à mobilité réduite ont également été fixés. ●

Créer un partenariat entre atelier santé ville et service habitat et cadre de vie

● **Laura Meziani,**
 coordonnatrice de l'ASV de Bagneux ;
 membre du Collectif ASV d'Île-de-France

L'intérêt de l'atelier santé ville est de faire en sorte que le volet santé soit pris en compte dans les projets de territoire. Les différentes initiatives menées par les ateliers santé ville peuvent concerner le cadre des territoires en politique de la ville, des opérations de renouvellement urbain pour l'habitat – l'amélioration de la qualité des logements, de la qualité de l'air intérieur. L'atelier santé ville accompagne également des actions pédagogiques, des initiatives territoriales susceptibles de changer les conditions de vie et l'environnement des personnes, voire d'influer sur les politiques publiques locales en matière de santé. L'atelier santé ville peut surtout favoriser un maillage territorial des acteurs selon les besoins diagnostiqués.

Plusieurs dynamiques peuvent être citées à titre d'exemple.

Il peut s'agir des questions d'offre et d'accès aux soins, dans le cadre d'opérations de rénovation urbaine, concernant les locaux et le maintien des professionnels de santé, des associations. Ainsi, plusieurs projets liés au maintien de l'offre de soins, portés par les ateliers santé ville dans le cadre de programmes sur l'accès aux soins, sont initiés en lien avec des opérations de rénovation urbaine qui offrent l'opportunité de travailler sur les besoins en termes de locaux, d'accessibilité, de parcours...

La prise en compte du cadre de vie permet d'agir sur les déterminants de santé en lien avec les programmes thématiques de l'atelier santé ville : par exemple, le maintien des commerces de proximité, le développement de jardins potagers ou les cultures hors sol. À Bagneux, l'atelier santé ville, dans le cadre du plan local nutrition et des travaux liés au programme de renouvellement urbain, accompagne, avec le centre social et culturel, un projet mené par des habitants lié au développement de jardins potagers partagés (entre habitants et associations) et pédagogiques (programme de formations pour les habitants, d'ateliers pour les enfants...). Ce projet s'est élargi à un autre quartier et à un projet d'insertion.

L'atelier santé ville favorise également l'émergence de réseau d'acteurs autour de problématiques auxquelles peuvent être confrontés les opérations de renouvellement urbain ou les chargés de gestion urbaine de proximité (Gup). Le lien entre les différents services et les bailleurs est très important. De fait, l'environnement et le réseau social sont à considérer comme un tout. Chaque initiative a un rôle à jouer lorsqu'elle fait partie d'un ensemble plus global. Là est l'intérêt de systèmes de pilotage extrêmement élargis et des coopérations. L'atelier santé ville rassemble des personnes qui créent du lien entre elles et construisent ensemble des projets.

Ainsi, la coordonnatrice atelier santé ville a eu l'occasion de travailler avec les chargés de développement urbain de l'Opievoy sur des initiatives collectives liées à l'amélioration des logements dans le cadre d'une opération de rénovation urbaine. Cela a donné lieu à une réflexion sur la gestion urbaine de proximité, qui associe notamment les gardiens d'immeuble ou les personnes qui gèrent les régies d'immeuble. Quels liens existe-t-il avec ces personnes, souvent au contact direct de situations de vulnérabilité? Quels liens existe-t-il entre les personnes qui s'occupent des immeubles, les travailleurs sociaux et le secteur de la santé? Dans le cadre de la gestion urbaine de proximité, comment un maillage d'acteurs locaux permettrait-il de prendre en compte des situations complexes?

Cette question de la gestion urbaine de proximité, dans les opérations de renouvellement urbain, permet de penser la démarche de façon partenariale.

Les contrats locaux de santé proposent également, le plus souvent, un axe habitat. L'élu à la santé est généralement celui du service communal d'hygiène et de santé. De fait, il doit travailler sur la question du logement. L'imbrication se fait et existe de fait matériellement. Cependant, l'existence d'un lien entre atelier santé ville et opération de rénovation urbaine ou gestion urbaine de proximité n'est malheureusement pas systématique.

Pour renforcer le travail sur cet axe, une sous-commission du Collectif ASV d'Île-de-France¹ se réunit régulièrement dans le cadre d'un groupe de travail dont le thème est l'échange de pratiques autour du lien entre l'habitat, le cadre de vie et la santé. En effet, on peut constater que les liens et le partenariat se construisent facilement entre le secteur social, les partenaires santé sociaux et le développement durable, mais qu'en revanche, comme l'a montré l'enquête de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) sur les ateliers santé ville², les collaborations entre atelier santé ville et équipe d'opérations de rénovation urbaine sont peu nombreuses.

Le Collectif ASV d'Île-de-France travaille actuellement sur un cycle de rencontres proposant trois visites sur site destinées à échanger sur l'intérêt de construire des coopérations entre la santé, les bailleurs et les services d'urbanisme dans le cadre des opérations de rénovation urbaine. ●

¹ Les coordonnateurs ASV de l'Île-de-France se sont organisés en collectif en 2011 afin d'échanger et de mutualiser leurs pratiques. Trois commissions ont été mises en place : communication, partenariat et ASV/politique de la ville.

² Depuis 2010, l'Acsé réalise chaque année une enquête de suivi des ASV. Le rapport d'enquête 2013 ainsi que les questionnaires ayant été utilisés sont disponibles sur son site dans la rubrique Documents.

Quand la Fondation Abbé-Pierre alerte sur la précarité énergétique

● Véronique Stella,

chargée de mission logement et précarité énergétique,
Fondation Abbé-Pierre

La Fondation Abbé-Pierre travaille de façon prioritaire sur les problématiques du mal-logement. Elle s'est dirigée naturellement et spontanément vers les problématiques liées à la précarité énergétique¹, de la même manière qu'elle s'est intéressée, entre autres, aux problématiques des bidonvilles.

Il existe une grande différence concernant la problématique de la précarité énergétique entre les Britanniques et les Français : en France, elle est abordée sous les angles économique et écologique, alors que, en Grande-Bretagne, elle est traitée sous l'angle santé publique. Les Britanniques ont pu faire bouger les lignes sur la prise en compte de la précarité énergétique en étant capables de dire : « *Voilà ce que coûte la précarité énergétique en santé publique pour l'État.* »

En France, les politiques publiques ne font pas système, ne se coordonnent pas entre elles. Aujourd'hui, on est incapable de dire pourquoi un logement rend malade, pourquoi certaines conditions de vie rendent malade. Le monde du médical et le monde du logement sont deux mondes, ils n'échangent pas entre eux.

Les pays anglo-saxons ont développé une spécialité médicale, la médecine urbaine. En France, on explique aux gens comment faire des économies d'énergie sans se préoccuper de la façon dont ils vivent dans leur logement. Quand un logement est dépourvu d'électricité, il est difficile de conserver des aliments frais. Les intoxications alimentaires sont beaucoup plus courantes dans les logements où l'électricité a été coupée et dans lesquels on ne peut ni manger chaud ni cuisiner. On y constate également plus de cas d'obésité.

La Fondation Abbé-Pierre a donc souhaité étudier les conséquences de la précarité énergétique notamment sur la santé, pour tenter d'infléchir les politiques du logement. Ainsi, elle s'est engagée depuis dix-huit mois avec le Creai-Ors² du Languedoc-Roussillon dans une étude cherchant à savoir si la précarité énergétique aggravait l'état de santé des ménages défavorisés, et comment. En matière de précarité énergétique, il n'existe pas en effet, comme pour le saturnisme, une cause et une conséquence, une seule maladie, une seule pathologie, mais plusieurs : stress, alimentation, problèmes cardiovasculaires...

¹ Selon la loi du 18 mars 2013 dite loi Grenelle II, une personne est en situation de précarité énergétique lorsqu'elle « éprouve dans son logement des difficultés particulières à disposer de la fourniture d'énergie nécessaire à la satisfaction de ses besoins élémentaires en raison de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'habitat énergétique ».

² Carrefour de ressources et d'études pour l'autonomie et l'inclusion—Observatoire régional de santé.

L'objectif de la Fondation Abbé-Pierre est de parvenir à faire bouger les lignes des politiques de lutte contre l'insalubrité et de l'indécence. Ainsi, elle propose de faire entrer dans les décrets et dans les normes d'insalubrité tout ce qui relève de la performance thermique des logements. En effet, selon les normes officielles du logement décent³, à partir du moment où un logement dispose d'une prise de courant permettant un mode de chauffage, il est possible de le mettre en location, sans se préoccuper de savoir si ce chauffage sera en capacité de maintenir une bonne température tout au long de l'année (à savoir entre 20 et 21 degrés).

Les conséquences de la précarité énergétique sont évaluées en termes de privation. Les ménages concernés ont des budgets restreints. L'alimentation et les soins sont les deux premiers postes de dépense qu'ils réduisent, ou dont ils viennent même à se priver totalement.

Comment travailler en lien ? Comment recréer du lien social pour circonscrire les problèmes de logement ? On ne peut que constater qu'il n'y a plus suffisamment de professionnels de terrain. Les travailleurs sociaux des conseils généraux et des associations n'ont plus ni le temps ni les moyens d'organiser des visites à domicile.

Comment faire travailler ensemble tous les systèmes, alors que ni les politiques ni les travailleurs sociaux ne font système ? ●

³ Le logement « décent » compte trois ensembles de critères : des critères relatifs à la sécurité et à la santé des locataires, des critères relatifs à la surface du logement (9 m² et une hauteur sous plafond minimale de 2,20 mètres, soit 20 m³ de volume minimum) et des critères relatifs aux équipements. Voir le site www.service-public.fr > Vos droits > Logement décent.

Médecins du monde et l'habitat insalubre

● **Sofia Aouici,**
responsable du programme santé-logement,
mission France de Médecins du monde

Contrairement à ce que pensent fréquemment les gens, Médecins du monde n'intervient pas uniquement à l'international mais est actif en France également où l'association développe plusieurs actions, dont notamment des centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) et des programmes mobiles.

Le programme « Santé Logement » fait partie de ces derniers. Les interventions ont lieu au domicile des personnes vivant dans un habitat insalubre, avec un professionnel de santé et un professionnel de l'habitat. Ce double regard permet de poser un diagnostic, de définir la situation de la famille, de déterminer quels sont les problèmes concernant la santé et l'habitat. Un troisième élément central justifiant l'intervention de Médecins du monde est la question de la vulnérabilité des personnes concernées, qui couvre la méconnaissance de ses droits, la difficulté à accéder au système de soins, l'incapacité par exemple à maîtriser l'écrit et donc à interpellier les différents services pouvant résoudre un problème de logement ou de santé.

Lorsqu'ils arrivent sur un territoire, les professionnels de Médecins du monde cherchent à rencontrer les différents interlocuteurs de ce territoire concernés par les problématiques de santé et de logement. En Île-de-France, Médecins du monde met également en place des formations qu'il anime avec une autre association de santé publique, Créteil Solidarité¹. Ainsi, un partenariat se tisse, un échange de connaissances sur les problèmes de santé liés à l'habitat et à l'habitat insalubre se développe.

Problèmes de santé, état du logement et problèmes sociaux sont intimement liés. Ce triptyque n'est pas dissociable, même si les trois versants n'interviennent pas toujours dans une même temporalité.

Le plus souvent, ce sont des travailleurs sociaux qui interpellent Médecins du monde, lorsqu'ils ont l'impression d'avoir tout essayé et qu'il n'y a plus de leviers possibles. Cela a été le cas par exemple dans un quartier en rénovation urbaine d'une commune du Val-de-Marne, où une éducatrice a interpellé l'association pour une mère souffrant d'une grave dépression qui vivait, avec son fils schizophrène et deux autres enfants adultes, dans un logement complètement encombré.

¹ Cette association, basée à Créteil (Val-de-Marne), a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des personnes et/ou des familles les plus défavorisées. Les publics sont accueillis par une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, d'une assistante de service social et d'un psychologue ; et par un avocat lors de la consultation polyvalente.

Par ses financements, Médecins du monde est rattaché à l'Agence régionale de santé (ARS) du Val-de-Marne. Ses autres partenaires sont les PMI et les services sociaux.

Concernant le domaine de l'habitat, un partenariat existe depuis 2008 avec le Pact-Arim du Val-de-Marne. Il s'agissait initialement d'une mission « saturnisme ». Le saturnisme a été pris en charge par les pouvoirs publics. Mais d'autres problèmes sont également repérables dans l'habitat, notamment la présence de moisissures ou des problèmes de santé mentale. Ceux-là n'entrent pas dans les missions saturnisme officiellement déployées par les collectivités locales. L'association a milité et œuvré pour que le saturnisme soit pris en charge dans la loi. Aujourd'hui, les résultats sont visibles en termes de santé publique : l'épidémie est en régression.

Mais les problèmes d'habitat vont au-delà et Médecins du monde est obligé, aujourd'hui, en France, d'intervenir de manière générale sur les questions de santé et de logement.

La pratique des acteurs de santé doit donc évoluer en prenant en compte l'ensemble des conditions de vie des personnes. Au regard de l'expérience, la pratique des services communaux d'hygiène et de santé, acteurs incontournables de la question du logement indigne, doit également évoluer. Cela rejoint la question du travail interprofessionnel. Les professionnels de santé – PMI, centres municipaux de santé, hôpitaux, permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et services d'hygiène, inspecteurs des agences régionales de santé – n'ont pas le même langage, ni la même temporalité. Une puéricultrice peut estimer, après une visite à domicile, qu'un lieu de vie est insalubre, tandis que l'inspecteur d'insalubrité considère, selon sa liste de critères techniques, pour ce même lieu de vie, qu'il ne s'agit pas d'insalubrité.

La spécificité de Médecins du monde est de disposer, dans son équipe, à la fois d'un professionnel de santé – médecin ou infirmière – et d'un architecte, tous deux formés sur la question de l'insalubrité. Mais également de pouvoir effectuer une médiation entre la nécessité de reloger ou de faire évoluer une situation très rapidement et le temps incompressible des services d'hygiène, de l'arrêté d'insalubrité, de l'arrêté de péril qui accorde « tant de mois » au propriétaire pour se retourner, pour décider d'entreprendre des travaux, pour effectivement les réaliser ou pour que, potentiellement, le préfet ou le maire se substitue.

Le travail que Médecins du monde réalise avec Créteil Solidarité permet de former les acteurs locaux sur ces questions et sur les subtilités du dispositif : savoir qui saisir, savoir reconnaître et identifier l'insalubrité, savoir repérer la différence entre péril (avec un bâtiment menaçant de s'effondrer) et insalubrité (présence de moisissures ou peinture écaillée, notamment).

Concernant la relation avec leur propriétaire, force est de constater que ce lien est d'autant plus inéquitable que les familles sont dans la précarité. Les

familles rencontrées sont terrorisées par leur propriétaire, terrorisées à l'idée de se retrouver à la rue. Ainsi, une femme en situation régulière, travaillant en CDI et vivant dans une cave qu'elle louait environ 350 euros par mois, disait ne pas vouloir attaquer son propriétaire parce qu'il lui avait installé une boîte aux lettres. Les caves sont interdites à l'habitation par nature et le propriétaire peut être poursuivi devant la justice. Pour autant, la relation est altérée. Dans leur vie citoyenne, ces familles sont en réelle difficulté.

Aussi Médecins du monde interpelle-t-il les élus pour obtenir qu'ils réagissent sur des situations enkystées depuis plusieurs années. L'association est également contrainte de médiatiser certaines situations parfaitement intolérables. ●



II. Les déterminants de santé

Conditions de travail et emploi

Travail, emploi, santé.

Mise en perspective des enjeux de santé publique

● **Valentine Hélardot,**

maîtresse de conférences en sociologie,
université de Toulouse II, laboratoire Lisst

Annie Thébaud-Mony, sociologue à l'Inserm¹, spécialiste des questions de santé, rapportait dans un article que certains intérimaires chargés de la maintenance dans les centrales nucléaires escamotent leur dosimètre, appareil mesurant la dose de radiation emmagasinée par les personnes, afin de pouvoir renouveler leur contrat. Au-delà d'un certain seuil de radiation, ils sont en effet obligés d'attendre X semaines ou mois pour pouvoir être réembauchés. Ces travailleurs, extérieurs à l'entreprise, font alors un choix radical entre emploi et santé.

Comment ces personnes en viennent-elles à choisir l'emploi plutôt que la santé? Et inversement, quelles sont les ressources mobilisées par celles qui font le choix inverse?

Qualité de l'emploi et conditions de vie

Très certainement, les conditions de travail déterminent la santé. Encore faut-il distinguer, quand on parle de conditions de travail, les conditions de travail au sens des activités quotidiennes de travail, de ce que l'on fait, et ce que l'on pour-

¹ Voir les travaux d'Annie Thébaud-Mony, directrice honoraire de recherches à l'Inserm.

rait appeler les « conditions d'emploi », c'est-à-dire la qualité de l'emploi et des protections qui lui sont associées.

Cette qualité de l'emploi se dégrade depuis de nombreuses années, comme le montre notamment Robert Castel dans toute son œuvre, depuis *Les Métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, publié en 1995², à *La Montée des incertitudes : travail, protections, statut de l'individu*, publié en 2009³.

Du côté du travail au sens des activités, d'une part, et du côté de l'emploi au sens du statut apporté par l'activité professionnelle, d'autre part, les conditions ont plutôt tendance à se dégrader, contrairement à l'idée répandue que le travail aujourd'hui est moins pénible qu'avant, qu'il s'est allégé et dématérialisé. Les enquêtes Conditions de travail menées par la Dares montrent que les conditions de travail ne se sont pas nécessairement améliorées sur les dernières décennies, sur le plan physique comme sur le plan psychique.

Sur le plan physique, on trouve les pénibilités traditionnelles, les risques d'accident, etc., qui n'ont pas disparu, voire se sont renouvelés. Sur le plan psychique, d'autres risques sont montés en puissance, que l'on appelle aujourd'hui « risques psychosociaux », qui regroupent les risques autour du stress, de la souffrance au travail, des situations violentes.

On peut donc affirmer que le travail dans sa globalité (l'activité professionnelle) joue sur la santé. Mais il faut ensuite distinguer les deux versants : l'activité et l'emploi.

En effet, ce n'est pas tant le travail au sens de l'activité qui détermine les conditions de vie, les conditions d'existence, que l'emploi. Pour reprendre la terminologie de Robert Castel dans son histoire de la société salariale, il est important de comprendre en quoi l'emploi est un levier, un support d'intégration dans la société salariale, société dans laquelle la participation à l'activité professionnelle par le biais du contrat salarial apporte aux salariés un ensemble de protections, de garanties, d'assurances. C'est cela qui est, pour le moins, en train de s'effriter. Ce qui permet donc d'assurer les conditions de vie, c'est la qualité de l'emploi.

État de santé et accès à l'emploi

Mais inversement, bien sûr, l'état de santé des personnes détermine aussi en partie leur possibilité de s'intégrer professionnellement, d'accéder à l'emploi et de s'y maintenir quand ils en ont un.

Pierre Lombrail dans son intervention⁴ montrait que les inactifs de moins de 64 ans sont ceux qui ont le plus fort taux de mortalité, six fois plus élevé que

² Fayard, 1995.

³ Le Seuil, 2009.

⁴ Voir page 15.

celui des cadres. Peut-on en déduire que le travail protège? Ou doit-on faire l'hypothèse que si les gens sont inactifs, à des âges où les autres sont actifs, c'est parce que leur santé est dégradée et fait obstacle pour eux à l'accès à l'emploi ou au maintien dans l'emploi?

La dynamique santé/activité professionnelle se pense vraiment dans les deux sens. Les effets de sélection dans l'accès à l'emploi sur des critères de santé ont tendance à se durcir dans un contexte de chômage et de précarisation où cette sélection repose, entre autres, sur des critères de santé de plus en plus drastiques.

La santé au travail

Le travail est-il dès lors un déterminant des politiques publiques?

Il semble que l'état de santé des personnes et des populations ainsi que les inégalités de santé soient l'aboutissement de l'accumulation de toutes les autres inégalités, dans d'autres domaines. De ce fait, on peut dire, de façon un peu caricaturale, qu'agir sur la santé, sur l'état de santé, c'est agir en bout de chaîne.

Pierre Lombrail a mentionné la différence entre le système de soins, l'accès aux soins, etc., et le système de santé, qui est l'ensemble des composantes participant à construire ou à dégrader la santé des individus et des populations. Si donc on entend par « santé » le système de santé au sens large, il est bien évidemment souhaitable que l'emploi et le travail soient des déterminants des politiques publiques de santé.

Faut-il pour autant privilégier le travail plutôt que la santé?

On observe, aussi bien chez les travailleurs que chez les politiques ou les médecins du travail, la prééminence des questions d'emploi sur les questions de santé; et d'emploi à n'importe quel prix, c'est-à-dire l'idée qu'il vaut mieux avoir un emploi, même pénible ou dégradé, que pas d'emploi du tout.

On peut le comprendre, mais cela se fait au prix de la qualité de l'intégration professionnelle qui, elle-même, rejaillit sur la santé. Entre emploi et santé, on a tendance à privilégier l'emploi, qui reste, même si c'est plus difficile aujourd'hui, un levier d'intégration, de construction sociale, de qualité des conditions de vie, etc. Mais cela se fait au détriment de la santé, reléguée en deuxième ou troisième priorité.

La précarisation de l'emploi a des conséquences sur la santé d'abord au niveau des conditions de vie et de la situation matérielle. Mais les parcours précarisés par des emplois différents, dans différentes industries, sur différents postes, ont aussi pour conséquence des expositions à plusieurs agents pathogènes. Ces expositions cumulées ou successives sont le plus souvent intraçables, personne n'est en capacité d'en faire l'historique. D'autre part, sachant que cela n'est pas fait pour durer, que l'emploi

est temporaire, certaines personnes acceptent des emplois très dégradants pour la santé, très pénibles, très exposants. Mais le temporaire se répète... C'est un autre effet pervers de la précarité de l'emploi, de la non-durabilité de l'emploi.

Le rôle de la médecine du travail

Concernant enfin la médecine du travail, la profession évolue tout en restant dans la position difficile qui est la sienne, entre l'employeur et le salarié, entre réparation *a posteriori* et prévention. Ces tensions sont fondatrices de la place de la médecine du travail dans les entreprises⁵. Il est cependant difficile de parler de « la » médecine du travail, des écarts importants existant quant à la façon de concevoir ce métier. Certains médecins du travail sont plus militants que d'autres, plus engagés du côté de la défense des salariés et de la transformation des conditions de travail ; d'autres se cantonnent davantage à des actions générales de prévention en santé publique... La profession est sensiblement éclatée.

Une réforme de ce secteur est actuellement en cours. On ne parle plus de médecine du travail, mais de santé au travail et de services de santé au travail, avec un impératif de pluridisciplinarité. Ce n'est plus le médecin seul qui s'occupe de la santé des salariés, mais un ensemble de professionnels comprenant des infirmières et des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), ces derniers constituant aujourd'hui une nouvelle profession. Cette pluridisciplinarité peut ouvrir sur une autre façon de penser le rôle des médecins du travail et leurs marges de manœuvre vis-à-vis de l'entreprise.

La formation

Les entreprises font aujourd'hui de la formation en santé au travail – formations à la gestion du stress, à la gestion des risques psychosociaux, etc. Mais ces réponses ne sont pas adéquates ; car, si elles agissent sur la capacité des salariés à gérer des situations difficiles dans le travail, elles n'agissent pas sur les causes. Elles peuvent même, n'agissant pas sur l'organisation du travail lui-même, avoir un effet contre-productif et constituer un alibi pour les employeurs – « Oui, on s'en occupe, on a fait une formation à la gestion du stress »...

En revanche, si la formation consiste à former les encadrants, les employeurs, les salariés et leurs représentants à la connaissance du travail réel, et à réfléchir aux moyens d'agir sur les conditions et l'organisation du travail, alors elle peut avoir davantage de sens. ●

⁵ La loi du 11 octobre 1946 fait pour la première fois obligation aux employeurs d'organiser une surveillance médicale pour leurs salariés. La loi actuelle sur la sécurité du travail (1973) indique que, l'employeur étant responsable de l'application de la loi et de la réglementation en matière de sécurité et de protection du travail, « le médecin du travail relève directement » de l'employeur, quel que soit son statut juridique (salarié ou libéral). La loi rappelle cependant que les médecins du travail « n'obéiront qu'à leur seule conscience et observeront les règles du secret médical ».

Travailler au domicile d'autrui, un métier exposé

● **Brigitte Croff,**
directrice, cabinet de conseil et formation
Brigitte Croff Conseil & associés¹

Parler de compétences domestiques dans la sphère professionnelle avec notamment l'exemple de l'aide à domicile ne manque pas d'être subversif. Dire emploi et travail à propos de ces tâches autrefois réservées à la condition féminine et encore très majoritairement réalisées par des femmes, à l'intérieur de la sphère privée, rendre ainsi ces emplois visibles, est en effet une première étape, cruciale.

Depuis 2002, les services d'aide à domicile sont par ailleurs reconnus en tant qu'établissements sociaux et médicosociaux. Ils relèvent à ce titre de la réglementation du travail et sont tenus de produire un document unique² sur les risques professionnels.

Le cabinet Brigitte Croff Conseil & associés emploie une vingtaine de personnes. Il consacre 50 % de son activité au conseil et à l'organisation de l'action sociale sur les territoires et 50 % à la formation professionnelle. Outre l'aide aux services d'aide à domicile dans l'élaboration des documents uniques d'évaluation des risques (Duer) que doivent élaborer tous les établissements de service à la personne, il les accompagne dans la construction de leur plan de formation en mettant en place des formations continues d'analyse des pratiques visant à travailler la question des risques professionnels auxquels ces salariés sont exposés. Durant ces séances, la vidéo notamment est utilisée pour aider les salariés à prendre de la distance sur leurs conditions d'emploi et échanger à ce sujet.

« *Je ne suis pas la bonniche* », « *Je ne suis pas sa bonne* », « *Je ne suis pas son esclave* » toutes les séances d'analyse des pratiques mettent systématiquement en exergue le rapport dominant/dominé inhérent à la situation de travail à l'intérieur de la sphère privée.

¹ Spécialiste des services à domicile et services aux personnes, Brigitte Croff s'intéresse depuis longtemps aux enjeux de ces emplois quasiment invisibles et majoritairement assumés par des femmes qui soulèvent notamment la question des inégalités professionnelles entre hommes et femmes, dans la sphère privée comme dans la sphère publique.

² Le document unique est la transposition par écrit de l'évaluation des risques imposée à tout employeur par le code du travail, un outil permettant d'engager une démarche de prévention dans l'entreprise et de la pérenniser. En France, le document unique (DU), ou document unique d'évaluation des risques (Duer), a été créé par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 qui transposait la directive européenne sur la prévention des risques professionnels. L'élaboration et la mise à jour de ce document s'imposent à l'employeur pour toute entreprise de plus de un salarié. Le DU doit être revu au minimum chaque année et de toute façon après chaque accident du travail.

Se vivre comme dominé en situation de travail fabrique du ressentiment chez celui qui se sent dans cette position. C'est plus souvent du côté des salariés que ce sentiment existe, et plus encore quand ce sont des femmes. Pourtant, l'élément dominant n'est pas nécessairement l'employeur.

L'estime de soi mise à mal et le risque de maltraitance

Les femmes, qu'elles soient cadres ou sans qualification, ont généralement plus de mal à construire leur identité professionnelle et à la valoriser. Ce fait est inhérent à la condition faite aux femmes, comme le montrent de très nombreuses études. La situation de travail à domicile est de ce point de vue particulièrement pathogène. Sans une régulation par du collectif afin d'analyser chaque cas et les conditions d'emploi, de les formaliser, de leur donner une visibilité qu'elles n'ont pas, elle porte le risque de la maltraitance pour la personne, employeur ou salarié, la plus fragile³.

Lorsque la salariée est maltraitée, elle est alors soumise à des risques psychosociaux. Ainsi, beaucoup des salariées à domicile sont dans une souffrance mentale liée au ressentiment qu'elles ont de se sentir non reconnues dans leur travail. Si cela n'est pas retravaillé en analyse de pratiques, formalisé et rendu visible, la salariée intériorise ce vécu, fabrique au pire des dépressions, mais, plus souvent, renouvelle de longs arrêts maladie.

Mais c'est aussi la personne aidée qui peut être maltraitée. Cette maltraitance ne prend pas alors nécessairement la forme spectaculaire de la gifle ou de l'insulte. Ce sera, par exemple, gaver une personne dépendante, la forcer à manger parce que le docteur a dit qu'il fallait qu'elle mange ; ou un maternage envahissant.

Les enquêtes de satisfaction réalisées dans les services d'aide à domicile obtiennent des taux record de 95 % des personnes aidées satisfaites, ou contentes parce que l'employée « est gentille ». Mais les entretiens individuels révèlent que ces réponses extrêmement positives sont parfois fondées sur la peur : « Si je changeais de personne, elle pourrait me maltraiter ou être moins gentille avec moi. Je préfère accepter que la personne arrive systématiquement en retard plutôt que de changer de personne, ça pourrait être pire. »

C'est dans l'analyse des situations de travail, et dans des détails, qu'apparaît ce qui est maltraitant. Il sera alors possible d'en parler avec les salariés s'ils sont acteurs de la maltraitance observée, sans pour autant les culpabiliser, ce qui est très important, sans moraliser. Car ces relations se déroulent dans la sphère pri-

³ Ces deux formes de maltraitance sont aujourd'hui reconnues et extrêmement surveillées dans les établissements psychosociaux, qu'il s'agisse de services d'aide à domicile ou des maisons de retraite.

vée, celle de l'intime, elles ont à voir avec l'histoire affective de chacun, son histoire, son histoire d'enfant ou de parent, ou de conjoint. L'auxiliaire de vie ne laisse pas ses affects au porte-manteau en arrivant. Et si la fille de Mme Untel est dite « méchante » avec sa mère par une aide à domicile, la fille la maltraite-t-elle pour autant ?

Les personnes en posture professionnelle qui entrent en formation ne sont pas là pour entendre des sermons qui ne servent à rien. D'où l'importance de mettre en scène les situations, avec des dispositifs de théâtre-forum par exemple, dans lesquels des comédiens joueront des situations types de cet emploi particulier. Quand on rend ces situations visibles, la parole devient possible, et une structuration de celle-ci qui permet aux salariés de regarder autrement leur façon de faire pour pouvoir faire différemment.

De l'estime de soi à l'estime des autres

Dans les stages de pré-qualification pour travailler dans le secteur des services à la personne, trois jours sont consacrés à la reconnaissance des compétences : chaque stagiaire raconte une expérience réussie. Ce sont des personnes non qualifiées, qui pensent toutes que seul le diplôme atteste des savoirs ou de la valeur. Elles doivent alors rechercher cette expérience soit dans la sphère privée, soit dans une expérience non professionnelle, pour pouvoir en extraire le potentiel.

Une personne raconte par exemple que son mari est en prison dans tel pays depuis X années, qu'elle a immigré en France, tout ce qui lui est arrivé. Pour autant, n'ayant pas de diplôme, elle n'y voit aucune valeur. Le formateur doit alors le retraduire en compétences transférables dans le secteur des services aux personnes.

Une autre stagiaire raconte qu'elle a, avec 500 euros, préparé un mariage pour cent personnes pour lequel elle a tout fait : les cartes de visite, le repas, la décoration... Elle dira aussi qu'elle ne sait pas gérer un budget...

C'est avec ces récits que l'on travaille dans les formations, à partir de la formulation des personnes. On utilise les photos-collages, afin de leur permettre d'exprimer des représentations. Cela permet à chacune de reconnaître l'autre, de voir l'autre autrement, aussi bien au niveau individuel qu'au niveau collectif.

Des emplois féminins et précaires

À la fin des années 1980, il a été dit qu'il y avait un gisement d'emplois dans les services à la personne. Vingt ans plus tard, il y a, en effet, des emplois... féminins et précaires. On a fabriqué massivement des emplois à temps partiels pour des femmes, souvent des femmes seules avec enfants et, en Île-de-France, très majoritairement des femmes étrangères qui envoient la moitié de leur paie dans le pays où elles ont laissé leurs parents. Depuis quatre ou cinq ans, on

constate en effet un changement très significatif de l'origine des aides à domicile : les seniors, qui étaient très nombreuses dans ce secteur d'activité, sont remplacées par des femmes étrangères. Si 20 % de celles-ci sont surqualifiées, avec un niveau bac +5, 80 % ont des problèmes avec l'écrit. Cette question est rarement travaillée dans les centres de formation. De plus en plus de centres ont comme prérequis pour l'entrée en formation qualifiante la maîtrise de la lecture et de l'écriture (savoir lire et écrire). Ce qui relève de l'intelligence pratique des gens n'est pas pris en compte. Du point de vue de l'emploi, ce sont donc des sous-emplois qui ont été créés, partout où il y a de la « clientèle solvable ».

Des conditions de travail désormais réglementées

Du point de vue du travail cette fois, et plus de l'emploi – si l'on considère que le travail à domicile est un travail –, on peut espérer des évolutions liées aux obligations légales.

Ainsi, les services d'aide à domicile sont obligés, avant d'envoyer un salarié, de procéder à une visite à domicile pour évaluer la situation ; pas celle de la personne, puisque c'est le Conseil général qui évalue le niveau de dépendance ou de handicap, mais celle des conditions de réalisation et de mise en œuvre du plan d'aide prescrit par le Conseil général, exprimé en nombre d'heures de service requis.

Le service d'aide se posera tout d'abord la question du logement, puisque, pendant le temps où l'aide à domicile travaille, ce logement devient un lieu de travail en plus d'être un domicile privé. Il se posera ensuite des questions d'ergonomie, la réglementation pouvant exiger pour une personne dépendante un lit médicalisé afin d'éviter que l'aide à domicile ne s'abîme durablement la colonne vertébrale. Il se posera également des questions quant à la salubrité du logement. En outre, si les toilettes sont sur le palier, il faudra prévoir dans le temps de présence de l'aide à domicile un temps supplémentaire ; s'il n'y a pas d'eau chaude, le temps dédié à la vaisselle sera plus long ; si l'aide à domicile doit monter cinq étages à pied, là encore, son temps de travail sera plus long qu'en présence d'un ascenseur...

Cette analyse du logement est importante pour les conditions de travail, pour le confort de la personne qui travaille. Mais la qualité du logement a aussi des effets sur le confort de la personne dont on s'occupe. La question des risques d'accidents domestiques pour la personne aidée est liée à la question des risques professionnels pour la personne qui travaille. L'une ne va jamais sans l'autre.

La formation, un levier pour l'emploi ? un espace-temps favorable au changement ?

Les services employeurs ne représentent que 20 % des heures de travail à domicile comptabilisées tous les mois par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du ministère du Travail, 80 % du marché de ce secteur étant constitués soit de travail au noir soit par l'emploi déclaré direct, sous le statut du particulier employeur.

Ainsi, bien que le marché du travail à domicile ait été ouvert et malgré les sommes importantes d'argent public investies dans ce secteur d'activité, celui-ci reste en grande partie dans une économie parallèle ; et la formation y est pour quelque chose, pour deux raisons principalement :

1) Lors des formations, les questions de protection sociale, de contenu des cotisations sur une fiche de paye, etc., ne sont pas suffisamment travaillées. Les personnes qui se sont formées sont en droit d'espérer une rémunération supérieure aux autres. Mais cette rémunération est encore supérieure si elles font le choix d'organiser tout ou partie de leur travail en emploi direct (charges sociales inférieures à celles d'un emploi salarié) ou au noir. De fait, beaucoup d'employées à domicile, formées ou pas, préfèrent percevoir un salaire net supérieur à un salaire sur lequel les cotisations sociales auraient été prélevées ;

2) Quand les salariées, formées, sont désormais reconnues, quand elles ont fait, grâce à la formation, un travail sur leur identité, sur l'estime de soi, sur l'autonomie au travail, etc., on constate alors des déplacements, de l'emploi dans un service employeur vers l'emploi direct, ce dernier ayant été en plus conforté par la mise en place par l'État du chèque emploi service universel (Cesu). Les femmes les plus autonomes font ainsi le choix de ne pas être employées dans les services d'aide à la personne qui sont entrés eux dans une logique industrielle au vu de la très forte demande et ont adopté une forme taylorisée de travail.

Cette situation paradoxale ne semble pas comprise, personne ne semble se demander pourquoi il n'y a toujours que 20 % des heures de travail à domicile qui soient réalisés par les services employeurs. Les pouvoirs publics s'intéressent en fait aux familles employeurs, pas aux personnes qui travaillent. Ils ne peuvent donc pas comprendre pourquoi ces dernières n'entrent pas dans le marché organisé. Le sens de l'organisation, l'autonomie dans le travail, les femmes l'ont, en particulier parce que c'est un travail qu'elles connaissent très bien pour le faire depuis des siècles dans la sphère privée... Mais cette compétence n'est pas reconnue actuellement dans les services employeurs. ●

L'estime de soi, une démarche de santé portée par l'ASV d'Épinay-sur-Seine

● **Chrystelle Berthon,**
coordonnatrice de l'ASV d'Épinay-sur-Seine

L'atelier santé ville (ASV) est une démarche qui s'inscrit dans le champ de la politique de la ville, dont l'objectif est la réduction des écarts en matière d'accès aux soins et à la prévention sur un territoire donné. Les coordonnateurs atelier santé ville ont pour mission de fédérer les acteurs locaux, que ce soient des acteurs associatifs, professionnels, institutionnels ou des habitants, autour de l'analyse partagée des besoins de santé du territoire, de la recherche et de la mise en place de réponses adaptées et pertinentes au vu de cette analyse.

Il s'agit donc d'une démarche inter-partenariale, participative, qui ne s'intéresse pas seulement aux problématiques de santé au sens de la maladie, mais aussi aux conditions de vie dans leur ensemble. Elle s'appuie sur les ressources dont sont dotés les territoires : pratiques professionnelles, acteurs mobilisés, tissu associatif... dans le but de créer des synergies et de fédérer ces acteurs autour de la recherche de réponses à ces besoins prioritaires de santé.

L'atelier santé ville s'inscrivant dans une approche très globale de la santé, les interlocuteurs sont multiples. Une majorité des ateliers santé ville sont rattachés à des collectivités. Hormis pour quelques exceptions, comme l'atelier santé ville de Saint-Denis, porté par une association, ou tous les ateliers santé ville de Paris, également associatifs, les coordonnateurs sont des techniciens développant des priorités municipales. Le travail avec les élus est constant et ces derniers font partie des instances de pilotage des ateliers santé ville : élus à l'éducation, à la politique de la ville, à la santé, etc.

Les équipes municipales s'approprient peu à peu l'approche globale de la santé portée par la démarche des ateliers santé ville ou par les contrats locaux de santé. La démarche s'acquière progressivement.

Quant aux acteurs locaux, aux professionnels, l'atelier santé ville travaille avec une multitude de partenaires, de l'insertion, du social, de l'éducation, de l'habitat-cadre de vie, etc.

Travailler sur l'estime de soi...

Le cycle de travail mis en place par l'atelier santé ville d'Épinay-sur-Seine est le fruit d'un long cheminement. Les élus, préoccupés par les problèmes de consommation de différents produits illicites et par les trafics, souhaitaient qu'un travail soit

mené dans la ville sur les conduites addictives. Dans ce cadre, ils avaient sollicité une formation auprès de la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques du Conseil général. Dès le début de l'atelier santé ville en 2005, les élus ont de nouveau demandé la mise en place d'un groupe de travail sur les addictions.

Un premier diagnostic rapide a été fait, dans une approche globale des addictions évoquant leurs déterminants (en lien avec les conditions de vie, les conditions d'emploi, mais sans une analyse précise de ce lien spécifique) et s'intéressant aux ressources du territoire. C'est le partenariat avec la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques qui a fait évoluer la réflexion et élargi le champ d'analyse, des conduites addictives dans un premier temps aux conduites à risques. En effet, dans le cadre des formations ou des conférences réalisées avec la mission, la présentation des conditions d'émergence et des mécanismes à l'œuvre dans la fabrication des conduites à risques a montré que les conduites addictives étaient liées aux mêmes phénomènes.

Les mesures prises antérieurement par la ville contre les conduites à risques s'étant révélées inefficaces, il a semblé important de développer une approche plus positive qui prenne appui sur les forces collectives en présence dans le territoire mais en axant le travail sur l'estime de soi, et non sur les comportements ou les dépendances aux produits – ce que font encore beaucoup d'actions sur les conduites addictives ou les conduites à risques. Travailler sur l'estime de soi, c'est s'intéresser à ce qui peut être fait en amont, préventivement, vis-à-vis de ces conduites, l'estime de soi étant en outre un levier transversal d'action sur divers déterminants.

Ainsi, dans le cadre des formations sur les conduites à risques, le travail sur l'estime de soi a montré que ce levier répondait aux préoccupations de différents acteurs, que ce soient des acteurs de la santé, des acteurs de l'insertion, des acteurs de l'éducation, etc. Le fait de développer et de restaurer l'estime de soi favorise par exemple l'attention à la santé et donc l'insertion sociale et professionnelle. Aussi l'atelier santé ville et la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques ont-ils décidé de faire de l'estime de soi le thème pivot du groupe travaillant sur les conduites à risques.

Le cycle de travail « Estime de soi » de l'atelier santé ville existe depuis 2011. Les rencontres sont mensuelles, structurées le matin sur des interventions thématiques en lien avec les préoccupations des acteurs de terrain ou sur la présentation d'approches méthodologiques, l'après-midi étant consacré aux échanges de pratiques et à l'analyse croisée des postures professionnelles.

Les synergies créées dans ce cycle ont débouché sur la constitution d'un réseau d'acteurs du champ éducatif, sanitaire et social autour de la promotion des démarches centrées sur l'estime de soi. Le fonctionnement en réseau permet de dépasser les limites du travail mené par chacun de façon cloisonnée et de dégager des complémentarités, que ce soit au niveau des pratiques ou au niveau des postures au quotidien, aux différents stades des actions. Les questions de

l'accueil et de l'*empowerment*, en particulier, qui ont été des thèmes centraux du cycle « Estime de soi » et aujourd'hui du réseau. Au-delà de la valorisation des personnes, l'objectif est qu'elles aient plus de prise sur leur environnement.

Des travailleurs sociaux sont impliqués dans le réseau « Estime de soi ». L'intérêt de ce travail est de voir ce que l'on peut faire pour développer l'estime de soi de la personne, quels que soient nos postes en lien avec du public. On ne peut passer outre les questions d'accès aux droits ou de conditions de vie, mais la relation avec les personnes se joue dès l'accueil : si les liens n'ont pu être établis dès le premier contact parce que les conditions de l'accueil n'étaient pas réunies, cela peut freiner ou stopper certains accompagnements.

Mais il ne s'agit pas d'une responsabilité individuelle de l'hôtesse d'accueil, c'est aussi une responsabilité collective du service ou de l'institution dans laquelle cet agent travaille : les postes d'accueil sont des postes centraux.

La question de la posture de l'agent vient après. Elle peut se travailler dans des jeux de rôle : les différentes formes d'accueil, l'usager baladé d'une institution à une autre à cause d'un manque d'information à l'accueil... Comment voir les personnes qui viennent au service social, à la mission locale, à la maison de l'emploi, non seulement avec leurs difficultés mais aussi avec leurs ressources sur lesquelles il sera possible de développer l'accompagnement ? Grâce à cette réflexion partagée, des changements de posture ont permis qu'il y ait une relation plus équilibrée, moins asymétrique entre l'accompagnant et la personne accompagnée. Si l'on ne rétablit pas l'équilibre de ces relations, il est difficile de faire des accompagnements de qualité, de faire en sorte que les gens rebondissent.

Ces questions ont été travaillées notamment à partir des travaux de Paulo Freire, pédagogue brésilien qui a développé une approche militante de l'*empowerment* dans le champ de l'éducation, et de Yann Le Bossé, sociologue qui a travaillé sur le concept du développement du pouvoir d'agir dans le champ de l'intervention sociale.

Rôle et fonctionnement de l'atelier santé ville

Ces approches et concepts sont au service des démarches, mais sont également utilisés sur le plan pédagogique dans le cadre du travail pour revaloriser, redonner de l'estime de soi aux professionnels, remotiver les acteurs de terrain face aux problématiques de plus en plus complexes sur les territoires. Cela permet aussi de ressouder les professionnels et d'engager, d'impulser les dynamiques collectives qui permettent du soutien social auprès des habitants.

Cette approche est acceptée par les élus, mais de nombreux questionnements émergent. Une charte qui mentionne les principes de fonctionnement du groupe, ses valeurs éthiques, a été rédigée. Elle affirme le statut égalitaire de ses membres, l'absence de préjugés, la non-stigmatisation, le respect des pratiques des uns et des autres.

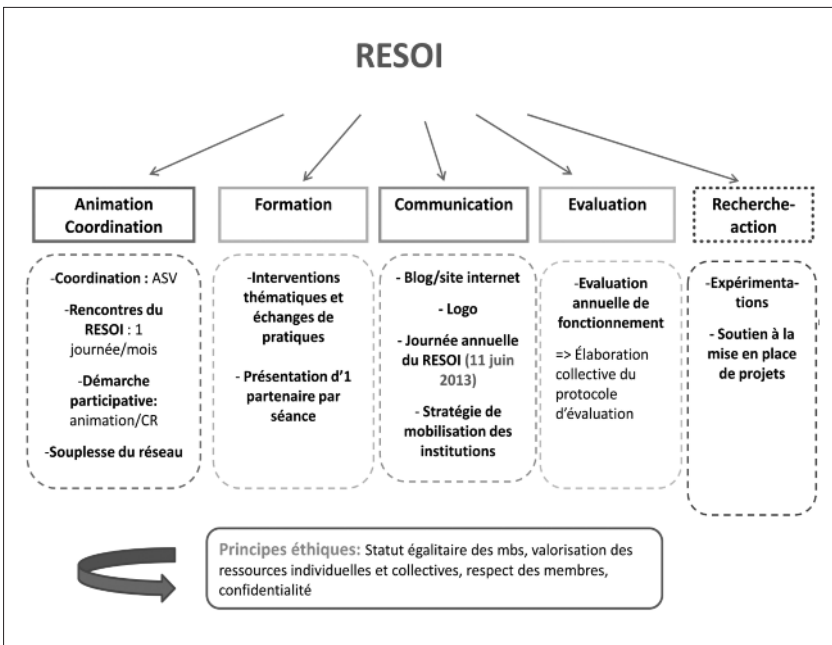
Actuellement, l'atelier santé ville coordonne le collectif, qui n'a pas souhaité se constituer en association. Mais l'action a été inscrite dans le contrat local de santé et constitue l'une des fiches-actions de ce contrat entre la ville et l'Agence régionale de santé. Elle atteste de la volonté des élus de promouvoir l'estime de soi dans les différents services municipaux. La directrice générale adjointe a d'ailleurs favorisé le rapprochement avec la responsable du service formation pour engager une réflexion sur les conditions favorables à l'accueil en mairie.

Si le groupe « Estime de soi » a donc un impact au niveau de la municipalité, dont il dépend, à quelles conditions peut-il avoir les mêmes effets sur les autres institutions? Comment faciliter la pérennité de la venue de divers acteurs aux séances de travail? Quel serait le statut le plus favorable à leur mobilisation? ●

Le RESOI et ses axes d'intervention

Le réseau Estime de soi (RESOI) est articulé autour de différents axes de travail :

- animation-coordination du réseau,
- formation,
- communication,
- évaluation,
- recherche-action (en réflexion).



- *L'animation-coordination du réseau*

Le réseau est coordonné par l'ASV, en co-animation avec les membres du réseau : les professionnels peuvent présenter une thématique de travail et les comptes rendus sont réalisés à tour de rôle. L'ensemble des personnes participe au fonctionnement même du réseau. Les rencontres sont mensuelles.

Cette dimension participative est aussi une manière de développer l'estime de soi, de redonner de la place aux acteurs de terrain qui accompagnent des situations de plus en plus complexes, de les doper dans leurs pratiques, mais aussi de les amener à échanger sur leurs postures professionnelles, à faire part de leur savoir-faire.

Le réseau est ouvert : il intègre les personnes intéressées par une ou plusieurs thématiques, mais qui ne peuvent se déplacer à chaque séance.

Ce réseau s'inscrit également dans le maillage territorial et s'articule avec d'autres réseaux, notamment le réseau d'évaluation de situations d'adultes en difficulté, le RESAD, dans lequel intervient fortement le CMP adultes.

- *La formation*

Les séances sont organisées autour d'interventions thématiques, d'échanges de pratiques et d'un travail sur les postures professionnelles.

En 2011, le réseau a travaillé sur les questions de jeunesse :

- avec différents éclairages – des apports théoriques de sociologues, de psychologues ou d'acteurs de terrain, avec la réussite éducative,
- à partir de différentes thématiques – les questions de santé mentale, de violence, d'addictions,
- avec des entrées plus méthodologiques – le développement du pouvoir d'agir, la méthodologie de projets.

Sont intervenus le comité d'éducation pour la santé de la Seine-Saint-Denis, sur la méthodologie de projet, ou la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques, qui a présenté ses outils de promotion de l'estime de soi utilisables dans différentes structures comme celles de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou de l'Éducation nationale.

Chaque partenaire a également présenté son activité, ses missions, les actions en cours, notamment celles menées sur les questions d'estime de soi.

- *La communication*

Différents outils ont été mis en place :

- un blog qui présente l'ensemble des contenus travaillés dans les séances thématiques et d'échanges de pratiques, avec des bibliographies des auteurs étant intervenus dans les formations,
- une journée annuelle de restitution des travaux.

- *L'évaluation*

Pour évaluer le fonctionnement et l'impact du réseau sur les pratiques et les postures professionnelles, ses membres travaillent actuellement, avec l'appui du comité départemental d'éducation pour la santé (Codes), à l'élaboration d'un protocole d'évaluation axé à la fois sur le processus et sur les résultats.

Le fonctionnement du réseau a une dimension collective. Il vise à renforcer l'estime de soi et l'*empowerment* des professionnels pour impulser cette dynamique auprès des publics, qu'elle soit individuelle ou collective.



III. La santé dans tous ses états

L'exemple du Plan santé de la communauté urbaine de Strasbourg

Mathieu Hild,
chargé de mission, service promotion de la santé de la personne,
ville et communauté urbaine de Strasbourg,
coordonnateur de l'atelier santé ville

Forte de l'idée que toutes les politiques publiques ont un impact, direct ou indirect, sur la santé des habitants, la communauté urbaine de Strasbourg s'est mobilisée pour la placer au cœur de son action. Elle a pour ce faire construit et mis en œuvre un Plan santé, avec trois grandes orientations : favoriser les coopérations intercommunales, faire évoluer le cadre urbain et les modes de vie en faveur de la santé et, enfin, adapter les réponses à la diversité des populations et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

De la santé dans toutes les politiques publiques

Le Plan santé de la communauté urbaine de Strasbourg a été construit sur une méthodologie assez classique, avec l'élaboration d'un diagnostic puis d'un programme d'actions. Pour l'élaboration de ce diagnostic, l'élus à la santé, conseiller municipal de la ville de Strasbourg et vice-président de la communauté urbaine de Strasbourg, est allé à la rencontre des différents maires afin d'échanger avec eux sur les problèmes de santé qu'ils rencontraient à l'échelle de leur territoire. Il entendait également faire le point avec eux sur les diverses actions qu'ils menaient d'ores et déjà en matière de santé et, sur cette base, réfléchir à la possibilité de construire un plan d'actions commun. La volonté était d'introduire la dimension santé dans les différentes politiques publiques de la compétence de la

communauté urbaine de Strasbourg en travaillant avec les élus des différentes communes et leurs services techniques.

Des champs d'action très divers

Les plans ou dispositifs qui ont inclus les questions de santé sont nombreux :

- dans le *programme local de l'habitat* ont été par exemple adjoints un volet de promotion de la qualité de l'air intérieur et le soutien au développement de maisons de santé pluridisciplinaires ;

- dans l'élaboration du *plan de déplacement urbain*, il s'agissait de favoriser la mobilité active, par exemple en développant les pistes cyclables, pour lutter contre le surpoids et l'obésité ;

- au niveau du *contrat intercommunal de prévention et de sécurité*, le Plan santé s'est traduit par un travail sur la prévention des conduites à risques, en particulier l'ivresse aiguë sur la voie publique et les addictions, en direction des jeunes. Une équipe de prévention a été mise en place pour intervenir lors d'événements festifs ;

- au niveau du *plan local d'urbanisme*, il est apparu important de prendre en compte la dimension santé dans les nouveaux projets, avec notamment l'aménagement de parcours santé ou l'intégration de mobiliers urbains sport-santé. L'appel à projets annuel géré par le service environnement a pu être défini conjointement avec le service santé afin que la question de la santé environnementale y soit introduite ;

- la thématique de *la santé au travail* des agents de la communauté urbaine a également été abordée grâce à cette démarche.

Tous ces exemples témoignent de la manière dont a été distillée la dimension santé dans les différentes politiques menées par la communauté urbaine de Strasbourg, avec des résultats concrets, des actions dont certaines ont déjà été mises en œuvre et d'autres sont à venir.

Travailler avec des acteurs aux cultures, aux missions et aux préoccupations différentes est l'un des intérêts de cette démarche partenariale nécessitant la recherche d'équilibres. Concernant la prévention de l'ivresse aiguë sur la voie publique, il s'agissait par exemple de l'envisager sous l'angle de la prévention mais en faisant le lien avec les professionnels ayant une approche plus ciblée sur la sécurité ou l'ordre public. Un travail d'harmonisation des interventions en milieu scolaire et hors milieu scolaire a également été engagé en lien avec l'Agence régionale de santé et l'Éducation nationale.

Articuler niveau politique et niveau technique

Tant pour le diagnostic que pour l'élaboration des actions ou la coordination du Plan santé, il s'agissait de travailler à la fois au niveau politique et au niveau technique. La volonté politique a été décisive pour la portée et le succès de la démarche, avec à la fois l'implication très forte de l' élu à la santé et le soutien du président de la communauté urbaine. La mise en œuvre de ce plan a ainsi été présentée en conseil de communauté en octobre 2012. Pour le suivi, une instance politique a été créée, le Groupe élu(e)s, santé, territoires (Gest), qui réunit les différents élus de la communauté urbaine.

De manière parallèle, des relais santé ont été identifiés au sein des différents services. Ces relais santé ont pour fonction d'être des soutiens à la démarche. Leur mission est de faciliter l'introduction de la dimension santé dans les autres politiques thématiques. À ce titre, il leur a été proposé une formation-action autour de la promotion de la santé dont l'enjeu était de mener une réflexion pour mieux prendre en compte la santé et traduire cette attention dans les actions de la collectivité. Cependant, chaque direction ou service reste maître de la mise en œuvre et du financement des actions de santé. Le rôle du service santé est essentiellement de les aiguillonner, de les soutenir et de les accompagner dans l'introduction de la dimension santé dans les différents dispositifs.

De la communauté urbaine aux communes et aux quartiers

Pour l'heure, le Plan santé a surtout été porté par le service santé de la ville de Strasbourg. L'objectif est donc de développer les coopérations intercommunales et de faire en sorte que les autres communes s'en saisissent progressivement, y compris en termes de ressources et de moyens. En effet, à ce jour, seule la ville de Strasbourg et deux autres villes de la communauté urbaine disposent d'un service santé avec des agents spécifiquement dédiés à cette question.

Au niveau plus local, celui des quartiers en politique de la ville, les ateliers santé ville jouent un rôle déterminant. Du côté de l'atelier santé ville, il y a aussi la volonté de pouvoir traduire dans les différents champs cette introduction de la santé et, au niveau politique, le souhait de pouvoir associer les adjoints de quartier au pilotage. L'atelier santé ville s'appuie également sur les partenaires associatifs et sur les services de la ville qui représentent des ressources, tels ceux en charge de la rénovation urbaine, de l'action sociale et de la démocratie locale.

Premiers retours

Il est trop tôt pour faire une réelle évaluation des actions menées dans le cadre du Plan santé. Ce qui peut être évalué pour le moment, c'est la portée de

la démarche. De ce point de vue, les différents services thématiques et le service santé ont réussi à collaborer et à trouver des pistes d'action communes. Quarante fiches-actions ont ainsi été élaborées. Des relais santé ont été identifiés dans toutes les directions et tous les services, ce qui les implique directement puisqu'une partie de leur temps de travail est de fait dévolu au volet santé.

Le Plan santé a en outre pu produire des effets sur les politiques publiques en dehors des politiques de l'agglomération *stricto sensu* en créant un contexte favorable. Un contrat local santé a ainsi été signé en janvier 2012 avec la préfecture, l'Éducation nationale et la caisse locale d'assurance-maladie, dans la perspective que les hôpitaux puissent le rejoindre bientôt. Et la santé a également été portée de manière forte au niveau de l'Eurodistrict Strasbourg-Ortenau, organisme de coopération transfrontalière qui rassemble 79 communes et plus de 850 000 habitants. ●

Conclusion

Anne Laporte,
responsable cellule ingénierie et appui méthodologique,
Agence régionale de santé Île-de-France

Catherine Richard,
coordonnatrice promotion de la santé,
Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Inverser le questionnement, comme l'ont fait les deux tables rondes de cette rencontre, partir de l'habitat, de l'emploi, de deux thématiques très peu abordées aujourd'hui dans le cadre de la politique de la ville, ont été un apport majeur, permettant de comprendre comment fonctionnent les démarches de proximité portées par les ateliers santé ville. La démarche des ateliers santé ville, quelles que soient les pistes de travail qu'elle prend, correspond aux besoins du territoire, innove les autres politiques sectorielles, que ce soit sous forme de stratégie ou de besoins émergents : l'estime de soi, le travail avec l'urbain, la gestion urbaine de proximité, la prévention de la délinquance, le besoin d'accompagnement psychosocial..., elle vise les inégalités sociales et territoriales de santé, la transversalité et la proximité. Et, nous l'avons bien entendu, la nécessité d'un portage politique est incontournable.

En posant la santé comme un des déterminants des politiques publiques, nous sommes sans doute à un moment de bifurcation radicale, à un point de départ. Il faudra cependant insister, persister, pour « infiltrer » la santé dans les différentes thématiques des politiques publiques, car celles-ci sont de longue date très cloisonnées.

Les contrats locaux de santé (CLS) ont ouvert des possibilités de contractualisation entre l'Agence régionale de santé (ARS), les communes et les préfets¹. C'est une opportunité pour travailler sur les déterminants sociaux de la santé, sur

¹ Le contrat local de santé est construit à partir d'un diagnostic participatif partagé élaboré par l'ARS, la collectivité territoriale concernée et ses partenaires. Ce diagnostic décrit la situation sanitaire, économique et sociale ainsi que l'offre en santé du territoire donné. Vingt contrats locaux de santé ont été signés en Seine-Saint-Denis entre l'ARS et les communes ou collectivités locales.

les structures de santé, en lien avec les populations, pour reconnaître le besoin d'accompagnement – ici, le rôle de la médiation sanitaire et sociale, pour ceux qui ont du mal à accéder aux droits fondamentaux, est incontournable.

Dans un contexte où les situations de précarité – la fabrique des inégalités – s'accroissent, le besoin d'accompagnement par les associations est massif. S'il existe aujourd'hui des ouvertures au niveau des politiques publiques, les situations sont de fait « rattrapées » essentiellement au niveau micro-local, par le « savoir travailler ensemble » que l'on appelle aussi de nos vœux : la transversalité.

La santé, même si l'on peut noter quelques avancées, notamment l'implication des élus dans le cadre du Grand Paris, n'est pas abordée, ou de façon très sectorielle. En témoigne notamment l'accroissement exponentiel du nombre des maisons de santé, introduites dans le code de la santé publique en 2007, qui sont 284 en cette fin d'année 2012 sur tout le territoire national, les prévisions de création de nouvelles maisons pour 2014 s'élevant à 288 projets.

En France, la politique de santé a dix bonnes années de retard en termes de méthode par rapport au travail intersectoriel de la politique de la ville. Cette approche entre les différentes politiques publiques est un des enjeux des agences régionales qui ont été créées, avec deux objectifs importants : un travail en partenariat, décloisonné, et la démocratie sanitaire.

Comment aborder sous l'éclairage de la santé les questions de transport, de proximité, de territoires fragilisés, de répartition des hôpitaux... dans le cadre de l'aménagement urbain dans son ensemble, la ville étant bien aujourd'hui ce lieu que l'homme a construit pour « vivre ensemble » ? Comment les questions de santé peuvent-elles s'inviter systématiquement dans la pluralité de ces chantiers ? Et comment faire cela tout en restant attentif aux personnes silencieuses, celles, trop nombreuses, qui sont loin des services de droit commun et n'accèdent que très difficilement aux soins ? Il ne faudrait pas en effet, et la vigilance est ici nécessaire, que, sous prétexte que la santé est dans toutes les politiques, les communes se désintéressent des questions de prévention et d'accès aux soins, des situations sociales qui seraient du ressort d'autres acteurs...

Les objectifs prioritaires

Le partenariat

On a pu observer lors de cette journée d'échange de fréquentes difficultés au niveau de la coordination locale. Certains acteurs donnaient l'impression de ne pas se connaître. Mieux organiser ce partenariat au niveau régional et aider à son développement au niveau local, où il est déjà plus développé, est dorénavant une première piste de travail.

Travailler avec les habitants : l'« empowerment »

Lors de la table ronde sur santé et logement, la question de l'*empowerment* des personnes vivant dans des habitats insalubres ou dégradés a été développée. Dans le cadre du volet habitat du plan régional Santé Environnement, des actions existent en ce sens. Elles visent à développer l'*empowerment* des habitants, à les aider à se défendre face aux situations qu'ils vivent.

Améliorer la santé au travail

Dans le cadre du travail engagé avec les différentes politiques publiques régionales, la relation entre la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) et les entités territoriales n'est pas simple. Sur la question du travail, les agences régionales de santé ont pour seule compétence la santé en entreprise, la médecine du travail n'étant pas de leur ressort. Il s'agit de promouvoir la santé dans les entreprises, mais la réflexion en est à un stade préliminaire.

Travailler sur la santé des personnes sans activité

Autre sujet très important peu abordé en France (alors qu'il l'est dans d'autres pays), la santé des personnes sans activité, pour lesquelles le taux de mortalité est multiplié par six. On se préoccupe de la santé des personnes qui sont au travail, pas de celles qui ont perdu leur emploi, le plus souvent pour des raisons de santé ou parce que le travail a aggravé une maladie chronique. S'en préoccuper permettrait peut-être de résoudre l'équation « je ne peux pas retrouver de travail parce que je suis en mauvaise santé ».

Se doter d'outils de diagnostics territorialisés de la morbidité

À la différence de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (Onzus), qui dispose d'une banque de données géographiques très importantes, les agences régionales de santé ne sont pas encore outillées pour effectuer des diagnostics locaux de la morbidité, notamment dans le cadre des contrats locaux de santé. Il existe des indicateurs sociaux, démographiques, mais très peu de données concernent les maladies, les données disponibles s'intéressant essentiellement à la mortalité. Les seules données existantes au niveau communal sur la morbidité concernent les affections de longue durée (ALD). Ce sont les données globalisées qu'est en capacité de transmettre la caisse primaire d'assurance-maladie. Mais dire

ALD sans en savoir plus ne dit pas grand-chose... L'intégration des déterminants de santé dans les bases de données des grandes enquêtes santé est en cours, pour mieux corrélérer les données sociales et les données de santé. À l'heure actuelle, c'est impossible.

Introduire l'axe santé dans les contrats de développement territorial

Un groupe de travail a été créé à l'Agence sur le Grand Paris. De son côté, Paris Métropole s'est doté d'un groupe de travail sur la santé. L'enjeu est de tenter d'introduire la santé dans les questions d'aménagement du territoire et dans les contrats de développement territorial². Les délégations territoriales de l'Agence régionale de santé Île-de-France seront présentes dans les comités de pilotage, comme c'est déjà le cas à Plaine-Commune.

L'ARS et le projet régional de santé

Pour aller plus loin, pour soutenir et accompagner le niveau local, l'Agence ne peut être le seul opérateur de la politique régionale de santé. D'autres services de l'État sont présents au niveau de la région, avec pour pilote le préfet de région : la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (Drihl) et ses unités territoriales, la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), d'autres services encore qui sont autant de déclinaisons des politiques publiques nationales. C'est pourquoi le projet régional de santé (PRS), conduit en concertation, est un point de départ. Cependant, l'architecture de la convention entre l'Agence, la DRJSCS et la Drihl n'est pas encore déterminée. L'équipe du comité technique régional, qui aura une vision transversale et interviendra en soutien aux départements et aux acteurs locaux, en accompagnement des projets, est également encore à déterminer. Mais le PRS est bien, du point de vue de l'Agence, la manière de travailler au cours des cinq années à venir.

² Les contrats de développement territorial sont prévus par l'article 21 de la loi n° 2010-597 du 3 juin 2010 relative au Grand Paris. Ils sont établis entre l'État, représenté par le préfet de région, et les communes et leurs groupements. Y sont associés les départements et la région d'Île-de-France ainsi qu'un certain nombre d'acteurs institutionnels du Grand Paris dont Paris Métropole, l'Atelier international du Grand Paris et l'Association des maires d'Île-de-France. L'objet du contrat de développement territorial est la mise en place d'une démarche contractuelle et partenariale d'élaboration et de mise en œuvre des projets de développement des territoires du Grand Paris, en particulier ceux desservis par le réseau de transport public du Grand Paris.

Le projet régional de santé (PRS)

Conformément à la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009, l'ARS définit sa stratégie pour cinq ans dans un projet régional de santé (PRS).

Selon les termes de la loi, « le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'Agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. » Le PRS est donc l'outil stratégique de la politique régionale de santé, intégrant un ensemble de démarches en faveur de la santé définie dans un sens large et englobant tous les champs de compétences de l'ARS : la prévention, les soins hospitaliers et ambulatoires et le médico-social. Le PRS fait ainsi référence à un modèle de santé pluridimensionnel, porteur de transversalité et d'intersectorialité (recherche de complémentarité dans et hors ARS, intégration de la santé dans l'ensemble des politiques régionales).

Le PRS est constitué :

- D'un plan stratégique régional de santé (PSRS), qui définit les priorités régionales et les objectifs généraux ;
 - De schémas : un schéma régional de prévention (SRP), un schéma régional de l'offre des soins (SROS) comprenant plusieurs volets et un schéma régional de l'offre médico-sociale (SROMS) ;
 - De programmes : le PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins), le PRGDR (programme régional de gestion du risque), le PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie), le programme télémédecine ;
 - De contrats locaux de santé.
-

Penser une gouvernance collective

Au sein de l'Agence régionale de santé Île-de-France, la commission de coordination des politiques publiques réunit toutes les directions des politiques publiques préalablement citées, mais aussi l'équipement. Sont présents également des élus communaux et départementaux, des représentants de la Caisse primaire d'assurance maladie. Le principe est de commencer à coordonner au niveau régional ces politiques publiques qui ont conduit à élaborer des conventions cadres comme celle qui vient d'être évoquée entre DRJCS, Agence, etc., puis, à l'intérieur de ces conventions cadres, d'organiser des groupes de travail déclinés au niveau local. Définir donc des priorités communes, travailler ensemble à des projets communs qui prendront sens au plus près du territoire concerné. C'est donc une autre façon de travailler qui est affirmée, une sorte de gouvernance collective, même s'il n'existe aucune obligation.

Les différents outils et axes de travail

- Le préfet de région et les différents directeurs des services de l'État au niveau régional de l'Île-de-France signent avec l'Agence des *conventions*, qui sont un des outils de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

- *Le contrat local de santé*³ est également un outil qui implique les préfets, mais il est « tripartite » : collectivité locale, État et Agence. C'est la forme contractuelle identifiée dans un plan local de santé et mise en commun entre la commune (ou l'intercommunalité) et l'Agence.

- À un niveau plus local, *les actions de l'atelier santé ville* sont garantes de la prise en compte des publics en situation de précarité dans les quartiers de la politique de la ville. L'atelier santé ville fait remonter les dysfonctionnements, les difficultés face au système de santé, au droit, etc. La création d'un collectif de coordonnateurs atelier santé ville de l'Île-de-France en juin 2011 a permis d'engager depuis un travail de réflexion sur leur pratique et de valorisation des actions de proximité.

- *Le diagnostic des besoins*. Médecins du monde a longtemps plaidé pour « aller vers », la psychiatrie aussi. Cette notion est dorénavant affirmée dans le projet régional de santé. Elle s'appuie sur un diagnostic des besoins et doit transformer le principe actuel de l'offre de soins. Répondre aux besoins plutôt qu'attendre que l'on pousse la porte du cabinet médical signifie connaître, comprendre, faire des études. C'est à partir de cette connaissance que l'on pourra analyser, étayer et faire des projets de territoire au plus près des déficits repérés. Le diagnostic est donc l'un des outils pour faire entrer la santé dans toutes les autres politiques.

- *Les évaluations d'impact sur la santé de politiques ou de projets non sanitaires*. Cet axe tout à fait nouveau en France est actuellement en plein développement. C'est une démarche qui devrait pouvoir influencer la décision politique.

Il est par exemple envisagé de mener une évaluation de l'impact en santé du projet de réseau de transport du Grand Paris sur le territoire de Plaine-Commune, soit neuf communes de la Seine-Saint-Denis. Le principe est d'observer l'impact de ce projet sur tous les déterminants de santé : l'emploi, les relations sociales, mais aussi la pollution, le bruit, le stress, etc. Cet outil ne peut bien entendu fonctionner que si le promoteur de la politique est d'accord pour que cette évaluation soit réalisée avant la mise en œuvre du projet. Un groupe de travail aura en charge la gouvernance de l'évaluation d'impact et l'évaluation sera très participative : des experts qui ont travaillé sur la question seront interrogés, les habitants, ainsi que des groupes repérés comme plus vulnérables que d'autres. On peut

³ *Les contrats locaux de santé visent à mettre en cohérence la politique régionale de santé en permettant une meilleure articulation du projet régional de santé et des démarches locales de santé existantes (volets « santé » des contrats urbains de cohésion sociale, ateliers santé ville, etc.).*

imaginer obtenir des avis divergents entre les habitants et les experts, mais le consensus sera établi à partir de ces deux groupes, sans privilégier l'un plus que l'autre. Les impacts positifs et négatifs seront retenus de façon consensuelle ainsi que les recommandations à faire aux politiques pour modifier le projet.

D'autres projets auraient un impact plus direct que le transport sur la santé des habitants, mais cette première évaluation est un début pour commencer à transformer les mentalités et intégrer la santé dans différentes politiques quelles qu'elles soient, y compris des politiques fiscales.

Tout projet d'aménagement du territoire a déjà l'obligation d'une évaluation d'impact environnemental, pourquoi ne pas évaluer également les impacts sur la santé? L'évaluation actuellement programmée utilisera un modèle holistique de la santé, c'est-à-dire un modèle s'intéressant à tous les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

Ainsi, on rejoint la définition du préambule de 1946 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui rappelle que la santé implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels. « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » ●



Éléments bibliographiques

Publications des centres de ressources politiques de la ville d'Île-de-France

OUVRAGES

BAZIN Fabienne, CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle, RENAHY Émilie, *Santé, inégalité et ruptures sociales. Enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans sept quartiers défavorisés franciliens et proposition d'une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en Île-de-France*, Inserm, 2005.

BLANCHARD Philippe, DILAIN Claude, DUFOUR Marie-Odile, DUVERNOIS Olivier, EL GHOZI Laurent, GINOT Luc, GRANGER Isabelle, JOUBERT Michel, LANCINO Sylvie, LAPORTE Pierre, LÉPÉE Maryse, MANNONI Chantal, *L'Atelier santé-ville, une démarche territoriale de santé publique*, Profession Banlieue, 2005.

CHAOUITE Abdellatif, GALLOU Rémi, GINOT Luc, RICHARD Catherine, VAILLANT Zoé, *Questions de santé : des outils au plan local*, Collection : Les Cahiers, Profession Banlieue, 2009.

CHAUVIN Pierre (Dir.), DEBRAND Thierry (Dir.), PARIZOT Isabelle (Dir.), *Les Disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles*, Collection : Les documents de l'Onzus, Délégation interministérielle à la ville, 2009.

CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle, *Les Inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. Une analyse des données de la cohorte Santé, inégalités et ruptures sociales (SIRS)*, Délégation interministérielle à la ville, 2008.

CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle, *Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. Résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la politique de la ville*, Délégation interministérielle à la ville, 2007.

COTTARD Laura, MANGENEY Catherine, PRAZNOCZY Corinne, *Les Acteurs locaux face à la problématique de l'accès aux soins. Étude de quatre territoires franciliens. Phase 2 de l'étude sur l'accessibilité aux médecins de premier recours*, Institut d'aménagement et d'urbanisme Île-de-France, Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2012.

FASSIN Didier, GRANJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry, LECLERC Annette, *Les Inégalités sociales de santé*, La Découverte, 2000.

M. JONES Catherine (Dir.), MOQUET Marie-José (Dir.), POTVIN Louise (Dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Collection : Dossiers Santé en action, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2010.

MANGENEY Catherine, *La Mesure de l'accessibilité aux médecins de premier recours en Île-de-France, Phase 1*. Institut d'aménagement et d'urbanisme Île-de-France, 2011.

MANNONI Chantal, *Politique de la ville, territoire et santé. Réflexions autour des ateliers santé ville et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis*, Profession Banlieue, 2004.

MOLEUX Marguerite, SCHAETZEL Françoise, SCOTTON Claire, *Les Inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, Inspection générale des affaires sociales, 2011.

PRAZNOCZY Corinne, *Dynamiques territoriales de santé en Île-de-France*, Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2009.

VIGNERON Emmanuel, *Les Inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès*, Masson, 2011.

Ateliers santé ville, une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, Collection : Repères, Délégation interministérielle à la ville, 2007.

Les Ateliers santé ville. Une plus-value locale pour la réduction des inégalités de santé, Pôle de ressources ville et développement social du Val-d'Oise, Profession Banlieue, Pôle ressources de la Délégation à la politique de la ville et de l'intégration de Paris (DPVI), 2010.

Habitat insalubre et santé. Insalubrité, habitat indigne, taudis : quels impacts sur la santé ? Connaissances acquises et besoins de recherche, Mairie de Saint-Denis, 2005.

Les Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Haut Conseil de la santé publique, 2009.

Manifeste du CNV sur la santé dans les quartiers de la politique de la ville, Conseil national des villes, 2011.

Offre de soins, accès à la santé : quel rôle pour les élus locaux ? Élus, santé publique & territoires, 2008.

Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, Délégation interministérielle à la ville, 2009.

Profil socio-sanitaire Île-de-France, Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2010.

Promouvoir la santé au niveau local, Pôle de ressources ville et développement social du Val-d'Oise, 2008.

Soins et santé : agir ensemble dans les quartiers populaires. Les acteurs de soins de premier recours en exercice regroupé dans les zones urbaines sensibles, Association communautaire Santé Bien-être, Mairie de Saint-Denis, 2011.

ARTICLES / REVUES

CLAVIER Carole, « Santé », in PASQUIER Romain (Dir.), *Dictionnaire des politiques territoriales*, Presses de Sciences po, 2011.

DRULHE Marcel, HÉLARDOT Valentine, « Précarisation du travail et de l'emploi : vers de nouvelles dynamiques d'inégalités sociales de santé ? », *Revue Sociologie Santé*, n° 25, janvier 2007.

FASSIN Didier (Dir.), « Inégalités et santé », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 960, mai 2009.

GINOT Luc, PEYR Catherine, « Habitat dégradé et santé perçue : une étude à partir des demandes de logement social », *Santé publique*, vol. 22, n° 5, octobre 2010.

HÉLARDOT Valentine, « Au cœur des enjeux de santé : le travail et ses transformations », in DRUHLE Marcel, SICOT François (Dir.), *La Santé à cœur ouvert*,

Sociologie du bien-être, de la maladie, du soin, Presses universitaires du Mirail, 2011.

RAGON Pascale, « Le paradoxe du plomb, tension autour du saturnisme », *Société contemporaine*, vol. 3, n° 75, septembre 2009.

RICAN Stéphane, VAILLANT Zoé, « Territoires et santé: enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé », *Sciences sociales et Santé*, vol. 27, n° 1, mars 2009.

RODE Antoine, « L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires: entre droit aux soins et devoirs de soins », *Lien social et Politiques*, n° 61, mai 2009.

« Actualisation et "régionalisation" de l'indicateur de développement humain », *Note rapide Outils/méthodes*, n° 528, novembre 2010.

« Inégalités sociales de santé: connaissance et modalités d'intervention », *La Santé de l'homme*, n° 414, août 2011.

« Les villes, au cœur de la santé des habitants », *La Santé de l'homme*, n° 409, octobre 2010.

« Un indicateur de santé sociale pour l'Île-de-France », *Note rapide Outils/méthodes*, n° 526, novembre 2010. ●

Comment co-construire des politiques locales de santé publique intégrant sur chaque territoire les déterminants de santé ? Quelles seraient les conditions pour que les politiques de santé deviennent un « déterminant » des politiques publiques ? En quoi l'approche régionale peut-elle être pertinente et favoriser l'expérimentation de réponses nouvelles, notamment en Île-de-France, région prise en tension entre la présence de bidonvilles et de dispensaires de Médecins du monde et l'exigence d'innovations de pointe liée à la région capitale et au Grand Paris ?

Avec :

*Sofia Aouici
Chrystelle Berthon
Anthony Briant
Brigitte Croff
Christine David
Marcelle Delour
Babacar Fall
Valentine Hélardot
Mathieu Hild
Thomas Jacquet-Fournier
Anne Laporte
Pierre Lombrail
Laura Meziani
Catherine Richard
Véronique Stella
Alain Weber*