îledeFrance
Conseil économique et social

PROJET D'AVIS N° 2007-

du 19 septembre 2007

relatif aux inégalités sociales de santé en Ile-de-France

présenté au nom de la Commission de la santé, de la solidarité et des affaires sociales

par Monsieur Guy ATLAN

29, rue Barbet de Jouy – 75700 Paris – Tél. : 01.53.85.66.25 – Télécopie : 01.53.85.65.89
Mèl : cesr@iledefrance.fr – Internet : www.cesr-iledefrance.fr

LE CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL RÉGIONAL D'ILE-DE-FRANCE

VU :

- le code général des collectivités territoriales ;

- la Charte d'Ottawa adoptée le 21 novembre 1986 lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé et particulièrement les dispositions visant la réduction des inégalités sociales de santé ;

- l'article 1 de la Charte de l'Environnement de 2004 intégré dans le préambule de la Constitution de 1958 : « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé » ;

- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions ;
- la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU) ;
- la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;
- la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- la loi n°2004-806 de santé publique du 9 août 2004 et particulièrement son annexe 1 ;
- la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;

- les rapports du Haut Comité pour la Santé Publique publiés depuis 1998 ;
- les rapports de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion ;
- l'Atlas de la santé en Ile-de-France, publié en septembre 2005, ouvrage collectif édité par l'IAURIF ;
- la contribution de la formation spécialisée « usagers » à la Conférence Régionale de Santé de juillet 2007 ;
- les rapports annuels de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la santé dans le monde ;
- l'enquête décennale de l'INSEE de mars 2007 sur la santé des Franciliens ;

- les précédents travaux (rapports, avis, communications) du CESR relatifs à :
  - <u>la santé</u> :
    - *l'hospitalisation en Ile-de-France (*M. Scagliola - mai 1993),
    - *l'éducation pour la santé : une politique de prévention en Ile-de-France* (M. Aynaud – octobre 2003),
    - *le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération* (SROS 3) – (M. Langlois, mars 2006) ;

- le social et les modes de vie :
  - *l'exclusion sociale et les exclus en Ile-de-France* (Mme Boissarie et M. Farine – mai 1995),
  - *la prévention des comportements violents chez les jeunes* (M. Coste – mai 2000),
  - *vivre en Ile-de-France après 60 ans* (Mme Bernard-Harlaut – mai 2002),
  - *les modes d'accueil pour la petite enfance en Ile-de-France* (Mme Fabre – avril 2005),
  - *modes de vie et identité(s) francilienne(s) aujourd'hui et demain* (M. Robert, M. Schaeffer – Juillet 2007),
  - *les perspectives démographiques en Ile de France* (M. Perrilliat - juin 1995 et M. Langlois -juin 1998, avril 2003) ;

- la ville, le logement, l'habitat :
  - *la qualité de vie dans les grands ensembles et les quartiers d'habitat* (M. Desforge – septembre 1998),
  - l*e logement en Ile-de-France en 2002 – constats, réflexions, propositions* (M. Diépois – septembre 2002),
  - *la politique régionale du logement* (M. Dambrine – décembre 2005)
  - *la réforme de la politique régionale de la ville* (M. Duran – février 2007) ;

- l'environnement :
  - *le plan régional pour la qualité de l'air* (M. Fève – avril 2000)
  - *le projet de plan de protection de l'atmosphère pour l'Ile-de-France 2005-2010* (Mme Bernard-Harlaut – mars 2005) ;

- l'éducation :
  - *le schéma régional de la formation tout au long de la vie* 2007-2013 (Mme Luccioni – juillet 2007) ;

- l'aménagement du territoire :
  - *une vision régionale pour l'Ile-de-France : les orientations de la Région pour la révision du schéma directeur* (M. Moulié – juin 2006),
  - *le projet de schéma directeur* (M. Moulié – février et juillet 2007) ;

- la note de cadrage intitulée « *les inégalités sociales de santé en Ile-de-France* »adoptée par le Bureau le 5 octobre 2005 ;

- le rapport présenté par M. Atlan au nom de la Commission de la santé, de la solidarité et des affaires sociales.

CONSIDÉRANT :

1 – En matière d'inégalités sociales de santé :

- que, selon la Charte d'Ottawa, la ''bonne santé'' d'une personne correspond à « *un état complet de bien-être physique, mental et social* » ;

- que les facteurs comportementaux, économiques et sociaux, et environnementaux influent fortement sur la santé et l'espérance de vie ;

- que les inégalités sociales de santé, mesurées par l'espérance de vie et le nombre de maladies chroniques, évoluent avec les caractéristiques sociales et économiques des personnes ; d'où le concept de gradient social de santé utilisé pour les décrire ;

- que la France, comme les autres pays européens, affiche de larges inégalités sociales face à la mort et en matière de santé. Les personnes les plus instruites, les plus qualifiées et les ménages les plus aisés bénéficient d'une espérance de vie plus longue et se trouvent en meilleure santé ;

- que le nombre de maladies chroniques croît avec l'âge mais n'est pas équivalent selon les catégories socio-professionnelles ;

- que les inégalités sociales de santé introduisent des difficultés supplémentaires pour les personnes handicapées ;

- que l'indicateur de « santé perçue » varie selon le statut social des personnes ; ainsi toutes choses égales par ailleurs, la perception négative de la santé est deux fois plus importante chez les chômeurs que chez les détenteurs d'emploi ;

- que les pratiques d'accès aux soins, à santé perçue et morbidité équivalentes sont corrélées au "statut social" des personnes. Ainsi le recours aux systèmes collectifs de soins est plus souvent le fait des personnes appartenant aux catégories sociales défavorisées ;

- que ce thème des inégalités sociales de santé émerge depuis peu dans le débat public et qu'il a nécessité une prise de conscience récente des différents acteurs (pouvoirs publics, professionnels, usagers…) ;

- que, en matière de politique nationale de santé, le volet curatif est privilégié au détriment de la prévention et de l'éducation à la santé ;

- que les structures (institutionnelles et locales) et les professionnels (des milieux sanitaires, pédagogiques, etc.) sont nombreux à œuvrer dans le champ de l'éducation et de la prévention à la santé mais que leur mise en réseau est à organiser ;

- que les campagnes de communication sur la prévention ne sont pas suffisamment adaptées à la diversité des publics ;

- que les formations initiales et continues donnent une place insuffisante dans leurs contenus d'enseignement, à l'éducation à la santé et à la prévention.

2 – En ce qui concerne les spécificités de l'Ile-de-France :

- que des contrastes importants caractérisent la région : zones urbaines denses engendrant des difficultés en matière de transports et de pollutions, grande diversité de populations dans les territoires, des plus riches aux plus pauvres ; fortes inégalités dans les domaines du logement et de l'emploi ;

- que l'Ile-de-France présente des spécificités :
  - les personnes de moins de 25 ans représentent le quart des Franciliens,
  - les taux de fécondité et de natalité sont relativement élevés et supérieurs à ceux la métropole,
  - l'espérance de vie à la naissance est légèrement plus élevée en Ile-de-France qu'en métropole mais elle reste au-dessous de la moyenne régionale en Seine-Saint-Denis (76,1 ans en 2000 pour les hommes contre 77,1 au niveau régional) ;
  - le taux de surmortalité est maximal en Seine-Saint-Denis (+6,6% par rapport à la moyenne nationale et +18% par rapport à la moyenne régionale) mais au-dessous des données nationales dans les Yvelines (entre 1998 et 2000, nombre de décès pour les hommes pour 100 000 : 304 en métropole, 274 en Ile-de-France, 241 dans les Yvelines mais 324 en Seine-Saint-Denis) ;
  - les contrastes sociaux s'inscrivent avec d'autant plus de poids dans la région que les populations précarisées qui y vivent sont nombreuses ;

- que, au sein de ce territoire, les disparités infra régionales sont importantes tant en termes d'offre de soins de proximité que de politiques de prévention.

3 – sur le rôle de l'institution régionale

- que, l'État ayant fait le choix d'une déconcentration, au niveau régional et en partenariat, de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de santé publique, le Conseil régional et d'autres collectivités ont pris acte de ce choix et décidé d'adhérer au Groupement Régional de Santé Publique dont la fonction est de mettre en œuvre le Plan Régional de Santé Publique élaboré par la Conférence Régionale de Santé ;

- que la Région ne dispose d'aucune compétence obligatoire en matière de développement social et de santé (compétences qui relèvent pour l'essentiel de l'Etat, de la Sécurité sociale et des Départements) ;

- que, pour autant, ses responsabilités propres en matière de formation (lycées et CFA, formations sociales et paramédicales, formation continue) d'une part, d'aménagement du territoire (équipement, accessibilité, environnement…) d'autre part, lui permettent de jouer un rôle significatif dans la prévention et la résorption des inégalités sociales, dont celles concernant la santé ;

- qu'un certain nombre des politiques mises en œuvre volontairement par le Conseil régional (logement, vie associative, économie solidaire, participation à des politiques de prévention et d'éducation à la Santé –SREPS, aides à l'installation de structures médicales et medico-sociales, au logement des personnels sanitaires …) peuvent également y contribuer ;

- que c'est également le cas de la plupart des politiques contractuelles menées avec les collectivités infrarégionales et divers organismes ;

- que le Code général des collectivités territoriales stipule, dans son article L4211-1 que la Région « *a pour **mission**, dans le respect des attributions des départements et des communes et, le cas échéant, en collaboration avec ces collectivités et avec l'Etat, de contribuer au **développement** économique, **social** et culturel de la région par : 1° Toutes **études** intéressant le développement régional ; 2° Toutes propositions tendant à **coordonner et** à **rationaliser** les choix des investissements à réaliser par les collectivités publiques ; 3° La participation volontaire au financement d'équipements collectifs présentant un intérêt régional direct ; … »* ;

- qu'en Ile-de-France, région-agglomération, le niveau régional est le plus pertinent pour aborder et traiter (en coopération) un certain nombre des problèmes liés au fonctionnement urbain, dont ceux relatifs aux déséquilibres sociaux et territoriaux, dans une optique de solidarité et de péréquation ;

- que la responsabilité qui en découle ne doit pas pour autant impliquer l'obligation, pour la Région, de pallier les éventuelles carences de l'Etat, des autres collectivités ou des organismes en charge des questions de santé.

EMET L'AVIS SUIVANT

ARTICLE 1 : PREAMBULE

Le CESR constate, au vu de nombreuses études épidémiologiques françaises et étrangères, que la prise en charge de la santé de ne se réduit pas à la seule question de l'offre et de l'accès aux soins, même si ces aspects revêtent évidemment une très grande importance.
La précarité qui, au niveau des personnes et des familles, trouve notamment son origine dans des difficultés liées à l'éducation, à la formation, à l'emploi, aux revenus, au logement, à l'isolement, à l'environnement, à la mobilité, au parcours de vie de chacun, etc. constitue, selon les études évoquées ci-dessus, un facteur de forte aggravation des risques de morbidité et de mortalité.

Le CESR se félicite donc que la réduction des inégalités sociales de santé figure, à titre d'objectif, dans la loi de Santé Publique. Il soutient, pour la même raison, la démarche de la Conférence Régionale de Santé qui retient comme axe d'action de « *Promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale* » tout en souhaitant qu'il soit entendu que cette expression ne s'en tienne pas qu'à des catégories très ciblées de populations (sans-abri, RMIstes…, les inégalités de santé observées intervenant dans des fractions beaucoup plus larges du corps social.

Le CESR, qui soutient le choix du Conseil régional de faire de la réduction des inégalités sociales et territoriales un axe prioritaire de sa politique, considère que, dans le cadre de ses compétences, la collectivité régionale peut et doit jouer un rôle moteur dans la prévention et la réduction, en amont, des inégalités sociales de santé, qu'il s'agisse :

- de mieux CONNAITRE la réalité du phénomène,
- d'INFORMER les populations et les responsables,
- d'EDUQUER les citoyens et de FORMER les professionnels,
- de SOUTENIR et PROMOUVOIR LES ACTIONS PREVENTIVES ET CORRECTIVES mises en œuvre par d'autres acteurs,
- d'INTEGRER LA LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS SES CRITERES DE CHOIX D'INVESTISSEMENTS ET DE SUBVENTIONNEMENT,
- de COORDONNER les politiques menées par les multiples acteurs intervenant dans ces domaines,
- d'EVALUER les actions mises en œuvre.

Le présent avis a pour objet de présenter au Conseil régional les propositions (actions à développer, à soutenir ou à créer, pistes à explorer, initiatives à proposer aux partenaires concernés, …) du CESR en la matière.

ARTICLE 2 : CONNAÎTRE

Le CESR se réjouit de ce que l'Île-de-France, grâce notamment aux contributions des composantes de la société civile, à la richesse de ses structures académiques mais aussi de structures comme l'ORS, la MIPES, l'IAURIF…, dispose d'une source de connaissances de premier plan à disposition des décideurs politiques (par exemple les études sur les ZUS de l'IdF, d'un intérêt tout particulier).
Le soutien assuré par l'autorité régionale et d'autres collectivités à certaines de ces structures marque l'importance qu'elles donnent à la compréhension des inégalités sociales de santé. Ce soutien devra cependant s'inscrire dans la durée, ne serait-ce que pour assurer l'évaluation des effets des politiques mises en place.

Il est en effet nécessaire de disposer, au plan régional, d'une meilleure connaissance, sur le terrain, des diverses situations de précarité (qui se traduisent par des inégalités sociales de santé) et des actions déjà conduites par une multiplicité d'acteurs. Cette connaissance est nécessaire à l'établissement de meilleurs diagnostics et à une coordination des actions engagées, pour en favoriser la cohérence et l'efficacité, en s'appuyant notamment sur les expériences acquises par l'ORS et la MIPES.

La présence du Conseil régional au sein du GRSP (Groupement régional de santé publique) doit lui permettre de s'impliquer davantage dans une analyse transversale et partagée des problématiques sociales et de santé.

ARTICLE 3 / INFORMER

Le CESR estime qu'il est primordial :

- d'informer les Franciliens et de sensibiliser les responsables, notamment les élus, sur la réalité des inégalités sociales de santé et sur les moyens de s'en prémunir ou d'y remédier,
- de faire prendre conscience à chacun de ses droits (et devoirs) et des moyens mis à sa disposition.

Cette information, pour être perçue, doit respecter des principes tels que :

- délivrer des messages ciblés et adaptés aux populations et même aux personnes visées, et au sujet traité ;
- utiliser tous les moyens adaptés d'information (utilisation par exemple des nouveaux médias audiovisuels pour des campagnes d'information des jeunes sur les risques d'obésité liés à certains produits alimentaires).

Le CESR demande donc aux pouvoirs publics de :

- développer ce genre d'initiative ;
- soutenir les relais d'informations que sont les acteurs de terrain ou ceux directement en lien avec les problématiques des personnes (handicap, addictions, enfance, cancer …) ;
- soutenir également les lieux de contact (du type points d'écoute, Points Info Santé, centres sociaux, crèches, centres de PMI, Maisons départementales de personnes handicapées, etc…). Il souligne à ce sujet l'intérêt et l'efficacité des Ateliers Santé-Ville.

ARTICLE 4 / EDUQUER ET FORMER

Les attributions de la Région dans le fonctionnement des lycées et des CFA doivent être utilisées au mieux pour favoriser la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé (restauration scolaire, éducation civique, éducation sportive, initiation à la sécurité, projets lycéens, concours…)

L'action des associations qui, telles le CRESIF, agissent sous des formes très diverses pour l'éducation à la santé devrait être davantage mise en valeur et soutenue, notamment grâce à un dispositif pérenne permettant la programmation et le développement de leurs prestations dans la durée.

En raison des compétences qu'elle assume désormais dans le domaine des formations para-médicales et sociales, la Région devrait intervenir, en tant que de besoin, pour inciter la mise en adéquation des contenus de formation avec les nécessités des politiques de prévention en amont des inégalités sociales de santé.

ARTICLE 5 / SOUTENIR ET PROMOUVOIR LES ACTIONS PREVENTIVES ET CORRECTIVES

La multiplicité et la diversité :

- des actions engagées ou susceptibles de l'être par la Région,
- des intervenants de toutes natures (collectivités territoriales, associations, établissements publics et parapublics, entreprises, institutions de retraite et de prévoyance, etc.),
- des publics concernés (jeunes, parents, personnes handicapées, personnes âgées, analphabètes, handicapés, migrants, chômeurs, nomades, SDF,…), peuvent trouver un soutien accru auprès de la collectivité régionale, sous diverses formes telles que :
- la poursuite et développement des politiques régionales d'éradication de l'habitat insalubre, de réduction des pollutions… ;
- le soutien au démarrage d'actions initiées par des associations pour la prévention et la correction de situations préjudiciables ;

- la contribution au développement de réseaux coordonnés de prévention et de correction des inégalités ;
- l'appui au développement de structures d'accueil favorisant : la lutte contre l'illettrisme, l'éducation à la santé, la rupture de l'isolement, la recréation de liens sociaux, la lutte contre les addictions, l'aide à la parentalité etc., en lien avec les modalités de la politique de la ville redéfinies par Région en février 2007 ;
- la contribution à l'amélioration d'une offre de soins adaptée socialement et géographiquement (dispensaires, maisons médicales, aide à l'installation des professionnels libéraux dans les zones carencées, fidélisation des professionnels dont la formation est financée par la Région, …

Le CESR, qui considère que la Politique de la Ville menée par La Région est propice à la réduction des inégalités sociales de santé, insiste tout particulièrement sur la nécessité de pérenniser et développer le soutien de l'Etat et de la Région aux Ateliers Santé-Ville.

ARTICLE 6 / INTEGRER LA LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS LES CRITERES DE CHOIX DES INVESTISSEMENTS ET SUBVENTIONNEMENTS

La collectivité régionale exerce un certain nombre de compétences qui la conduisent à investir dans les domaines de l'éducation, de la formation professionnelle et de l'apprentissage, des transports, de l'aménagement du territoire, du logement, de l'action foncière, etc.

A cet égard la Région pourrait introduire, dans ses critères de sélection des investissements, celui de leur impact sur la réduction des inégalités sociales de santé, au même titre que d'autres critères de choix (par exemple dans la rédaction des appels d'offre, des appels à projet, etc.)

La même démarche pourrait être retenue dans la sélection des attributions de subventions, dans la négociation des différents contrats (CPER, contrats régionaux et ruraux…) et dans l'élaboration de documents, projets ou programmes dont est chargée la Région ou auxquels elle participe (PRQA, PREDMA, SDAGE, SCoT, projets d'aménagement, OIN, conférences territoriales de suivi et de mise en œuvre du SDRIF,…).*

* : CPER – contrat de projets Etat-Région, PRQA – plan régional de la qualité de l'eau, PREDMA – plan régional d'élimination des déchets ménagers et assimilés, SDAGE – schéma directeur d'aménagement et de gestion des eaux, ScoT – schéma de cohérence territoriale, OIN – opération d'intérêt national.

ARTICLE 7 / COORDONNER

Devant l'extrême diversité des domaines dans lesquels les inégalités sociales de santé trouvent leur origine, une coordination et un pilotage concertés des interventions des différents acteurs de la lutte contre ces inégalités semble s'imposer pour plus de cohérence et de synergie, en vue d'un résultat durable en profondeur.

Le CESR suggère à cet effet que la Région, au nom de sa mission de coordination et de rationalisation citée dans le Code Général des Collectivités Territoriales, dans le cadre institutionnel que constituent la CRS et le GRSP, propose une concertation pour élaborer un plan d'action commun de lutte contre les inégalités sociales de santé, doté d'une autorité de pilotage et accompagné d'un dispositif d'évaluation des résultats (cf. l'article ci-après).

C'est dans ce cadre que devrait se mettre en place, comme le suggère le GRSP et sous son égide, avec l'appui technique de l'Etat, de l'URCAM, de l'ORS, de la MIPES…, une ''plate-forme régionale'' qui serait tout à la fois :
- un centre de recueil, de traitement et de diffusion de l'information ;
- un lieu d'échange de savoir-faire et de bonnes pratiques ;
- un centre de ressources pour les élus, les professionnels, les associations…,
- une structure de pilotage des études (dont celles de recherche) ;
- le lieu du suivi-évaluation des actions et politiques mises en œuvre.

ARTICLE 8 / EVALUER

Le CESR réaffirme l'importance qu'il attache à l'indispensable évaluation des politiques publiques.
Il demande donc que les actions menées en Ile-de-France dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales de santé fassent l'objet d'une évaluation conforme aux règles techniques et déontologiques (cahier des charges, suivi précis et chiffré, établissement d'indicateurs pertinents, mesure du cout et de l'efficacité des actions, participation des maitres d'ouvrage, association des représentants des bénéficiaires des politiques évaluées, contrôle et validation par des scientifiques et des chercheurs indépendants, mise à disposition des résultats…).

Le CESR, tout en réaffirmant sa disponibilité pour accompagner ce dispositif, demande à être tenu informé des initiatives qui seront prises dans ce domaine et de leurs résultats.