

Quelques exemples

Actions de solidarité et aller vers

Par leur très bonne connaissance de la population et du territoire, les femmes relais, les médiateurs en santé, les militants d'ATD Quart-monde ont été particulièrement mobilisés pour aller vers la population dans de nombreuses villes. Ainsi l'analyse des besoins et le contact direct ont contribué à faire émerger des besoins spécifiques, notamment dans le domaine de l'accès à l'alimentation et de la continuité des soins. Outre leur implication directe (distribution de paniers repas, colis alimentaires), ces acteurs locaux ont aussi joué un rôle extrêmement précieux de sentinelles pour alerter très tôt sur l'impact de la Covid-19 sur les inégalités de santé.

Accueil des femmes victimes de violence au supermarché

La période de confinement voit augmenter le nombre de violences faites aux femmes. Dans le département de l'Essonne, les associations Pause et Ophelia proposent d'accueillir les femmes dans un local dédié situé au sein d'un centre commercial, ouvert mais protégé. L'accès au local peut se faire dans le cadre d'un déplacement « normal ». Les permanences sont assurées par un thérapeute ou un travailleur social, deux fois par semaine, un matin et un après-midi. Le commissariat et le CIDFF 95 (centre d'information sur les droits des femmes et des familles) sont associés au projet pour faciliter l'accompagnement et le dépôt de plainte. Les mesures barrières sont respectées pendant l'accueil. Aucune communication grand public n'est diffusée sur ce lieu. L'information circule par les professionnels, les associations, le commissariat...

Adaptation de l'accueil des enfants

À Mayotte, les étudiants en DU d'animateurs en santé communautaire, coordonné par l'Institut Renaudot, se sont mobilisés dans le cadre d'une démarche communautaire en santé pour organiser la rentrée scolaire dans un environnement particulier où l'application des protocoles sanitaires nécessitait une réflexion collective. Parents d'élèves, enseignants, directeurs d'école ont été associés pour se former, accéder à l'information sur la Covid-19 et co-construire des modalités d'accueil des enfants adaptées au contexte.

Aide aux personnes isolées

Exemple de la maison de la prévention à Fontenay sous-Bois. En lien étroit avec les services sociaux municipaux et du département, les associations de locataires, de parents, culturelles, le collectif citoyen, les réseaux de solidarité (RESF...) se sont organisés pour aller à la rencontre virtuelle, phonique, voire physique autant de fois que nécessaire, des habitants dans les différents quartiers de la ville, avec une priorité en direction des plus isolés. Aide pour les courses, pour les dossiers de demandes de secours, soutien scolaire ou plus simplement répondre au besoin de parler, de rompre l'isolement... Ces expériences, inédites pour une grande majorité, ne sont pas sans soulever beaucoup d'émotions et d'interrogations sur ce qui a engendré la mobilisation d'un professionnel, un psychologue, pour soutenir ces intervenants d'un nouveau genre. ●

Inégalités sociales et inégalités territoriales : quelles interactions et quelles conséquences pour les politiques publiques ?

L'approche des inégalités sociales de santé s'accompagne le plus souvent d'un abord par les inégalités territoriales, conduisant au concept d'inégalités sociales et territoriales de santé. L'amélioration de la cartographie en santé produit aujourd'hui des représentations simples, à l'échelle des quartiers, pour des données croissantes, contrastant avec la faiblesse des outils de description sociale individuelle. L'approche territoriale apparaît donc comme un moyen facile de mesurer les inégalités sociales de santé. Cette lecture est d'autant plus pertinente que les inégalités territoriales ne sont pas spontanées, se construisant d'abord par la conjonction de logiques sociales (inégalités sociales de santé) et urbaines (phénomènes de ségrégation

notamment) qui concentrent sur certains territoires des catégories à l'état de santé plus dégradé.

Dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques, la dimension sociale est parfois même réduite à cette vision territoriale. On propose de discuter cette pratique à partir de l'expérience de l'agence régionale de santé (ARS) francilienne, autour d'une question simple : l'approche territoriale peut-elle peser sur les déterminants sociaux ?

Île-de-France : face à des contrastes sociaux violents, une politique publique fondée sur les territoires

L'Île-de-France est la région métropolitaine marquée par les écarts sociaux les plus vastes : l'écart de revenus interdécales est égal à 4, contre 3,5 en France métropo-

Luc Ginot

Direction de la santé publique, agence régionale de santé Île-de-France



Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution

litaine En termes de santé, ces inégalités se mesurent par leur traduction territoriale : l'espérance de vie chez les hommes entre cantons varie jusqu'à huit années. Pour la plupart des indicateurs sanitaires, ces contrastes sont d'autant plus violents que l'analyse se fait à une échelle de proximité.

Le projet régional de santé (PRS) structure donc une volonté forte de réduction des inégalités sociales de santé autour de cinq axes. L'un d'entre eux porte sur les politiques publiques transversales. Les autres abordent la question des inégalités par le prisme des territoires pour l'essentiel.

L'action de l'ARS face aux inégalités territoriales se traduit par plusieurs grands principes : une intervention volontariste (par exemple le volet santé du plan État en Seine-Saint-Denis) ou incitative (stratégies de zonage) ; une contractualisation proportionnée aux besoins (en Île-de-France, les contrats locaux de santé) ; une marge donnée aux acteurs pour adapter les principes d'action ; un soutien aux démarches *bottom-up* (ascendantes) ; enfin, un engagement dans les démarches participatives (par exemple les coopératives d'acteurs). Ces leviers peuvent être actionnés dans des schémas globaux (programmation en prévention ou en offre de soins) ou dans des appels à projets définissant territoires prioritaires ou méthodologies adaptées. Souvent, des logiques d'expérimentation territoriale sont affichées, appelant à leur décours des démarches de modélisation et de reproduction.

Territoires favorisés et défavorisés : prendre en compte la complexité des interactions

Cependant l'approche territoriale des inégalités pose plusieurs questions. Il faut d'abord revenir sur plusieurs logiques constitutives des inégalités de santé : celles-ci peuvent être liées à des obstacles matériels (enclavement notamment) ou immatériels (discriminations dans l'accès aux services, logiques de relégation...) vis-à-vis desquels les politiques de santé étaient jusqu'ici peu armées. À cela s'ajoutent des mécanismes propres aux inégalités dans l'offre de soins, exacerbées par les concurrences entre territoires, et l'attractivité des territoires favorisés. Ce phénomène, présent aussi en service public hospitalier ou de prévention, est aggravé par l'origine des professionnels de santé et notamment des médecins : rarement issus de territoires en difficultés, ils ont peu tendance à s'y installer. Face à ces mécanismes, l'intervention pour corriger les écarts territoriaux n'est pas simple. Une politique incitative n'est efficace que si elle est contrastée et sélective. Une politique de formation des professionnels qui facilite la découverte de l'exercice dans des zones souvent stigmatisées peut avoir, en elle-même, un effet réel sur le rééquilibrage des installations.

Le travail sur les inégalités territoriales implique donc de prendre en compte non seulement les territoires défavorisés, mais aussi leur relation au contexte régional, et la puissance d'effets ségrégatifs complexes. Cela

passer par l'explicitation d'une volonté politique régionale continue, et par une stratégie d'alliances multi-acteurs.

Intervenir sur les déterminants des inégalités, un principe acquis ?

Plusieurs déterminants sociaux sont pris en compte dans les programmes régionaux, les appels à projets et aussi les actions locales, au-delà des comportements individuels : soit dans leurs critères de priorisation (interventions en direction des lycées professionnels ou des quartiers, politique de la ville...), soit dans le contenu de leurs actions (prise en compte de l'habitat dans la promotion de la santé psychique du jeune enfant...). En Île-de-France, les principaux leviers mobilisés à l'échelle locale semblent l'accès aux droits et aux soins, l'intervention en contexte éducatif, parfois l'intervention sur l'habitat.

Cette prise en compte ne doit pas être univoque, comme en témoignent les enjeux de l'urbanisme favorable à la santé. Par le jeu conjoint d'une impulsion régionale (*via* le PRS) et d'actions locales (par exemple les évaluations d'impact en santé), la ville est de plus en plus appréhendée comme un déterminant de santé accessible pour réduire les inégalités territoriales : par exemple, faciliter la marche à pieds ou la sécurisation des espaces publics dans les territoires défavorisés contribuera à réduire les écarts d'incidence de maladies chroniques. Mais il existe deux difficultés : l'une est connue (le risque d'une gentrification légitimée par l'urbanisme, venant aggraver la ségrégation) ; l'autre se perçoit moins facilement : à l'échelle métropolitaine, mettre en œuvre une politique de santé urbaine, c'est développer un urbanisme favorable à l'équité en santé, et pas seulement à la santé. Cela impose des choix stratégiques qui vont au-delà de l'échelle de proximité. On donnera deux exemples : l'impact des transports et circulations douces sur les inégalités de santé interroge la programmation à l'échelle métropolitaine, ou l'aménagement des grandes voiries. Un habitat favorable à la santé n'implique pas que la qualité du bâti, mais aussi la disponibilité et la répartition de logements accessibles aux familles nombreuses à faibles revenus. Dans la logique de plaidoyer même, une approche territoriale réductrice d'inégalités sociales doit donc intégrer les questions de ségrégation urbaine et d'enclavement, et pour cela se donner les moyens de peser sur une structuration plus vaste.

Emploi, travail : d'une prise de conscience à une approche multiniveau

À l'inverse, la rareté des actions locales prenant en compte les questions du rapport au travail et à l'emploi est frappante, comme si ce déterminant majeur était inaccessible à l'action territoriale. Or l'impact sanitaire d'un emploi précaire croissant, à temps partiel ou décalé, devrait conduire à une réflexion des acteurs du bassin de vie, au-delà du cadre de l'entreprise et des risques professionnels, intégrant la dimension des transports

et des rythmes de vie. La crise de la Covid-19 a remis en lumière [69] la question du lien entre travail et risque sanitaire, dans une logique plurifactorielle en partie traduite par la notion de « travailleurs essentiels » (lire p. 38) [21]. Elle a aussi révélé à quel point l'angoisse de la perte du travail est structurante : touchant de larges pans de la société, elle contrarie non seulement la mise en œuvre de la prévention primaire et secondaire de la Covid-19, mais plus généralement l'attention à soi et à sa santé, et l'engagement dans des démarches de prévention individuelle ou collective. Prendre en face ce sujet considérable impose une réflexion associant compréhensions sociale et territoriale. Examinons la santé des femmes employées dans les entreprises de nettoyage : elle met en jeu une dimension ergonomique et toxicologique, une dimension liée au rythme de vie, ainsi qu'une dimension liée à la précarité de certains statuts. Une approche territoriale devrait se fixer trois objectifs au moins : faciliter l'expression des contraintes et de leur impact sanitaire par les personnes concernées ; inventer des modalités locales de promotion de la santé ; et mettre en place des parcours de soins adaptés. Cela prend sens si le pilotage régional interroge les acteurs, y compris dans les organisations « macro » des temps de travail (par exemple la réduction des horaires fragmentés) ou des transports (par exemple leur disponibilité aux horaires des salariés du nettoyage) ; pour cela, il est nécessaire de produire des données, d'ouvrir un cadre de débat en santé publique. Action territoriale et action régionale interagissent ici autrement que par la classique opposition ascendant/descendant.

Expérimenter, modéliser, faire connaître, généraliser ?

Le schéma classique de l'expérimentation locale, puis de son évaluation et de sa modélisation, est souvent pertinent dans le champ de l'offre de soins. En Île-de-France, la création de parcours d'accès santé spécifique santé (PASS) de ville (hors hôpital) est partie de premières expériences, progressivement généralisées. Dans le champ de la promotion de la santé, ce schéma reste trop souvent théorique. L'un des enjeux de la réduction des inégalités sociales de santé est donc le « passage à l'échelle », au-delà d'expériences ponctuelles stimulantes. Certains aspects mériteraient des

développements. On citera notamment les questions de la caractérisation sociale dans les données de santé individuelle, des inégalités socioenvironnementales – aux enjeux spécifiques – et des modalités de participation des habitants. Mais deux points prolongent particulièrement ce qui précède.

La modélisation d'actions probantes devrait désormais passer par l'identification de leviers ou de freins sociaux partagés. Au-delà de l'analyse des dynamiques territoriales du projet et de la contextualisation de l'action, rendre compte des mécanismes de son succès ou de ses limites doit conduire à décrire les effets des déterminants sociaux les plus ubiquitaires : évaluer les effets du rapport au travail, des contraintes liées au logement ou à l'enclavement, de la ségrégation subie, c'est faire partager la compréhension concrète des mécanismes des inégalités de santé ; c'est passer du territoire au mécanisme social.

La question de la légitimité d'une action sur l'ensemble des déterminants : cette légitimité doit être revendiquée par le pilote régional, davantage encore dans les domaines où elle est moins évidente. En Île-de-France, l'ARS mène depuis des années des actions (plaidoyer, action partagée ou prise en charge) interagissant avec l'aménagement urbain, l'habitat, l'hébergement, l'asile. Les succès sont contrastés, mais des avancées apparaissent, par exemple dans la prise en compte des déterminants en périnatalité. La mesure 27 des accords du Ségur de la santé nous invite, dans les suites de la crise de la Covid-19, à initier des programmes autour du travail, de l'emploi, et des transports : au-delà des moyens financiers, c'est une opportunité politique considérable. Mais cette légitimité de l'action sur les mécanismes sociaux d'inégalités doit aussi être reconnue par les acteurs territoriaux, dont les élus : trop souvent, ils mènent une analyse pointue de la genèse des inégalités de santé et du rôle des déterminants, mais évaluent l'action publique à la seule aune de la répartition du système de soins, voire de sa composante la plus spécialisée.

Traiter les inégalités sociales et territoriales nécessite, pour que ce soit efficace, deux grandes orientations : que l'action territoriale interagisse avec l'action régionale ; et que ces deux niveaux travaillent à déplier la complexité des enjeux entre le social et le territorial. ●

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.