

numéro 397

Septembre-Octobre 2008 – 6 €

LA Santé

de l'homme



Comment réduire les inégalités sociales de santé ?

Travail :
prévenir le stress

Suisse :
la sexualité expliquée
aux écoliers

Enquête :
les Français en
manque de sommeil

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé
inpes
www.inpes.sante.fr

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

LA Santé
de l'homme

est éditée par :

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

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
<dired@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<legrand.eric@cegetel.net>
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres/enquête : **Christophe Léon** <christophe.leon@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : Centre de documentation
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Jean-Christophe Azorin (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Bous-souar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Myriam Fritz-Legendre** (Ceméa), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-3), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Élodie Aïna** (INPES), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours

ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 3^e trimestre 2008.
Tirage : 6 000 exemplaires.

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



52 pages d'analyses et de témoignages

Tous les deux mois

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

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

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

Rédigée par des professionnels

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

Abonnez-vous ! 1 an = 28 €

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n° 377.
- La santé à l'école, n° 380.
- Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées, n° 381.
- Démarche participative et santé, n° 382.
- La promotion de la santé à l'épreuve des territoires, n° 383.
- Promotion de la santé des jeunes, n° 384.
- Ruralité et santé, n° 385.
- Prévenir les consommations à risque chez les jeunes, n° 386.
- La santé... par l'activité pyshique !, n° 387.

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
Joindre copie R°/V° de la carte d'étudiant
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

SH 397

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex – France

► Qualité de vie

Prévenir le stress au travail

Pourquoi et comment le stress au travail est dangereux pour la santé

Dominique Chouanière 4

Réguler les tensions, pour éviter le stress

Isabelle Mary-Cheray 6

À l'ONF, un plan de lutte contre le stress du personnel

Stéphanie Futin, Nathalie Koch 8

« Davantage d'humanité et moins de stress pour les téléopérateurs »

Valérie Charmois 9

Prévention du stress en entreprise : les stratégies pour agir

Valérie Langevin 11

Entreprises : développer la prévention, en amont

Colette Ménard, Bernard Siano 13

Accord national contre le stress au travail

Colette Ménard 14

Dossier

Comment réduire les inégalités sociales de santé ?

Introduction

Promouvoir la santé, pour réduire les inégalités

Marie-José Moquet 16

Inégalités sociales de santé : état des connaissances, aperçu des pratiques

Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples

Marie-José Moquet 17

États-Unis, Bénin, France : des programmes adaptés aux inégalités

Yves Géry 20

Le rôle du politique dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

Pierre Larcher 22

Recherche et évaluation

Les chercheurs français scrutent les inégalités sociales de santé

Marie-José Moquet 25

« La recherche permet de repérer des modes d'intervention et de prévention »

Entretien avec Alfred Spira 27

Évaluation des interventions : comment mener à bien un exercice périlleux ?

Valéry Ridde, Pierre Blaise 28

Situation socio-économique et consommation de substances psychoactives : une corrélation avérée

François Beck 30

Ateliers Santé-Ville et démarche communautaire

Ateliers Santé-Ville : des résultats incontestables, des moyens fragiles

Laurent El Ghazi 31

Inégalités sociales de santé et démarche communautaire en santé, quels liens ?

Perrine Lebourdais 33

Perpignan : des ateliers santé pour la communauté gitane

Catherine Oustrière, Karine Briot, Martine Kempfer .. 36

Prévention et accès aux soins

Soins et prévention : un levier majeur pour réduire les inégalités

Pierre Lombraïl 38

Cancer du sein : accompagner les femmes vers le dépistage

Youssef Mouhoub 41

Hôpital Avicenne : comment s'adapter aux patients migrants

Antoine Lazarus 43

Pour en savoir plus

Olivier Delmer 46

► International

Suisse romande : des éducateurs pour parler sexualité à l'école

Caroline Jacot-Descombes 48

► Enquête

Les Français en manque de sommeil

Enguerrand du Roscoät 50

« Le sommeil est en compétition avec la télévision et Internet »

Entretien avec Damien Léger 52



Illustrations : Pascal Finjean

Prévenir le stress au travail

En avril 2008, et pour la première fois, les Journées annuelles de la prévention de l'INPES ont consacré une session à la santé au travail, dont le thème était « Stress au travail, concepts et prévention ». Cette session a été organisée en partenariat avec l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Compte tenu de l'intérêt des interventions des différents experts, *La Santé de l'homme* publie ci-après une synthèse de plusieurs analyses et actions de terrain mises en œuvre ainsi qu'un aperçu de la table ronde ; le tout est complété par un point d'actualité sur la prise en compte, en France, du stress au travail, un nouvel accord venant d'être négocié

par les partenaires sociaux. Enfin, l'intégrale des interventions-débats est accessible sur le site Internet de l'INPES (www.inpes.sante.fr/rubrique « Journées de la prévention »). Par leur apport méthodologique et les modalités concrètes de mise en œuvre présentées, ces travaux pourront être utiles aux professionnels pour organiser la prévention du stress au travail, et surtout travailler en amont sur les facteurs de risques, accepter de revisiter l'organisation du travail plutôt que d'intervenir une fois que la souffrance est installée.

Colette Ménard, René Demeulemeester (INPES), Bernard Siano (INRS).

Pourquoi et comment le stress au travail est dangereux pour la santé

Six salariés sur dix ont un travail stressant. Comment fonctionne le stress ? Quels sont ses effets ? Dominique Chouanière présente l'état des connaissances scientifiques. Elle souligne qu'il faut développer la prévention à la source en identifiant les facteurs collectifs liés à l'organisation du travail.

D'après la dernière enquête Sumer 2003, 61 % des salariés déclarent avoir un travail fortement stressant. Qu'est-ce que le stress ? Pour l'Agence européenne de Bilbao, il s'agit d'un déséquilibre entre la perception des contraintes imposées par l'environnement et les ressources propres de l'individu pour y faire face. Si l'évaluation des contraintes et des ressources est psychologique, les effets portent sur la santé psychologique, mais aussi sur la santé physique, le bien-être et la productivité. Il faut distinguer d'un stress chronique l'état de stress aigu, qui fait partie de la vie professionnelle, quand il faut, par exemple, rendre un rapport dans l'urgence.

À l'origine du stress chronique, des vrais mélanges de contraintes toxiques ont été mis en évidence par les chercheurs, comme par exemple le déséquilibre entre l'exigence psychologique du poste et la marge de manœuvre dont

l'individu dispose pour faire son travail. C'est le « *job strain* » de Karasek (NBP), tel que peuvent le vivre, par exemple, les téléopérateurs, à qui on demande une grande disponibilité pour prendre un maximum d'appels mais qui sont très contraints dans leur relation aux clients par un script affiché à l'écran, la formulation des questions étant souvent obligatoire (Ndlr : voir aussi l'article de Valérie Charmois). Un autre modèle s'est imposé, celui de Siegrist, qui identifie comme pathogène un déséquilibre entre les efforts consentis par la personne pour son travail et les récompenses (monétaires ou symboliques) qu'elle en perçoit.

Quoique très répandus et très utilisés dans les recherches scientifiques, ces modèles ne font pas pour autant le tour des situations pathogènes rencontrées dans le travail et les chercheurs travaillent pour en identifier d'autres.

Essentielle : la gestion de l'organisation

Quels sont les facteurs qui peuvent entraîner ces déséquilibres ? Certains facteurs sont propres à l'entreprise, comme la façon d'organiser le travail et l'activité. Les normes imposées aux téléopérateurs, par exemple, ne sont pas liées au métier mais dépendent d'autres facteurs tout à fait modifiables. La gestion des relations humaines est également un point essentiel. La façon dont se vivent les relations de travail également, de même que le type de management, qu'il soit directif, autoritaire *versus* participatif, ainsi que tout ce qui est de l'ordre de l'environnement matériel.

Plus globalement, le contexte économique, l'intensification du travail, le recours intensif aux nouvelles technologies, l'exigence de la clientèle, etc., peuvent représenter des facteurs de stress. Mais ce que l'on observe dans les

entreprises c'est qu'à contraintes économiques égales le niveau de stress est éminemment variable. Donc la marge de manœuvre pour agir et diminuer les facteurs stressants existe même dans des situations économiques tendues.

Mécanismes physiologiques du stress

Les mécanismes du stress ont d'abord été écrits par un médecin autrichien, Hans Selye, dans les années 1930 (*enca-dré*). La réponse biologique de l'organisme à un agent stressant est une sécrétion d'hormones telles que l'adrénaline, les glucocorticoïdes, etc., qui activent l'organisme en stimulant tous les systèmes (respiratoire, cardio-vasculaire, etc.). En cas de stress aigu, la sécrétion cesse quand l'événement disparaît. Le stress chronique relève d'un mécanisme analogue, sauf que, l'agent stressant étant présent en permanence, la quantité d'hormones augmente avec un emballement de la sécrétion qui hyperstimule l'organisme sur de longues périodes. Or nous ne sommes pas conçus pour résister à une activation longue et intensive, et l'état de stress chronique s'installe.

Trois stratégies face au stress

Face à une situation de stress chronique qui génère beaucoup d'inconfort la personne va essayer de s'adapter selon des réactions psychologiques propres à chaque tempérament : se soustraire à la situation difficile (congé maladie, demande de mutation, etc.) ou recourir à des techniques de gestion des émotions ou encore mettre en place une stratégie de résolution du problème, c'est-à-dire agir sur les causes du stress. Cette dernière stratégie est la plus efficace.

Les maux du stress

Le stress chronique étant une hyperactivation chronique de tous les grands systèmes de l'organisme, vont donc apparaître des symptômes de surstimulation de tous ces organes. À commencer par des douleurs des tendons ou des articulations, des douleurs abdominales, des maux de tête, des troubles du sommeil, de l'appétit, de la digestion, des sensations d'essoufflement, d'oppression, des sueurs, etc. S'y associent des symptômes émotionnels comme nervosité, crises de larmes, angoisse, excitation, tristesse, mal-être mais aussi des symptômes intellectuels comme des troubles de la concentration, des oublis, des erreurs, des difficultés à prendre des initiatives ou des décisions qui peuvent gêner les activités de travail. Pour faire cesser cet état d'excitation, le recours à des produits « relaxants », médicaments psycho-actifs (somnifères, anxiolytiques, sédatifs, etc.) ou de l'alcool est fréquent avec en contrepartie la prise de stimulants en journée : tabac, café ou autres drogues stimulantes. Cette situation de stress chronique douloureuse induit chez l'individu repli, inhibition, diminution des activités sociales. S'il s'installe dans la durée, le stress chronique peut entraîner de nombreuses pathologies telles que maladies cardio-vasculaires, troubles anxio-dépressifs, troubles musculo-squelettiques mais aussi fragilité immunitaire par l'action anti-inflammatoire des glucocorticoïdes à l'origine d'infections fréquentes.

Lien entre stress et suicide

Les suicides liés au travail se sont longtemps déroulés hors du lieu du travail ; mais, depuis une dizaine d'années, les médecins du travail ont donné l'alerte

sur l'apparition de suicides sur le lieu du travail. Des médecins inspecteurs du travail de Basse-Normandie ont d'ailleurs réalisé, au début des années 2000, une étude de l'incidence des suicides liés au travail, dont les résultats ont été utilisés pour estimer le nombre de suicides au niveau national. Cette apparition des suicides survient dans un contexte où les indicateurs de stress augmentent. De nombreuses études ont démontré un lien entre « *job strain* » ou déséquilibre efforts-récompenses et troubles anxio-dépressifs mais seulement quelques études ont directement mis en relation ces déséquilibres avec un suicide. Telle une étude japonaise récente sur une cohorte de 3 121 hommes suivis pendant neuf ans, qui a mis en évidence que le manque de marge de manœuvre multiplie le risque de suicide par

Stress chronique : les découvertes de Hans Selye

L'origine du terme stress est due à un médecin d'origine autrichienne, Hans Selye, qui a découvert, en 1936, que face à une demande de l'environnement l'organisme va avoir une réponse non spécifique : le syndrome général d'adaptation (SGA). Il constate également que, lorsque les systèmes physiologiques sont activés par une situation stressante, ils peuvent devenir délétères pour l'organisme.

Un événement stressant – comme être simplement spectateur d'un accident de voiture – déclenche une libération de catécholamines (une poussée d'adrénaline) dont l'objet est d'apporter de l'oxygène dans les organes qui vont être sollicités pour la fuite ou le combat, c'est-à-dire les muscles, le cœur et le cerveau. Quelques minutes après, se met en route une sécrétion de glucocorticoïdes, qui vise à mettre à disposition des muscles, du cœur et du cerveau le sucre nécessaire pour la réaction. Si l'événement cesse et que la réaction est adaptée, tout rentre dans l'ordre, mais, si l'événement stressant se prolonge, il peut y avoir échec de cette adaptation et l'on entre dans une phase d'épuisement.

quatre en prenant en compte les autres facteurs. Une autre grande étude de cohorte réalisée aux États-Unis chez 94 000 infirmières suivies pendant quatorze ans démontre un lien entre stress chronique et suicide.

La sécrétion des glucocorticoïdes, qui est associée à un stress chronique, fragilise l'équilibre psychique et favorise les dépressions. Ces dernières sont un facteur de risque pour le passage à l'acte.

Bon ou mauvais stress

La presse a beaucoup véhiculé le fait qu'il y aurait un bon et un mauvais stress, sous-entendant que l'on peut manager par la pression jusqu'à un certain niveau. Cette position n'est pas acceptable car la distinction scientifique oppose stress aigu et stress chronique. Le stress aigu fait partie de la vie et est un mécanisme d'adaptation

aux changements de l'environnement mais devient délétère dès qu'il s'installe dans la durée.

Quelle prévention contre le stress ?

La gestion individuelle du stress, qui est une prévention de type secondaire et qui s'intéresse aux personnes en état de stress chronique pour éviter des conséquences plus marquées sur la santé, a beaucoup été mise en avant dans notre pays. Cette gestion du stress qui associe des connaissances sur le stress à des techniques de mise à distance des émotions et de relaxation a une efficacité très limitée dans le temps car elle n'agit pas sur les causes du stress. La prévention du stress au travail doit identifier dans une situation de travail les contraintes qui génèrent du stress et repérer les facteurs collectifs dans l'organisation du travail qui géné-

rent ces contraintes, pour mettre en place ensuite un plan d'action vis-à-vis des causes identifiées. Néanmoins, certaines contraintes sont inhérentes au métier et ne dépendent pas de l'organisation. Par exemple, travailler dans des services de soins palliatifs ou anticancéreux expose le personnel à des émotions extrêmement fortes. La prévention dans ce cas agira également en aval de ces contraintes en proposant par exemple la mise en place des séances de debriefing pour en diminuer leur impact. Ainsi, la prévention efficace du stress au travail vise à agir le plus en amont possible pour éviter l'apparition de contraintes liées à l'organisation mais aussi plus en aval pour les contraintes inhérentes au métier.

Dominique Chouanière

Responsable du pôle « Santé au travail »,
Institut de santé au travail, Lausanne, Suisse.

Réguler les tensions, pour éviter le stress

Depuis dix ans, le réseau Anact intervient auprès des entreprises et de leurs salariés pour prévenir le stress au travail. L'un des premiers objectifs est d'identifier les tensions, puis de mettre en œuvre des actions pour les réguler. Revue des concepts et identification des stratégies de prévention possibles.

Le réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)¹ a développé une approche sur les actions de prévention du stress et des risques psychosociaux liés au travail via le concept de tension-régulation. Ses intervenants sont des spécialistes de la conduite du changement concerté, avec quatre axes d'action autour de la santé au travail, de la prise en compte du développement des compétences et des qualifications, des changements techniques et organisationnels et de la gestion de tous les âges tout au long de la vie professionnelle. Les actions de l'Anact sur l'amélioration des conditions de travail prennent en compte les aspects de santé, en lien avec l'organisation du travail. Un objectif fort est de privilégier toutes les actions autour du dialogue social au sein des entreprises.

Notre approche du stress et des risques psychosociaux est articulée

avec la démarche d'évaluation des risques professionnels ; nous ne sommes pas sur une approche individuelle des questions de stress lié au travail mais collective, en remontant sur les causes en lien avec l'organisation du travail dans l'entreprise.

Cette approche est basée sur les modèles du stress de Karasek et de Siegrist (*Ndlr : voir article de D. Chouanière*), sur les mécanismes physiologiques du stress, sur d'autres modèles de santé psychique au travail. Nous nous appuyons sur l'ensemble de ces concepts tout en ayant identifié des limites dans leur utilisation pour les actions de prévention en entreprise, sachant qu'ils ne sont pas valides dans toutes les situations.

Réguler en permanence les tensions

Cette approche se base sur l'expérience d'une dizaine d'années d'inter-

vention en entreprise à l'Anact. Elle se focalise sur l'articulation entre les tensions et leur régulation. Le travail est un lieu de tension entre les objectifs de l'entreprise et ceux du salarié. C'est aussi un lieu de régulation de ces tensions : les moyens mis à disposition par l'entreprise et l'engagement au travail du salarié font partie des régulations présentes dans le travail mais le management, l'organisation du travail et le soutien du collectif de travail y participent aussi.

Parler d'une montée des problématiques de santé psychique au travail, du stress au travail, signifie que les tensions sont croissantes et que la régulation n'est plus assurée. Au niveau du travail, le ressort se tend parce que les objectifs/exigences de l'entreprise deviennent le sujet préoccupant des responsables, les éloignant ainsi des préoccupations des salariés. Les objectifs et exigences des salariés évoluent et peuvent les éloigner du champ des objectifs de l'entre-

CHSCT et médecin du travail : au cœur de l'alerte

Pour engager une démarche efficace de prévention du stress au travail, les résultats attendus doivent être déterminés pour un double impact sur la performance de l'entreprise et sur la qualité de vie au travail des salariés dont leur santé au travail. Au vu de l'expérience de l'Anact, les acteurs principaux qui font émerger ces situations sont les représentants des salariés à travers leur participation dans les CHSCT, lesquels font remonter les difficultés rencontrées par les salariés. Autres acteurs importants : le médecin du travail, bien sûr ; de plus en plus fréquemment les directions des ressources humaines, des directions d'entreprise qui sont partie prenante pour mener des actions sur cette question. Les événements tragiques intervenus au cours des dernières années, qui résultent d'une grande souffrance au travail, ont amené certaines directions d'entreprise à prendre position sur des logiques de prévention pour éviter des situations de crise importantes.

prise. Le contexte de travail évolue également et les organisations du travail peuvent conduire à une individualisation, amenant à plus de compétition que de solidarité entre les salariés, donc à un affaiblissement social des collectifs. Dans certains cas, le changement permanent peut devenir un mode de gestion. La flexibilité, la précarité auxquels sont soumis les salariés vont aussi avoir une influence sur ces tensions et la difficulté de les réguler.

Pour l'entreprise, cette tension va se traduire par des atteintes à la production, une évolution de l'absentéisme, un climat social dégradé. Pour les salariés, les conséquences seront des atteintes à leur santé, à leur satisfaction au travail et une menace sur leur employabilité.

Remonter aux causes

Pour être opérationnel, il va falloir remonter aux causes des tensions :

- des contraintes de travail (tensions entre prescription et latitude) ;
- les valeurs-exigences du salarié (notamment déséquilibre entre efforts consentis et récompenses) ;
- les relations et comportements, notamment les conflits entre collectifs de travail, entre les jeunes et les anciens, ou des comportements individuels qui auront des répercussions sur le collectif de travail ;
- les changements du travail, sous l'expression « avant » par rapport à « maintenant », « avant c'était mieux, c'était autrement ».

Pour illustrer cette typologie, voici l'exemple d'une intervention menée dans un établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes, où ces familles de tension ont pu être mises en évidence. Le point de départ est l'évocation par les salariés d'un besoin de reconnaissance, la direction évoquant

plutôt une difficulté à organiser le collectif, voire un manque d'engagement des salariés. Avec, pendant la période de Noël, une tension particulièrement forte entre objectifs et moyens, du fait de personnels en congés se cumulant avec des absences qui génèrent une surcharge de travail, l'activité restant effectivement la même (les personnes âgées restent présentes à cette période au sein de l'établissement). Le travail entrepris a permis de constater qu'un type de régulation fonctionnait bien : le soutien social, avec une entraide des salariés qui a permis que le travail soit réalisé et que la qualité de service demeure satisfaisante. Du côté de la contribution/rétribution, les salariés attendaient une reconnaissance de cet effort, que leur direction « *viennent leur souhaiter Noël* ». Or, cette reconnaissance n'a pas eu lieu. Quelques semaines plus tard, la tension apparaît puisque au moment de la galette peu de salariés sont présents.

Cet exemple conforte à la fois la position de la direction et celle des salariés, et ne permet pas d'agir. Sauf qu'en remontant l'arbre des causes et les tensions présentes, des axes pour travailler sur la prévention de cette situation et sur les atteintes à la santé psychique des salariés sont mis en évidence. L'adéquation objectifs/moyens peut faire l'objet d'un travail, de même que la façon de soutenir les exemples d'entraide des salariés qui fonctionnent bien. Ce travail peut aussi porter sur les conditions de contribution et de rétribution, sur les moyens de reconnaissance ou sur les modalités des relations collectives existant au sein de l'établissement.

La typologie actuelle du réseau de l'Anact met en évidence quatorze tensions fréquentes que l'on peut classer

en quatre grandes familles : les tensions liées aux contraintes du travail, celles liées aux valeurs et exigences du salarié, celles liées aux relations et aux comportements et enfin celles en lien avec les changements.

Structurer la démarche de prévention

Comment structurer la démarche de prévention avec cette approche ? D'abord se mettre d'accord pour engager l'analyse. Un débat est ensuite nécessaire pour définir l'objet qui sera traité en commun. Puis recueillir des données (quantitatives/qualitatives), en identifiant les tensions et possibilités de régulation. Repérer et analyser des situations où émergent les contraintes rencontrées. Analyser les causes et proposer des pistes d'action. Dans tous les cas travailler sur les causes et remonter sur l'organisation et les contraintes identifiées. Enfin, se mettre d'accord pour élaborer un plan intégré d'actions et le mettre en œuvre, c'est-à-dire agir sous l'angle de la prévention primaire ; toutefois l'analyse peut mettre en évidence d'autres actions à privilégier. La démarche de prévention doit s'inscrire dans la durée, avec suivi et évaluation.

En résumé, pour la prévention des risques psychosociaux, peuvent être identifiés quatre types d'actions sur :

- la performance et l'organisation du travail ;
- la santé, les ressources humaines et, plus globalement, la qualité de vie au travail ;
- le management et le dialogue social ;
- l'accompagnement des changements.

Ce sont des leviers sur lesquels acteurs de l'entreprise et représentants des salariés peuvent intervenir, alors que le ressenti et l'expression des difficultés de stress ainsi que les atteintes à la santé psychique des salariés peuvent mettre plus en difficulté les acteurs pour engager l'action.

Isabelle Mary-Cheray

Psychosociologue, chargée de mission, Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) Centre.

1. Un établissement national et vingt-cinq associations régionales, réseau de proximité centré sur l'amélioration des conditions de travail.

À l'ONF, un plan de lutte contre le stress du personnel

Exigence de rentabilité, restructuration : en quelques années, l'Office national des forêts a modifié son organisation. Le personnel a été fortement déstabilisé par ces changements qui ont entraîné stress et mal-être au travail. Un plan de prévention conçu collectivement par la direction, le comité d'hygiène et de sécurité, l'assistante sociale et le médecin est mis en œuvre par l'Office sur la région Franche-Comté.

L'Office national des forêts (ONF) est un établissement public comptant onze mille agents (personnels fonctionnaires, de droit public et de droit privé), personnels techniques et administratifs. En 1999, la grande tempête a marqué un tournant dans l'histoire de cette administration. Elle a entraîné une chute du cours du bois et accéléré la volonté de l'État de restructurer l'Office et de le rendre plus performant. La notion de rentabilité est avancée comme condition de l'État pour poursuivre son soutien. Pour faire face à ces exigences prégnantes, une réorganisation du travail a été mise en place. Le choix d'une spécialisation accrue des personnels et la réduction du nombre d'encadrants au niveau des personnels techniques constituent les mesures phares de cette réforme. Ces changements très rapides ont engendré un mal-être général. De manière inattendue, lors d'un comité d'hygiène et de sécurité (CHS), des personnels de l'un des sites ont remis une pétition au directeur, faisant état d'une

dégradation des conditions de travail, évoquant le « harcèlement », la « souffrance au travail ». Cette pétition a vivement ébranlé la direction, qui a souhaité rapidement réagir.

Comment passer d'une situation de crise à un plan d'action ? Le débat est lancé au sein du CHS, posant la volonté d'initier une stratégie de prévention. Un audit interne a été commandé en deux temps auprès de personnels administratifs et techniques (« gardes forestiers »). La demande a donc émané directement du CHS et a été portée par le directeur territorial. Un groupe de travail a été constitué, associant des représentants du personnel (membres du CHS), la directrice des ressources humaines, le médecin de prévention MSA – intervenant pour les personnels ONF dans le cadre d'une convention – et moi-même en tant qu'assistante de service social. Au départ, la volonté n'était pas d'aborder directement la question du stress au travail mais de

porter un regard sur les conditions de travail des personnels au sens large.

Audit par entretiens individuels, un temps d'écoute important

L'audit a été réalisé par le biais d'entretiens que l'on m'a proposé de mener en tant qu'assistante sociale ayant une mission spécifique de veille sociale et soumise au secret professionnel. J'interviens sur l'ensemble des sites de la région, ce qui me permet d'avoir une vue globale de l'établissement. Formée à l'écoute et ayant une connaissance fine des problématiques des personnels, j'ai accepté de réaliser ces entretiens sous réserve de l'assentiment de tous (représentants du personnel, direction) et en garantissant l'anonymat des personnes auditées. L'objectif était de définir les causes du malaise.

Nous avons fait le choix d'un questionnaire semi-directif laissant place au recueil du ressenti des personnels. Les entretiens duraient de une heure et demie à deux heures et demie. Les questionnaires ont été élaborés avec le groupe de travail autour de six axes : locaux, organisation du travail, formation, évolution des métiers, communication, et management. Soixante-six entretiens ont été menés auprès des personnels techniques et administratifs. Le personnel technique a exprimé un sentiment fort de perte de notion de service public du fait de l'introduction de la notion de rentabilité, et donc une perte de sens ; parallèlement, l'informatisation des personnels dits de terrain a entraîné un sentiment de perte de compétence pour les personnels administratifs et une augmentation des tâches administratives pour les personnels techniques.

Nous avons présenté les conclusions de l'audit et un plan d'action au CHS, qui a validé ce travail et l'a inclus dans son plan de prévention annuel. Trois exemples ont été donnés :

- concernant les locaux, la plupart des agents ont un bureau à leur domicile avec un matériel peu adapté qui va donc être changé (programme pluriannuel) ;

- en matière de management, les « gardes forestiers » ont à la fois un travail individuel sur leurs forêts, qui prend une part de plus en plus importante et des tâches collectives. Nous avons décidé d'organiser des réunions d'échange de pratiques entre les responsables d'unités ; l'objectif est de mieux prendre en compte les charges de travail individuelles pour les participations aux tâches collectives ;

- pour restaurer la convivialité perdue, nous avons réinstauré une journée libérée sur le temps de travail pour une tournée commune des personnels sur un thème technique forestier.

Ce plan a eu des premiers effets concrets : tout d'abord une modification sensible du climat social au niveau des

différentes instances, avec une reprise du dialogue. L'ensemble des membres du CHS s'est mobilisé autour de la question du stress au travail. Parallèlement, ils ont bénéficié d'une formation sur le rôle du comité au cours de laquelle une réflexion sur leur place dans cette instance a émergé. Aujourd'hui, le plan de prévention est en partie réalisé et on se propose de lancer une évaluation du dispositif afin de continuer à rebondir au fur et à mesure de l'apparition d'autres problématiques. De manière plus large, au niveau national de l'ONF, différentes remontées des Régions ont permis l'émergence d'une réflexion sur « les personnes en difficulté ».

Risque de stress pointé par les médecins

Pour les deux médecins de prévention qui sont au cœur de ce dispositif au niveau de la région Franche-Comté, cette action fait partie de leur tiers temps (c'est-à-dire hors consultation médicale). Au total, neuf réunions du groupe de travail ont permis, d'une part, de pointer le risque de stress, de souffrance au travail et d'en tenir compte pour l'élaboration par l'Office du document

unique d'évaluation des risques ; d'autre part, de mieux connaître les postes et conditions de travail bouleversées par les conséquences de la tempête. Et ces questions sont désormais abordées plus directement lors des consultations médicales. Enfin, ce plan de prévention a permis une meilleure relation partenariale entre l'assistante sociale et les médecins, aussi bien sur l'évolution du climat collectif en général que sur le suivi, le signalement des cas particuliers, dans le respect du secret professionnel et médical.

Pour l'assistante sociale, ce travail a permis d'élargir ses missions au niveau de la prévention, d'être mieux connue et abordée par les personnels. Elle intervient d'ailleurs de plus en plus sur des problématiques professionnelles (conflits, mal-être au travail, etc.).

Stéphanie Futin

Assistante sociale,
Office national des forêts,
Franche-Comté.

Nathalie Koch

Médecin de prévention,
MSA Jura.

« Davantage d'humanité et moins de stress pour les téléopérateurs »

Médecin du travail dans un service interentreprises à Bordeaux, Valérie Charmois a participé, avec quatorze de ses confrères, à une enquête sur le stress chez les salariés des centres d'appels. Plus d'un tiers d'entre eux sont en souffrance mentale¹. Ils sont trop encadrés et pressurés. Un point positif contrebalance ce constat : les salariés sont solidaires et respectés par leur hiérarchie. La parole à Valérie Charmois, qui préconise des axes de prévention.

Le développement des centres d'appel (*call centers*) a été extrêmement important depuis 1990. Cent mille salariés sont employés, en France, dans ces centres. On constate un taux de rotation du personnel élevé, un absentéisme fréquent mais aussi l'émergence de pathologies psychiques. Les employés sont plutôt jeunes, avec un bon niveau d'études. Plusieurs services de médecine du

travail dont le nôtre se sont intéressés à ce secteur. Les études de postes pré-alables ont mis en évidence des contraintes : répétitivité, rapidité du rythme de travail, monotonie. De 2004 à 2006, nous avons mené une étude épidémiologique auprès de vingt et un centres d'appels, soit 468 téléopérateurs pour préciser le diagnostic et donc les solutions envisageables².

Voici les principaux résultats de cette enquête : qui sont les téléopérateurs ? Globalement assez jeunes, en contrat à durée indéterminée et à temps plein, ce qui va à l'encontre des idées reçues. Avec un bon niveau d'études et une prédominance féminine. Premier résultat : l'expression du vécu professionnel est globalement positive sur l'organisation et les conditions de travail mais les



© PETER MARLOW/MAGNUM

salariés expriment une tension liée au métier en termes de répétitivité des tâches, de discours formaté, d'absence de prises d'initiative, sur le rôle de l'encadrement en matière de contrôle et de maintien de la pression, sur l'agressivité des usagers. Il est frappant de constater que le taux d'arrêts maladie est deux fois supérieur au national. Autre indicateur de stress : le tabagisme, nettement supérieur à celui observé en population générale. Autre résultat significatif : 39 % des téléopérateurs présentent des signes de souffrance mentale ; les contraintes les plus significatives retrouvées sont l'agressivité, la polyvalence des tâches, le temps et les horaires de travail. Nous avons essayé de comprendre l'origine de cette souffrance et de ce stress. Et constaté : l'importance de la faible latitude décisionnelle ; la reconnaissance jugée insuffisante en termes de rémunération et de perspective de carrière.

Deux aspects positifs contrebalancent ce constat : le soutien social qui existe et une estime de leurs collègues ainsi que de leur hiérarchie. Cette étude confirme le lien entre la forte tension et la santé, notamment au niveau de la souffrance mentale. Le soutien social apparaît comme un élément modérateur de la question du stress, d'autant plus modérateur que les gens sont jeunes. Concernant l'intrication des facteurs, la répétitivité des tâches est couplée au sentiment

de compétences mal utilisées. Sur un an, 27 % des salariés sont partis.

Mentir au téléphone : une souffrance éthique

Pour conclure, cette enquête met en évidence des situations de travail à risque avéré pour la santé de la majorité des téléopérateurs, notamment en ce qui concerne la forte tension et le déséquilibre entre effort et récompense. Dans la mesure où ce métier se pérennise, il paraît important de continuer de développer la prévention primaire. L'étude vient de se terminer au premier semestre 2008 ; nous avons démarré la restitution des résultats vers les entreprises (tant employeurs que salariés).

L'objectif est de travailler et de faire de la prévention en fonction des spécificités de chaque entreprise. Deux axes d'actions concrètes émergent :

- essayer de faire évoluer les postes sur le plan de l'organisation du travail et de l'ergonomie. Des modifications importantes de l'organisation du travail sont à effectuer, en particulier donner aux salariés davantage de latitude décisionnelle. Un certain nombre d'employeurs sont prêts à le faire ;
- développer la formation initiale (actuellement seuls 5 % ont une formation initiale spécifique par rapport au poste), travailler sur l'adéquation entre les formations proposées et les postes disponibles sur le marché.

Pour améliorer la situation dans ces entreprises il faut labourer le terrain, travailler en collaboration avec les employeurs et les salariés pour que ces postes de travail deviennent plus humains. Donc, davantage d'humanité et moins de stress pour les téléopérateurs.

Avoir un script et être obligé de répondre de façon formatée réduit considérablement la latitude décisionnelle et l'autonomie. Être obligé de travailler rapidement contribue au stress.

Sur le plan éthique, certains salariés ont évoqué le fait que leur travail les oblige à mentir au téléphone tous les jours, alors qu'ils apprennent à leurs enfants à ne pas mentir ; ce conflit sur les valeurs peut également générer de la souffrance. Il faut donc essayer de modifier le travail pour qu'il soit viable pour un maximum de personnes.

Valérie Charmois

Médecin du travail,

AHI 33 (service interentreprises),
Service de santé au travail, Bordeaux.

1. Précision : 39 % présentent des signes de souffrance mentale au GHQ12 (NDLR : General Health Questionnaire - questionnaire de santé générale), alors que le questionnaire de Karasek révèle que 59 % d'entre eux se trouvent dans une situation de forte tension.

2. Échantillon représentatif, recueil par questionnaire à l'entreprise et au salarié, avec deux échelles validées dont l'une de santé mentale. Le devenir professionnel était également étudié à six et douze mois. Les femmes représentent 68 % de l'effectif. 83 % sont titulaires du baccalauréat ; 89 % sont sous CDI ; 82 % travaillent à temps plein.

Malmenés, mais respectés et solidaires

L'enquête met en évidence quatre tensions spécifiques liées au métier de téléopérateur : répétitivité des tâches et discours formaté, absence de prises d'initiative, niveau élevé du rôle de contrôle et de maintien de la pression de l'encadrement, agressivité des usagers. 38 % se sentent constamment sous pression et 30 % ont des problèmes de concentration, des soucis influençant le sommeil, un sentiment de mal-être et de dépression, une absence de plaisir dans leurs activités quotidiennes. En contrepoint, 84 % estiment bénéficier du soutien social de leurs supérieurs et 96 % du soutien social de leurs collègues. Enfin, 76 % des personnes interrogées estiment bénéficier du respect de leurs supérieurs et 95 % de celui de leurs collègues.

Prévention du stress en entreprise : les stratégies pour agir

Comment installer une démarche de prévention du stress dans une entreprise ? L'INRS a mis au point une méthodologie d'action avec des étapes incontournables, comme le recueil et l'analyse des signaux d'alerte, la mise en place d'un groupe projet qui porte la démarche de prévention, la validation du plan d'action par tous et surtout le suivi et la pérennisation de la prévention.

Il existe plusieurs démarches de prévention et d'action contre le stress au travail :

- la prévention primaire a pour objectif de combattre le risque à la source : identification des sources de stress liées au travail par un diagnostic approfondi, ce qui exige du temps mais les études montrent que ces actions de prévention primaire ont des effets durables ;
- la prévention secondaire : objectif, renforcer la résistance des salariés au stress ; apprendre à gérer son stress, ses émotions, les représentations qui y sont associées et donc les modes de réaction par rapport à des situations stressantes. Les techniques possibles sont diverses : de la relaxation aux formations inspirées des techniques cognitives et comportementales. Attention, ces techniques ne sont efficaces qu'à court terme et leurs effets ne se maintiennent pas dans le temps si c'est la seule action mise en œuvre (1, 2) ;
- la prévention tertiaire prend en charge les salariés en souffrance pour éviter que leur état ne se détériore davantage et pour leur permettre de reprendre une activité professionnelle s'ils sont temporairement en arrêt. Il s'agit d'une réponse d'urgence indispensable mais qui ne saurait suffire, puisqu'il faut remonter à l'origine des causes du mal-être ou de la souffrance de ces salariés.

Ces trois types d'actions sont complémentaires. Actuellement les entreprises françaises recourent plutôt à des actions de type gestion individuelle du stress, ce qui explique peut-être pourquoi la France est en retard dans la prévention de ce risque professionnel ; c'est donc surtout la prévention secondaire qui prédomine dans les entreprises. L'INRS travaille justement, en lien

avec d'autres institutionnels de la prévention, comme l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), pour promouvoir auprès des entreprises la prévention primaire.

Se débarrasser des idées reçues

Prévenir le stress au travail, c'est d'abord se débarrasser des idées reçues : – « *Un peu de stress, ça ne fait pas de mal* » : la pression sur les salariés serait un bon stress, à la fois pour son épanouissement professionnel et pour l'entreprise. C'est une idée répandue mais fautive (cf. *article de D. Chouanière sur la nocivité du stress*) et dangereuse car elle peut légitimer le management par le stress. Par « bon stress » on fait surtout référence, en France, à ce que l'on appelait autrefois la motivation. S'il y a une distinction à établir, elle doit être faite entre le stress aigu et le stress chronique ou entre le stress choisi et le stress subi.

– « *Le stress est un problème de fragilité individuelle* » et, si les gens en sont victimes, c'est qu'ils ne sont pas adaptés au poste de travail, qu'ils ont des problèmes personnels, etc. Ce raisonnement est contredit par les faits – même les moins fragiles peuvent craquer – et contrevient à l'un des principes généraux de la prévention selon lequel on doit adapter le travail à l'homme et non l'inverse.

– « *Contre le stress on ne peut rien, nous sommes face à un environnement très concurrentiel, à la mondialisation, et si l'on ne met pas la pression sur les salariés, il n'y a plus qu'à mettre la clé sous la porte.* » Si l'on ne peut nier l'existence d'un tel contexte, les études montrent que, à contrainte économique égale, certaines entreprises proposeront des

situations de travail moins stressantes pour le salarié que d'autres.

Ces trois idées reçues sont autant d'obstacles pour agir en prévention dans les entreprises.

Des grands principes pour agir

Voici quelques grands axes d'intervention. En premier lieu, prévenir le stress au travail, c'est intégrer cette dimension dans une démarche globale de prévention des risques professionnels. Le chef d'entreprise a une obligation générale de santé et de sécurité vis-à-vis de ses salariés (article L-230.2 du code du travail), or le stress et les risques psychosociaux font partie des risques professionnels. En deuxième lieu, la prévention doit se construire dans le dialogue social et dans la transparence, de manière participative et pluridisciplinaire ; troisième axe d'intervention : il n'existe pas de solutions prêtes à l'emploi, les méthodes de prévention du stress au travail sont adaptables aux différentes situations de l'entreprise ; surtout, pour qu'une démarche aboutisse, l'entreprise doit s'engager de façon complète et durable. Cela nécessite une réelle volonté du chef d'entreprise de tenir compte des résultats du diagnostic ; si ce dernier reste sans suite, l'effet sera fortement contreproductif et démobilisant pour les salariés. Autre élément pour agir : la préexistence dans l'entreprise d'une culture en santé/sécurité du travail ; il sera difficile d'engager une démarche de prévention du stress dans une entreprise peu investie dans la prévention des risques plus visibles ou palpables.

Par ailleurs, les acteurs de l'entreprise doivent être prêts à modifier leur mode d'organisation et les modes de mana-

gement si le diagnostic fait apparaître qu'ils ne sont pas adaptés. La démarche de prévention doit être relayée en termes d'information et de participation du personnel à tous les niveaux hiérarchiques. Concrètement, il est nécessaire qu'un groupe projet soit mis en place, incluant les instances représentatives du personnel, mais pouvant être élargi pour représenter les différents services et catégories. Ce groupe projet devra assurer la communication sur la démarche, le suivi et pérenniser cette action ; le recours à des ressources extérieures est nécessaire, notamment pour assurer l'impartialité et la crédibilité du diagnostic.

Les différentes étapes de prévention

Dans cette démarche de prévention du stress de type « conduite de projet », deux portes d'entrée sont possibles et complémentaires : par les préventeurs externes ou par les acteurs de l'entreprise. Les préventeurs externes – médecins du travail, inspecteurs du travail, agents des caisses régionales d'Assurance Maladie – peuvent être alertés par des signaux forts, comme des suicides ou des tentatives, une épidémie de troubles musculo-squelettiques (TMS), une augmentation très importante des accidents du travail, une rotation importante du personnel, etc. Ces mêmes signes d'alerte peuvent amener l'entreprise à engager elle-même une démarche. L'entreprise peut aussi examiner la question du stress au moment où elle évalue l'ensemble des risques professionnels.

Il est à souligner que la démarche peut être amorcée à la suite d'un débat ou par le biais du dialogue social sur les conditions de travail, notamment en CHSCT.

La première action à mettre en œuvre est la proposition aux salariés d'une prise en charge médicale et thérapeutique pour les personnes en grande difficulté.

Si les signaux d'alerte ou/et le débat n'ont pas convaincu l'entreprise de la présence du risque, il est possible de passer par une étape intermédiaire, le prédiagnostic – interne ou externe – pour rassembler les informations, faire émerger le risque et aboutir à un consensus social dans l'entreprise attestant que le risque est bien présent. Les indicateurs vont porter notamment sur l'absentéisme, le taux de rotation des salariés (*turn-over*), les symptômes de stress, les plaintes de mal-être, l'augmentation des consultations spontanées auprès du médecin du travail, l'augmentation de certaines pathologies en lien avec le stress, etc.

Le groupe projet, cheville ouvrière

Une fois cette phase de repérage des signaux d'alerte effectuée, dans la plupart des cas, l'entreprise met en place un projet spécifique porté par le groupe projet qui va suivre et soutenir la démarche, notamment la phase de diagnostic approfondi. Moment crucial, la restitution des résultats du diagnostic : ceux-ci doivent être validés et appro-

priés par les acteurs de l'entreprise pour aboutir à un plan d'actions de prévention. Les ressources extérieures sollicitées doivent alors se mettre en retrait car l'élaboration du plan d'action relève des acteurs de l'entreprise, les mieux placés pour décliner les résultats en plan d'action adapté. Enfin, pour que la démarche soit complète, un suivi des actions engagées est nécessaire.

La démarche de prévention du stress et des risques psychosociaux présentée ci-dessus est le résultat de cinq années de travaux à l'INRS, en relation avec le réseau des caisses régionales d'assurance maladie ; chaque caisse dispose en effet d'une personne-ressource sur le stress et les risques psychosociaux. L'INRS a également produit des outils de sensibilisation ou méthodologiques pour la prévention primaire dans l'entreprise (3-5). Tout dépend désormais de la mobilisation des entreprises et des acteurs du champ (caisse régionale d'assurance maladie, réseau Anact/Aract, consultants).

Valérie Langevin

Psychologue du travail, chargée d'assistance et de conseil sur les risques psychosociaux, Institut national de recherche et de sécurité (INRS), Paris.

► Références bibliographiques

- (1) Mercier M., François M. *Approche psycho-ergonomique du stress au travail. 3. Prévention/gestion du stress : analyse bibliographique*. Note scientifique et technique 204. INRS, 2001 : 43 p.
- (2) Brun J.-P., Biron C., Ivers H. *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail*. Montréal : IRSST, Études et recherches/Rapport R-514 ; 2007 : 78 p.
- (3) Dossier thématique « Stress au travail » sur le site : <http://www.inrs.fr/dossiers/suicide.html>
- (4) *Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention*. Paris : INRS, ED 6011 ; 2007 : 36 p. Brochure en ligne au format pdf sur : <http://www.inrs.fr>
- (5) *Dépister les risques psychosociaux. Des indicateurs pour vous guider*. Paris : INRS, ED 6012 ; 2007 : 48 p. Brochure en ligne au format pdf sur : <http://www.inrs.fr>

Entreprises : développer la prévention, en amont

Comment prévenir le stress sur le lieu de travail ? Quels sont les leviers des actions de prévention mais aussi les freins ? La table ronde consacrée à ce sujet lors des Journées de la prévention 2008 de l'INPES¹ a pointé l'insuffisance de la prévention mais souligné une prise de conscience et la volonté d'aller vers un changement.

Il semble que les actions de prévention – et notamment les actions de prévention primaire – soient moins développées en France que dans d'autres pays. La France est-elle vraiment en retard en la matière ? Si oui, quels sont les obstacles qui freinent aujourd'hui ce développement de la prévention ? Selon Patricia Maladry, médecin inspecteur du travail à la Direction générale du travail, le retard de la France est tout relatif puisque les directives européennes sur le harcèlement moral ont été mises en œuvre dès 2000 et que, dès 2001, la législation française a imposé à l'employeur l'obligation de mettre à jour un document unique d'évaluation des risques pour assurer la sécurité et protéger la santé « physique et mentale » des travailleurs. Le Plan Santé et Travail, lancé en 2005, a prévu de « mobiliser les services de santé au travail pour mieux prévenir les risques psychosociaux ». Un rapport sur les risques psychosociaux, introduisant le débat, a été remis au ministre à sa demande. Les négociations pour transposer à la France la directive européenne sur le stress sont aujourd'hui bien avancées mais la mise en place de mesures concrètes dans les entreprises reste difficile.

Pour Christophe Bernard, médecin à la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA) : « La prévention du stress au travail en France est réelle, mais elle demeure surtout le fait des préventeurs et des spécialistes ; les responsables d'entreprise n'ont pas encore pris la dimension du stress à sa juste mesure. Seules les conséquences dramatiques comme les suicides ou tentatives sont identifiées. Les conséquences du stress en termes de santé sont largement méconnues et sous ou non évaluées. »

Les experts s'accordent à reconnaître que l'évolution des organisations de travail, la complexité du phénomène de stress, la difficulté de sa mise

en évidence nuisent à sa prévention. Le modèle de la prévention est souvent construit sur un modèle consistant à dire qu'il existe une rencontre entre un danger et une personne ; or, comme le souligne Michel Berthet, responsable du département Homme au travail à l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), « les éléments psychosociaux renvoient aux éléments du travail que nous ne pouvons déterminer comme dangereux. Nous devons changer de paradigme, car nous avons là un risque en apparence sans danger mais néanmoins un vrai risque. » À cet égard, la difficulté de remettre en cause l'organisation du travail a été souvent citée. « Nous sommes face à un risque complexe, qui suscite des interrogations entre balance collective et balance individuelle ; il faut veiller à traiter ce risque avec et non pas contre le management », a indiqué Jean-Baptiste Obéniche, directeur de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact).

Quels peuvent être les leviers pour faciliter la mobilisation des entreprises ? Trois points essentiels ont été mis en avant :

- l'observation des situations : « Au sein des mêmes branches professionnelles, on note que les effets produits en termes de stress ne sont pas nécessairement identiques d'une entreprise à l'autre. Sans doute devons-nous être en capacité d'observer ces différences et de nous doter d'outils. Un observatoire n'est pas forcément ce qui pousse à agir mais ce qui peut au moins pousser à regarder » (Jean-Baptiste Obéniche, Anact) ;
- l'attention portée aux demandes et aux changements : « Tout changement devrait susciter une réflexion, de façon à ce que nous puissions développer une forme de pronostic, en opposition au diagnostic. Les questions doivent se réfléchir en amont, entre les acteurs chargés de prendre des décisions, ceux



© MOODBOARD/CORBIS

qui auront à les mettre en œuvre et ceux qui les appliqueront » (Michel Berthet, INRS) ;

- la formation et la sensibilisation : tous les participants se sont accordés sur l'importance capitale de construire des outils et de former tous les acteurs de l'entreprise à la prévention ;
- appuyer les partenaires sociaux au niveau des confédérations mais aussi au niveau des unions régionales, des unions départementales et des branches ;
- outiller les directeurs des ressources humaines, les managers ;
- renforcer les compétences du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Le ministère du Travail souhaite renforcer la multidisciplinarité. Il a notamment rappelé l'importance accordée à la fiche d'entreprise concernant le médecin du travail, la réalisation des documents uniques par les employeurs, l'étude des modalités d'intervention dans les entreprises des agents de contrôle du ministère du Travail.

Nous retiendrons ces quelques mots de fin sur l'unanimité de se saisir de la question de la prévention du stress au travail. « *Les entreprises ont tout à perdre lorsque les individus vont mal, et il faut les en convaincre* » (Christophe Bernard, MSA). « *Il convient de sortir l'entreprise de l'idée selon laquelle le risque doit être révélé pour agir* » (Michel Berthet, INRS). « *Nous ne convainçons pas les entreprises uniquement en leur disant qu'elles doivent s'occuper de leurs salariés, mais en leur montrant qu'il y a des enjeux financiers. La question des risques psychosociaux, du stress au travail et de la prévention est transversale ; elle croise les questions de santé publique* » (Jean-Baptiste Obéniche, Anact). « *Ces journées ont montré, de par le nombre de personnes présentes, que le sujet existe et que tout le monde accepte d'en parler, qu'il s'agisse des DRH, des membres de CHSCT, des médecins du travail, des ergonomes, des institutions. Les différents acteurs commencent à se rapprocher pour avoir des langages compréhensibles par tous* » (Patricia Maladry, ministère du Travail). « *Quels que soient notre métier, nos responsabilités, je nous souhaite de pouvoir travailler à une organisation et des relations dans l'entreprise porteuses de mieux-être pour ceux qui y travaillent* » (René Demeulemeester, INPES, animateur de la table ronde).

Colette Ménard

Psychosociologue, direction des Affaires scientifiques, INPES.

Bernard Siano

Responsable du département Études et assistance médicales, INRS, Paris.

1. 4^e Journées de la prévention de l'INPES, 10-11 avril 2008, interventions accessibles en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/JP/cr/2008/s6.htm>

Accord national contre le stress au travail

Depuis une dizaine d'années, le stress apparaît comme l'un des risques majeurs auxquels les entreprises doivent faire face. Selon la quatrième enquête européenne sur les conditions de travail (1), 22,3 % des travailleurs européens déclarent que leur travail affecte leur santé en occasionnant du stress ; 28,2 % des actifs occupés de 16-65 ans selon le Baromètre santé 2005 de l'INPES (2).

Lors de la deuxième conférence sociale sur les risques psychosociaux, le ministre du Travail, Xavier Bertrand, a indiqué qu'il entendait donner, en France, une nouvelle impulsion à la prévention des risques psychosociaux. Parmi les différentes mesures préconisées par le rapport Nasse-Légeron (3), le ministre a mis l'accent sur la nécessité de :

- mettre rapidement en place une enquête nationale permettant de disposer d'un « indicateur global » du stress en France (l'enquête serait pilotée par l'Insee) ;
- mieux accompagner les entreprises et particulièrement les TPE-PME dans leurs actions de prévention ;
- recommander des actions pilotes dans la Fonction publique ;
- outiller les « acteurs de l'entreprise » de référentiels de prévention. Un site Internet unique devrait être mis en place ;
- renforcer l'expertise et le rôle de saisine des CHSCT.

L'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008, en cours de signature par les partenaires sociaux, vise à transposer en France l'accord-cadre européen du 8 octobre 2004 (4, 5). Les parties en présence ont retenu la définition du stress au travail proposée par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail : « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne

a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». Si « le stress n'est pas une maladie, une exposition prolongée... peut réduire l'efficacité au travail et causer des problèmes de santé. » En termes de liens entre stress et santé, les résultats du Baromètre santé 2005 (2) attestent en effet d'une augmentation significative de la prévalence des troubles du sommeil, des troubles alimentaires, du recours aux médicaments psychotropes, des pensées suicidaires et des épisodes dépressifs caractérisés parmi les salariés se déclarant stressés par leur travail, leur situation ou vie professionnelle (voir Tableau).

L'accord national interprofessionnel met l'accent sur la responsabilité des employeurs en matière de prévention du stress professionnel et sur la démarche d'évaluation des risques. Les accords de branche et les accords d'entreprises ne peuvent déroger aux dispositions du présent accord que dans un sens plus favorable aux travailleurs.

Colette Ménard

Psychosociologue, direction des Affaires scientifiques, INPES.

(1) Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. European foundation for the improvement of living and working conditions. Dublin : IRL. Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail 2005.

En ligne : <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ewcs2005/index.htm>

(2) Ménard C., Léon C. *Activité professionnelle et santé, quels liens ?* In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir). *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 414-44.

(3) Nasse P., Légeron P. *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, remis à Xavier Bertrand, ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, le 12 mars 2008* : 42 p.

En ligne : <http://www.travaillolidarite.gouv.fr/>

(4) Mouvement des entreprises de France (Medef), Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME), Union professionnelle artisanale (UPA), Confédération française démocratique du travail (CFDT), Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE-CGC), Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC), Confédération générale du travail-Force ouvrière (CGT-FO), Confédération générale du travail (CGT). *Accord national interprofessionnel sur le stress au travail*. Paris, le 2 juillet 2008.

En ligne : <http://www.anact.fr/>

(5) European trade union confederation (Etuc), Union of industrial and employers' confederations of Europe (Unice), European association of craft small and medium-sized enterprise (UEAPME), European centre of enterprises with public participation and of enterprises of general economic interest (CEEP). *Social dialogue. Work-related-stress. Framework agreement on work-related stress*. Bruxelles, le 8 octobre 2004.

En ligne : <http://www.etuc.org>

Liens entre troubles de santé et stress déclaré en relation avec le travail ou la vie professionnelle (en pourcentage)

	Population stressée par son travail ou sa vie professionnelle	Population non stressée
Consommation de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois	16,8	8,4
Épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois	8,6	5,6
Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois	5,6	3,1
Troubles du sommeil au cours des huit derniers jours	51,4	33,0
Ont, au cours des douze derniers mois, redouté très ou assez souvent de commencer à manger	2,3	1,4
Ont, au cours des douze derniers mois, eu très ou assez souvent envie de manger énormément	13,4	10,6
N'ont, au cours des douze derniers mois, eu aucune envie de manger	8,6	7,4
Ont manqué d'appétit au cours des douze derniers mois	8,7	6,9

Comment réduire les inégalités sociales de santé ?

Illustrations : **Pascal Finjean**

Dossier coordonné par **Marie-José Moquet**, médecin, chef du département Qualité des pratiques et formation, direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique (Ddeset), INPES.

Promouvoir la santé, pour réduire les inégalités

Les inégalités sociales de santé sont le fruit de « *l'injustice sociale qui tue à grande échelle. Les réduire est un impératif éthique* », indiquait l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en septembre 2008 dans son rapport sur les déterminants sociaux de santé¹. Avec ce plaidoyer international, l'OMS interpelle les gouvernements mais aussi l'ensemble des acteurs (organismes nationaux, internationaux, chercheurs, société civile, etc.) et les appelle à se mobiliser pour assurer l'équité de la santé des populations. Les connaissances sur les déterminants sociaux des inégalités de santé démontrent en effet amplement que les inégalités dépendant aussi du niveau de cohésion sociale et concernent donc l'ensemble des politiques publiques.

La France enregistre les écarts de mortalité parmi les plus importants entre catégories socioprofessionnelles ; la réduction des inégalités sociales de santé y est donc un enjeu majeur. Parmi les multiples études publiées sur les inégalités, le dernier *Baromètre santé* de l'INPES, rendu public en avril 2008 – et qui étudie périodiquement les attitudes et comportements des Français face à la prévention –, montre bien qu'il existe un « gradient social » tant dans l'adoption de comportements favorables à la santé que dans la réceptivité aux messages de prévention. Aussi, afin de ne pas creuser les écarts, l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé doit être pris en compte et totalement intégré dans le développement des actions d'éducation et de promotion de la santé. Cet objectif est en adéquation avec les valeurs de solidarité et de justice sociale qui font partie des fondements de la promotion de la santé.

Pour sa part, l'INPES s'est engagé à intégrer la prise en compte de la réduction des inégalités sociales de santé

dans l'ensemble de ses programmes. Il participe aussi au projet européen « *Closing the gap* », et à son successeur « *Determine* » (cf. article publié dans *La Santé de l'homme* n° 395), tous deux mutualisant les connaissances et pratiques de réduction des inégalités. Par ailleurs, l'INPES a, lors de ses Journées annuelles de la prévention, en avril 2008, consacré une session spécifique aux inégalités sociales de santé. Les interventions d'experts et les débats ont fait émerger des analyses interdisciplinaires, et ont aussi permis de question-

La France enregistre les écarts de mortalité parmi les plus importants entre catégories socioprofessionnelles ; la réduction des inégalités sociales de santé y est donc un enjeu majeur.

ner les politiques publiques, le rôle du système de soins, les partenariats, les enjeux de l'évaluation, etc. C'est la richesse des présentations et des échanges – avec des intervenants venus du Royaume-Uni, des États-Unis, de la Suède, des Pays-Bas et du Canada – qui nous a incités à élaborer ce dossier de *La Santé de l'homme*. Sur trente pages, voici donc une synthèse de l'état des connaissances scientifiques ainsi que la genèse des inégalités sociales de santé, des analyses et aussi des pratiques de terrain, le tout constituant la quadrature de ce dossier. Ce dossier ne pouvant donner qu'un aperçu de l'expertise présentée, les interventions des experts sont par ailleurs accessibles en ligne sur le site Internet de l'INPES (dans la

rubrique « Journées de la prévention ») pour ceux qui souhaitent aller plus loin.

Les exemples d'interventions présentés, sans avoir valeur de normes, montrent que des actions sont possibles et aident à réduire des inégalités. D'où l'opportunité mais aussi l'urgence pour tous les intervenants – professionnels de la santé, de l'éducation et du social – de développer et partager les connaissances sur les stratégies/méthodologies d'intervention et les actions susceptibles d'infléchir efficacement ces disparités.

Au-delà des multiples initiatives et programmes mis en œuvre à l'échelle d'un territoire, tous les experts ont insisté sur le fait que la réduction des inégalités de santé passe par la mise en œuvre de politiques nationales intersectorielles ; elles seules peuvent durablement réduire le fossé entre les catégories sociales et niveaux professionnels. Un sujet de réflexion pour les Journées annuelles de santé publique (Jasp)², qui se déroulent en novembre au Canada : ce dossier de *La Santé de l'homme* y sera largement diffusé afin de mutualiser analyses et expériences, vues de France. Dans le cadre de ces Jasp, en effet, une « rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé » réunira nombre d'experts venus du monde entier.

Marie-José Moquet

Médecin, chef du département Qualité des pratiques et formation, Ddeset, INPES.

1. Commission des déterminants sociaux de la santé (Organisation mondiale de la santé). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : OMS, 2008 : 36 p.

En ligne : http://wbqlibdoc.wbo.int/bq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf

2. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/asp/fr/jasp_accueil.aspx?sortcode=1.55.58.61.62

Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples

À 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie inférieure de sept ans à celle d'un cadre. D'où proviennent les inégalités sociales de santé ? Outre la classe sociale, les comportements individuels à risque, de multiples déterminants sociaux autres jouent un rôle dans la construction des inégalités. État des connaissances.

La France et les pays de niveau socio-économique équivalent ont connu une importante amélioration de l'état de santé de leur population, comme en attestent des indicateurs de santé publique : allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile, etc. Pourtant, les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable. L'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées. Par exemple, en France, les cadres ont gagné plus d'années de vie que les ouvriers : à ce jour, à 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie réduite de sept ans par rapport à celle d'un cadre ou d'un professionnel libéral. Cet écart est de trois ans pour les femmes. Ce constat des différences de mortalité entre catégories socioprofessionnelles a été fait, en France, depuis les années 1970, avec les travaux de l'Insee. Même constat si l'on analyse les différences entre catégories socioprofessionnelles pour les indicateurs de morbidité, de santé perçue, d'incapacités ou d'invalidité, ou pour des pathologies spécifiques... (enquêtes et études de l'Insee, l'Irdes, l'Inserm, la Drees, etc.) (1-6). À souligner, ces écarts de mortalité selon la catégorie socioprofessionnelle se sont aggravés chez les hommes, alors qu'ils demeurent stables pour les femmes. Par ailleurs, au sein même du pays, s'ajoutent des disparités régionales. En France, un gradient Nord-Sud existe, en défaveur du Nord. L'espérance de vie d'un homme vivant en Ile-de-France est la plus élevée, soit 77 ans, alors qu'elle n'est que de 73 ans dans le Nord-Pas-de-Calais (pour les femmes, elle est respectivement de 84 ans contre 81 ans).

Constat partagé

Ce phénomène d'inégalités est également observé dans tous les pays, riches ou en développement (7, 8). Dans son exposé, lors des Journées de la prévention, le professeur S. Leonard Syme rappelait qu'au États-Unis un homme noir habitant à Harlem a quinze années d'espérance de vie de moins qu'un homme blanc vivant à quelques kilomètres, dans le quartier des musées de New York City. Bien évidemment, les écarts varient selon les pays, selon leur situation économique et selon les indicateurs analysés. En Europe, la France fait partie, avec la Finlande, des pays qui enregistrent les plus grands écarts.

Gradient social

Il existe donc un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. Ce constat ne concerne pas seulement les personnes les plus défavorisées, en situation de précarité ou de pauvreté. Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres. Même si les écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée sont les plus grands, les épidémiologistes ont pu objectiver des écarts existant pour l'ensemble de la hiérarchie sociale. Les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure¹. Ce phénomène est résumé par le terme de « gradient social » des inégalités de santé. Il n'existe pas une définition universelle des inégalités

sociales de santé, terme qui n'est pas répertorié dans les lexiques ou glossaires de santé publique ou de promotion de la santé disponibles. Si l'on se réfère à la définition des inégalités de santé de la BDSP², par similitude, on pourrait écrire que les inégalités sociales de santé sont des « *différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé* » observées entre des groupes sociaux.

Rôle des déterminants sociaux de la santé

L'épidémiologie clinique a permis de faire des progrès dans l'identification de facteurs de risque (par exemple, l'alcool, le tabac, etc.) responsables de pathologies clairement identifiées comme les premières causes des décès en France (cancer, pathologies cardiovasculaires, etc.). Aussi, les inégalités semblaient trouver là une explication simple et une solution tout aussi simple, inciter les populations à ne pas adopter des comportements à risque. Mais, aussi troublant que cela puisse paraître, les comportements individuels ne sont pas le facteur qui prédomine pour expliquer les inégalités constatées. Ces facteurs individuels de risque ne peuvent pas à eux seuls expliquer les différences sociales de santé. Le recours à cette seule explication a été remis en cause par différents travaux de recherche, dont les travaux de chercheurs britanniques³ qui ont montré qu'au mieux le mode de vie expliquerait un tiers des écarts constatés. Il ressort de ces études, corroborées par des travaux similaires sur la population française⁴, qu'il faut chercher ailleurs des explications.

L'importance des facteurs sociaux

En effet, à facteurs de risque égal au regard des comportements individuels, d'autres facteurs pour lesquels un lien direct n'est pas établi (comme l'est, par exemple, le lien entre tabac et cancer du poumon) apparaissent statistiquement liés à l'état de santé. Ces facteurs, appelés déterminants sociaux de la santé, sont multiples, semblent agir en interactions complexes et avoir un lien avec la répartition socialement observée des comportements défavorables à la santé. Les travaux de recherche en épidémiologie sociale apportent des éclairages nouveaux sur les déterminants sociaux, qui bousculent l'approche biomédicale

de la santé, prédominant en France, et qui interpellent les fondements sociaux de la société (9). Dans son rapport de 2002, le Haut Comité de la santé publique prenait la mesure du rôle du social : « ... les inégalités sociales de santé constituent ainsi l'une des facettes (et une conséquence) des inégalités sociales ». Des spécialistes de la question réunis par l'INPES l'ont également rappelé lors des Journées de la prévention. Leurs propos et les exemples illustrant ce regard croisé Angleterre, États-Unis, Suède, Pays-Bas, Canada... (voir l'article d'Yves Géry) confirment que les inégalités naissent avant tout dans l'organisation sociale et politique des pays.

Le modèle descriptif le plus récent qui rassemble l'ensemble des déterminants reconnus est celui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) présenté dans le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé (7, 8, 10). Il est fondé sur les interactions que des déterminants dits « structurels » des inégalités sociales de santé ont avec des déterminants dits « intermédiaires » de l'état de santé.

Principaux déterminants des inégalités

Les déterminants structurels sont ceux qui sont liés au contexte politique et économique du pays. Ils influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, de ses origines ethniques. On y trouve : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société, les revenus, l'éducation, l'occupation, la puissance, le prestige, etc. Ces déterminants ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

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

Creuset familial ou sociétal ?

Différentes théories explicatives existent et diffèrent selon l'importance donnée à l'un ou l'autre de ces déterminants. Certaines privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités. D'au-

tres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie (11). Ces courants ne sont pas exclusifs l'un de l'autre et sont même plutôt complémentaires. Dans une étude récente, une équipe de l'Irdes a montré que le milieu social d'origine et l'état de santé des parents influent sur l'état de santé des enfants à l'âge adulte. Cependant, cette situation défavorable peut être partiellement compensée si la personne atteint un niveau d'éducation supérieur à celui de ses parents (12). L'impact de la période de la petite enfance sur les inégalités mesurées à l'âge adulte est une piste très explorée. Par exemple, la mise en œuvre de certains programmes de prévention précoce dans la petite enfance a permis d'objectiver une réduction des inégalités de santé à l'âge adulte (13). Ces programmes ont en commun d'apporter un soutien aux parents et d'intervenir auprès des enfants afin de renforcer leurs capacités d'agir. Il s'agit de développer un certain nombre de compétences (maîtrise du langage, de la lecture, lutte contre l'échec scolaire, développement de l'estime de soi, etc.) qui visent à renforcer les capacités d'avoir un contrôle sur sa destinée. Ces travaux font écho au rôle

accordé aux facteurs psychosociaux, par opposition à la prédominance des facteurs matériels, dans la genèse des inégalités sociales de santé. Ces facteurs renvoient aux capacités d'agir des personnes : à savoir la capacité de participer pleinement à la vie sociale et le sentiment de maîtrise de sa destinée. Ces capacités sont d'autant plus élevées que l'on appartient à une catégorie socialement favorisée. Le sentiment de maîtrise de sa destinée était apparu comme un facteur explicatif des différences de l'état de santé dans les résultats des travaux sur la cohorte anglaise de Whitehall.

Comment le social passe sous la peau

Au-delà des hypothèses explicatives, nombreuses à ce jour, il existe désormais un consensus pour dire que tous ces déterminants interviennent, sans que l'on puisse expliquer complètement comment ils interviennent, si l'un prédomine sur l'autre ou comment les hiérarchiser. Notamment, « *la manière dont les inégalités produites par les sociétés s'expriment dans les corps, dont le social se transcrit dans le biologique* » (14) ou, autrement dit, « *comment le social passe sous la peau* » reste encore largement inexpliquée. Il y a donc nécessité pour la recherche de pour-

suivre ou d'amplifier, en France notamment, les travaux sur les facteurs explicatifs et leurs liens dans la genèse des inégalités sociales de santé (voir l'interview d'Alfred Spira). Les données de la recherche sont fondamentales afin de pouvoir proposer des stratégies d'actions efficaces mais la réduction des inégalités sociales de santé nécessite la mise en œuvre de politiques publiques intersectorielles (7, 8), comme l'ont rappelé les intervenants étrangers venus de pays qui figurent parmi ceux ayant une réflexion stratégique plus avancée sur ce sujet.

Marie-José Moquet

Médecin, chef du département Qualité des pratiques et formation, Ddeset, INPES.

1. En France, le classement de la population selon la profession et catégorie sociale se réfère à celui utilisé par l'Insee. Site Insee : <http://www.insee.fr>
2. Quatre cents concepts de santé publique et de promotion de la santé.
En ligne : <http://www.bdsp.esesp.fr/Glossaire/Default.asp>
3. La cohorte de Whitehall I a été constituée en 1967-1969. Elle incluait 19 015 hommes fonctionnaires britanniques âgés de 40 à 69 ans, qui ont fait l'objet d'un examen clinique et leur mortalité a été suivie jusqu'en 1987. En 1985, une nouvelle cohorte Whitehall II a inclus 10 308 sujets. Travaux de M. Marmot.
4. La cohorte Gazel a été constituée en 1989. Elle est composée de 20 625 agents d'EDF-GDF volontaires (15 011 hommes et 5 614 femmes), âgés de 35 à 50 ans à l'inclusion et qui seront suivis jusqu'à leur décès.

► Références bibliographiques

(1) Michel É., Jouglia É., Hatton F. *Mourir avant de vieillir*. Insee Première, n° 429 ; février 1996 : 4 p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP429.pdf

(2) Monteil C., Robert-Bobée I. *Les différences sociales de morbidité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes*. Insee Première, n° 1025 ; juin 2005.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1025.pdf

(3) Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Inserm-La Découverte, coll. Recherches, 2000 : 448 p.

(4) Jouglia É., Rican S., Pequignot F., Le Toulec A. *Disparités sociales de mortalité*. La Revue du praticien 2004 ; 20 (54) : 2228-32.

(5) Drees. *Disparités régionales de santé. À partir des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*. Décembre 2006.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees/disparites/disparites.pdf>

(6) Drees. *L'état de santé de la population en France, en 2006*. Drees, décembre 2006.
En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/drees>

(7) OMS. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Commission on social determinants of health (CSDH). Final Report, août 2008.

(8) OMS. *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Commission on social determinants of health (CSDH). Résumé analytique du rapport final, août 2008.

(9) Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. *Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé*. Sciences sociales et santé, 2002 ; n° 4 (20) : 75-128.

(10) OMS. *A Conceptual Framework for action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health (CSDH). Discussion paper for the Commission*

on social determinants of health. Draft, April 2007.

(11) Aiach P., Fassin D. *L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé*. La Revue du praticien 2004 ; 20 (54) : 2221-27.

(12) Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. *Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents*. Questions d'économie de la santé, n° 118, février 2007.
En ligne : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2007.html>

(13) Paquet G. *Partir du bas de l'échelle. Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*. Montréal : Les Presses de l'université de Montréal, 2005 : 152 p.

(14) Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., Leclerc A. *Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé*. In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Inserm-La Découverte, coll. Recherches, 2000 : 13-24.

États-Unis, Bénin, France : des programmes adaptés aux inégalités

À San Francisco, un programme de promotion de la santé aide les chauffeurs de bus à être moins stressés. Au Bénin, des « centres féminins » forment les jeunes filles pour leur fournir un travail et éviter les mariages forcés. En France, le département de Seine-Saint-Denis a mis en place un dispositif de prévention et d'accès aux soins pour les moins favorisés. À Grenoble, le dentiste municipal dépiste les caries dans les quartiers défavorisés et accompagne les enfants vers les soins. Focus sur quelques pratiques qui ont pour point commun de vouloir réduire les inégalités sociales de santé.

Donner un aperçu des pratiques de promotion de la santé visant à réduire les inégalités sociales de santé, tant en France qu'à l'étranger : tel était l'un des objectifs des Journées de la prévention de l'INPES. Cet article présente une courte synthèse de quelques-unes de ces pratiques, au travers d'actions concrètes (pour les politiques publiques mises en œuvre, voir l'article de Pierre Larcher). Premier constat : la réduction des inégalités sociales de santé s'apparente à un défi, comme l'a fait remarquer le professeur d'épidémiologie et santé communautaire américain S. Leonard Syme. Si aucune recette n'existe, il y a plusieurs exigences préalables à respecter : poser un diagnostic rigoureux de la situation, ne pas se contenter de vouloir influencer sur les comportements individuels, prendre en compte les « pressions sociales », travailler en partenariat, y compris avec les populations concernées.

Chauffeurs hypertendus de San Francisco

Exemple : l'équipe du professeur Syme a mis en œuvre un programme de promotion de la santé pour les chauffeurs de bus de San Francisco, qui souffrent majoritairement d'hypertension. Interrogés, les chauffeurs ont commencé par évoquer des douleurs de dos ; rapidement, d'autres problèmes de santé ont été identifiés : gastro-intestinaux, alcoolisme. Le projet a été réorienté pour identifier les causes, ce qui a permis de découvrir que c'était le rythme de travail qui était trop dur : on leur demandait d'effectuer leurs trajets dans un laps de temps matériellement impossible. À partir de ce constat, un

programme de promotion de la santé prenant en compte les véritables déterminants a été mis en place à leur profit, incluant une réorganisation du travail.

Autre règle de base énoncée par ce sociologue : « *Traiter les questions fondamentales qui préoccupent les personnes avec lesquelles on travaille.* » Et d'illustrer son propos avec un programme débuté en... 1962, au Michigan, auprès d'enfants âgés de 3 à 4 ans issus de familles défavorisées : à leur arrivée à l'école, et pendant deux années, ces enfants ont bénéficié d'un programme suivi de promotion de la santé ; ils ont en particulier pu exprimer ce qu'ils souhaitaient faire et les établissements ont mis à leur disposition les ressources pour y parvenir. Ces enfants ont été retrouvés à leurs 18 ans, et le constat a été fait qu'ils étaient nombreux à avoir obtenu le baccalauréat et à avoir accédé à l'université. Ces résultats positifs ont été encore plus impressionnants lorsqu'ils ont été revus à l'âge de 28, puis de 38 ans.

Actions novatrices au Bénin

Partir du possible, s'attaquer aux vraies causes : c'est le fil d'Ariane que l'on retrouve au travers de ces actions menées ici ou ailleurs. Apollinaire Hounghin a présenté la stratégie d'action du Bénin pour lutter contre le travail des enfants et les inégalités sociales de santé au sein de cette population. 62 % des enfants de 6 à 14 ans travaillent, la plupart privés de possibilité d'éducation et exploités. Les filles qui travaillent n'ont jamais fréquenté l'école ou l'on abandonné, « *non pour des difficultés d'as-*

similation mais à cause des difficultés économiques des parents ». Ce travail et cette non-instruction ont des conséquences sanitaires bien connues : *a contrario* le niveau de mortalité infantile diminue lorsque le niveau d'instruction de la mère augmente. Pour remédier à cette situation, le Bénin a mis en place plusieurs actions novatrices, parmi lesquelles la création de « centres féminins » qui forment les jeunes filles et leur fournissent un travail leur permettant de rester dans les villages. Douze mille jeunes filles issues de familles pauvres en ont bénéficié. Formées à la couture, à la coiffure, à la peinture ou au tissage, elles sont mieux insérées socialement. Ces centres évitent également un mariage forcé précoce, y compris chez des très jeunes. « *Ces stratégies visent à réduire les inégalités sociales de santé, notamment au niveau des enfants. Les actions sont basées sur le développement des capacités personnelles, comment former les individus à mieux se comporter, à mieux se défendre dans la société.* » Si, depuis quelques années, au Bénin, des résultats ont été obtenus dans le domaine de l'éducation et de la santé, « *les clignotants sont au rouge dans des secteurs comme le chômage des parents, la sécurité alimentaire, l'analphabétisme et l'accès aux services de base, surtout en milieu rural* ». R. A. Hounghin pointe aussi l'absence de cohérence dans les actions : il n'y a pas de coordination pour mesurer l'impact de ces différentes actions sur la santé et le bien-être des enfants. Cependant, des choix politiques récents vont dans le sens d'une réduction des inégalités : depuis 2007, l'enseignement primaire est gratuit au Bénin et, sur la

première année, trois cent mille enfants ont ainsi pu aller à l'école.

Seine-Saint-Denis : maillage territorial de prévention

S'il est un département en France qui a une expérience en matière de réduction des inégalités sociales de santé, c'est celui de la Seine-Saint-Denis, parmi les plus pauvres du pays. Michèle Vincenti, médecin au service prévention/action sanitaire du conseil général a exposé les avancées mais aussi les limites de la stratégie mise en œuvre localement depuis près de trente ans, le premier programme de prévention bucco-dentaire ayant été mis en place en 1984 sur la base des recommandations de l'OMS. Deux ingrédients de départ sont impératifs : pérennité de l'action et partenariats. L'orientation de l'action départementale de santé publique était clairement définie dès l'origine : « *Offrir des dispositifs pour l'ensemble de la population, avec gratuité et proximité* », d'où un maillage sur le territoire de centres de dépistage et de prévention, « *hérités de la lutte contre la tuberculose mais que le département a souhaité conserver* » pour l'accueil et la prise en charge du public.

Dans la panoplie d'actions mises en œuvre : des programmes de périnatalité et de protection maternelle et infantile, des ateliers Santé-Ville (*voir article de Laurent El Ghozi*), un état des lieux partagé avec la population. Et trois exemples de partenariats : le programme de prévention bucco-dentaire réalisé avec l'Éducation nationale et les Villes ; la prévention des cancers avec un partenariat structuré dans un groupement d'intérêt public et réunissant acteurs locaux, État, Assurance Maladie, professionnels, scientifiques ; la promotion des vaccinations et la lutte contre la tuberculose, en partenariat avec les hôpitaux et les professionnels. L'enjeu est désormais de parvenir à réunir les moyens financiers nécessaires pour faire face aux besoins locaux, dans un département qui cumule les inégalités sociales de santé au regard des indicateurs et des déterminants, comme l'a souligné Michèle Vincenti.

Grenoble : soins dentaires pour les enfants défavorisés

Les communes peuvent faire beaucoup pour réduire les inégalités sociales de santé. À condition de mener des

actions structurantes inscrites sur le long terme. Parmi les exemples d'actions présentées, celle de Grenoble, ou comment rendre efficaces la prévention et le suivi des caries dentaires dans les écoles des quartiers défavorisés. François-Paul Debionne, médecin directeur de la santé publique dans cette ville, a souligné qu'une telle action de réduction des inégalités exigeait : des moyens financiers, un maillage territorial complet, du temps et du suivi... sans oublier de l'audace et de la détermination. Grenoble a la particularité d'être dotée d'un important service de santé (96 personnes), idem pour le service de santé scolaire (54 personnes dont 20 assistantes sociales). Le constat de départ : un état de santé dentaire des enfants de grande section maternelle/CM2 « *considérablement* » dégradé dans les quartiers défavorisés.

Le programme de dépistage et d'accès aux soins mis en place inclut :
– le dépistage par le dentiste de la santé scolaire aidé par une assistante dentaire, qui voit tous les enfants (grande section maternelle, CM1, CM2) ;
– au-delà d'un certain taux de caries soulignant la nécessité de soins rapides, les parents sont prévenus, un accès aux soins est organisé et le dentiste soignant prévient le service de prévention santé une fois l'enfant soigné. Un accompagnement et un soutien permettent d'amener les parents à faire les démarches nécessaires ou, en tout cas, de les inciter. Une partie importante des dégâts dentaires constatés chez ces petits est imputable au « syndrome du biberon », ces enfants qui passent la nuit avec un biberon d'eau sucrée dans la bouche,

pratique catastrophique puisque certains ont jusqu'à seize dents cariées sur vingt. Ce programme de dépistage/accès aux soins a permis « *à huit enfants sur dix atteints de ce syndrome du biberon d'être réellement soignés* », souligne F.-P. Debionne. Grâce largement au travail d'interpellation des structures de soins par l'assistante dentaire ;
– dépistage et accès aux soins sont complétés par des séances d'éducation pour la santé dans les classes, sur la vie des dents, l'alimentation et le brossage.

Bilan : pendant le premier trimestre 2008, 1 100 enfants ont été dépistés dans les quartiers défavorisés, dont 5% avaient des problèmes qualifiés de « très sérieux » et 35% qui nécessitaient des soins. Les plus grandes difficultés rencontrées ? Obtenir l'adhésion des parents à la démarche de soins. Et les cas fréquents d'abandon de soins. La carie dentaire est un marqueur social. Au-delà de ce programme local, F.-P. Debionne a rappelé l'exigence posée par Stéphanie Tubert-Jeannin, enseignante en chirurgie dentaire à Clermont-Ferrand : « *Il faudrait un service de santé publique dentaire en France* ». D'où l'humilité du porteur du programme grenoblois : « *Nous bricolons* ». Mais le bilan est là. Parmi les éléments à retenir, la capacité des professionnels de santé scolaire à faire bouger les structures soignantes : « *Il y a une responsabilité particulière d'un service de prévention à mobiliser les services de soins pour que le dépistage soit effectivement suivi de soins ; c'est un devoir éthique* ».

Yves Géry

Le rôle du politique dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

Quelles politiques publiques pour lutter contre les inégalités ? Pierre Larcher souligne que, souvent, les inégalités sociales de santé ne sont pas prises en compte au niveau des politiques nationales. Toutefois, au Québec, une loi sans équivalent ailleurs oblige les pouvoirs publics à prendre en compte la promotion de la santé dans toute action. En Suède, les déterminants de santé sont pris en compte dans l'ensemble des politiques. En France, au niveau des communes, les ateliers Santé-Ville montrent comment les élus locaux peuvent agir.

Le constat d'une inégalité sociale devant la mort est ancien, relevé dès avant la fin du XIX^e siècle : Aaron Antonovsky rapporte qu'en 1865, à Rhode Island, le taux annuel de mortalité était de 10,8 ‰ pour l'ensemble de la population imposable, alors qu'il atteignait 24,8 ‰ pour les personnes non imposables (1). Ce rapport du simple au double se retrouve à la même époque au Danemark : à Copenhague, le taux de mortalité était de 16,5 ‰ pour les hommes « riches », et de 31 ‰ pour les « pauvres ». En France, il faut attendre 1912 pour bénéficier de la première étude française portant sur l'ensemble de la population (2). Dès cette époque apparaît clairement la grande inégalité devant la mort, qui semble dépendre de facteurs davantage économiques et sociologiques que proprement professionnels (3). À partir de ce moment, cette question a été régulièrement documentée par les chercheurs et, depuis une vingtaine d'années, notamment en ce qui concerne les inégalités par pathologies.

L'évitement par les politiques

Pourtant, pour Pierre Aïach, chez les responsables politiques de droite comme de gauche, la prise en compte des inégalités sociales de santé n'est pas intégrée durablement dans les projets politiques. Elle apparaît comme absente du débat politique, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, comme l'Angleterre, par exemple. Il en attribue la raison au fait que « *lutter contre les inégalités, c'est s'attaquer à des intérêts en place qui sont liés très profondément à la nature du système économique et social du pays* » (4).

La politique économique et sociale a, de longue date, pris en compte la lutte contre l'exclusion, puis la lutte contre la fracture sociale. Il semble y avoir là une particularité française à focaliser sur les extrêmes, oubliant par là-même que ce phénomène n'est pas une particularité des populations les plus pauvres. Par ailleurs, on a mis de plus en plus l'accent, depuis quelques décennies, sur les facteurs de risque liés au comportement individuel alors qu'ils ne sont pas le facteur prédominant dans la genèse des inégalités. Les déterminants tels que les conditions de vie (travail, habitat, transports, etc.), qui ont un impact beaucoup plus important sur les inégalités de santé, nécessiteraient un engagement politique national.

Ce qui se fait ailleurs

Au Québec, l'article 54 de la loi sur la santé publique de 2001 soutient le développement de politiques favorables à la santé de tous. Comme le dit Lyne Jobin¹, « *les décisions qui se prennent au ministère du Revenu, au ministère de l'Éducation, ou au ministère de la Solidarité sociale ont toutes un effet sur la santé des populations* ». L'article 54 donne au ministre de la Santé un rôle de conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. « *Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques publiques aptes à favoriser une amélioration de la santé et du bien-être de la population.* » Cela a conduit, d'une part, à l'implantation d'un mécanisme intra-gouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé, dans l'idée non pas de retirer une mesure mais de négocier des

mesures d'atténuation des effets potentiellement négatifs, avec la mise en place au ministère d'un réseau de répondants interministériels nommés au plus haut niveau des différents ministères et organismes. Ont été développés pour les autres ministères et organismes, et avec eux, des documents qui portent sur les déterminants de la santé et traduisent de manière très concrète et très pragmatique l'effet des décisions de leur secteur sur la santé de la population. D'autre part, a été fortement développé le transfert de connaissances, en consolidant les capacités de recherches interdisciplinaires. On est à la jonction des expertises en sciences politiques, en sciences de la santé, en santé publique. Le transfert de connaissances se fait vers les machines administratives plutôt que vers le politique car, comme le dit Lyne Jobin, « *les machines administratives vont influencer le politique* ». Au fil des ans, l'interpellation se fait de plus en plus en amont et l'on cherche à analyser les plans stratégiques des ministères pour voir, dans trois ou quatre ans, où ils vont être, ce qu'ils veulent développer, pour qu'on puisse les interpellier au tout début de leur réflexion.

En Suède, selon Bosse Pettersson², c'est en 2003 que le Parlement a voté une politique nationale de santé publique, fixant onze objectifs fondés sur les déterminants de la santé et le rôle des secteurs autres que celui de la santé. De manière très voisine du Québec, le ministre de la Santé publique préside un comité interministériel de haut niveau qui influe sur toutes les politiques. Un rapport en est fait au Par-

lement tous les quatre ans par l'Institut national suédois de santé publique. Comme au Québec, un certain nombre d'outils ont été mis au point pour que cette politique puisse se décliner jusqu'à l'échelon le plus local.

Des arguments fournis par la recherche

Une telle interpellation politique doit évidemment s'appuyer sur des résultats scientifiques. Aux États-Unis, Leonard Syme³ analyse les échecs récurrents des politiques de réduction des risques, comme le résultat logique d'une responsabilisation qui fait peser tous les efforts sur les individus, alors que continuent d'affluer de nouveaux individus soumis aux mêmes conditions et courant les mêmes risques, ce qui contraint à relancer sans arrêt les mêmes démarches sans le moindre espoir de succès, alors que s'adresser directement aux causes sociétales réduirait le problème à quelques cas particuliers. Les chercheurs sont pourtant, même en France, nombreux à s'y intéresser, à l'Inserm, à l'Irdes, au CNRS, dans les ORS, etc., et les colloques sur le sujet se multiplient. En France, des recherches récentes de l'Inserm sur les troubles musculo-squelettiques (TMS) du membre supérieur, une des pathologies les plus fréquentes au travail, ainsi que sur les lombalgies, ont montré que plus de la moitié des TMS et la quasi-totalité des lombalgies étaient expliquées par les expositions professionnelles très directement liées, par exemple, au niveau d'études des personnes exposées, selon Annette Leclerc⁴. Elle ajoute que de tels résultats, très diffusés au niveau international, semblent y rencontrer plus d'écho qu'en France, où cela n'est souvent mis à profit que par ricochet, plusieurs années après. Lyne Jobin confirme que ce transfert de connaissances, avec traduction dans un langage intelligible des décideurs politiques, est un enjeu majeur.

Une telle politique peut aussi s'appuyer sur des programmes qui ont fait leurs preuves depuis longtemps, comme l'alphabétisation et la scolarisation des filles dans les pays en développement, en Afrique, en Asie ou en Amérique latine, pour diminuer ultérieurement leurs propres problèmes de santé comme ceux de leurs enfants. Le droit coutumier y fait en général obstacle, que ce soit en Afrique, comme le fait

observer Apollinaire Houngnihin⁵, ou en Asie, mais, au Kérala (Inde) par exemple, une politique volontariste obtient des résultats remarquables.

La mise en œuvre des politiques

Les élus locaux, dans un pays comme le nôtre, quelle que soit leur appartenance politique, ont d'incontestables possibilités de mobilisation dans leur ville sur tous les secteurs de la vie en même temps (école, logement, professionnels de santé, transports, alimentation, etc.) qui, lorsqu'ils sont mobilisés et que leurs programmes sont suivis grâce à des indicateurs opportuns, permettent à la prévention de s'exercer conjointement dans tous les domaines et d'obtenir localement des résultats dont on peut rêver à niveau national (exemples de la santé bucco-dentaire à Nanterre présenté par Laurent Elghozi⁶ et de la politique vaccinale à Nancy présentée par Valérie Lévy-Jurin⁷). De tels programmes, qui trouvent leur place à la fois dans les ateliers Santé-Ville et les programmes régionaux de santé publique (PRSP), peuvent inspirer les niveaux régional et national et donc amener une réflexion politique nationale.

Les ateliers Santé-Ville en particulier, en mettant autour de la même table les professionnels de tous les champs concernés, les institutions auxquelles ils appartiennent éventuellement, mais aussi les représentants des habitants, sur des sujets épineux dont, séparément, ils ne pourraient venir à bout, démontrent leur efficacité. Sur des sujets aussi délicats que la santé mentale, où les besoins croissent dans les quartiers difficiles alors que l'offre se restreint, Pilar Arcella-Giroux⁸ montre que sont possibles au niveau local des synergies, des innovations, certaines prises de risque adaptées, qui produisent pour les habitants une restauration de l'image de soi, une réduction de la violence, et pour les professionnels une prise de recul profitable. Au bout de quelques années, l'atelier Santé-Ville passe d'une fonction de coordination à celle encore plus essentielle de médiation. Au niveau du département, le même genre de dynamique est encore possible avec un peu plus de recul, mais seulement si le conseil général y voit son rôle et sa responsabilité, dans un panorama administratif mouvant. Pour Michèle Vincenti-Delmas⁹, dans une période où la ressource se raréfie,

Au niveau européen, après le succès du programme « *Closing the gap : Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in the EU* »¹¹ (2004-2007), une nouvelle initiative « *Determine* » (2007-2010) sur les déterminants socio-économiques de santé devrait amener les États membres à s'engager dans cette dynamique prometteuse.

Dr Pierre Larcher

Chargé de mission « santé-précarité »,
Direction générale de l'action sociale, Paris.

1. *Chef de service, ministère de la Santé et des Services sociaux, Canada.*
2. *Haut Conseiller en politiques de santé publique, Institut suédois de santé publique (SNIPH), Suède.*
3. *Professeur émérite d'épidémiologie et santé communautaire, École de santé publique, UC Berkeley, États-Unis.*
4. *Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm U687), Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé, France.*
5. *Coordonnateur du Programme national de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles, ministère de la Santé, Bénin.*
6. *Président de l'association « Élus, Santé publique & Territoires », France.*
7. *Présidente du Réseau français des Villes-Santé OMS, France.*
8. *Médecin psychiatre, coordinatrice du volet santé mentale de l'atelier Santé-Ville, service communal d'hygiène et de santé d'Aubervilliers, France.*
9. *Médecin territorial de santé publique, chef du bureau santé publique, service de la prévention et des actions sanitaires, conseil général de Seine-Saint-Denis, France.*
10. *Chargée de projet au Comité régional d'éducation pour la santé de Languedoc-Roussillon.*
11. « *Comblant le trou : stratégies d'action face aux inégalités de santé dans l'Union européenne* ».

il faut se demander si l'on continue des programmes pour tous ou si l'on doit diriger ses moyens, son énergie, vers des stratégies ciblées vers les plus exclus? À un niveau supérieur, la Région, la question est encore plus aiguë pour des élus qui, théoriquement, n'ont aucune compétence santé, toutes les décisions étant à ce niveau du ressort de l'État. Pourtant, nous avons vu que dans les inégalités sociales de santé interviennent de nombreux déterminants sur lesquels peuvent peser des élus régionaux, et le conseil régional siège au groupement régional de santé publique (GRSP), qui monte les programmes régionaux de santé publique (PRSP). Par ailleurs, les décideurs régionaux, qu'ils appartiennent aux services de l'État ou aux collectivités territoriales, peuvent s'ap-

puyer sur l'appui technique de l'observatoire régional de la santé (ORS) pour la connaissance des réalités régionales, et du comité régional d'éducation pour la santé (Cres) pour des actions de prévention. C'est ainsi que le conseil régional du Languedoc-Roussillon a réussi à infléchir le PRSP vers une approche plus populationnelle que ne l'avaient prévu les services de l'État, si l'on en croit Antonia Dandé¹⁰. Le regard plus large et l'appui méthodologique permettent alors de dynamiser l'action dans des secteurs délaissés où, spontanément, aucune avancée ne se profilait, et de répandre une culture d'évaluation des actions de terrain. Selon A. Dandé, en quelques années, toutes ces actions vont acquérir de plus en plus de cohérence et améliorer sensiblement leur qualité.

► Références bibliographiques

- (1) Antonovsky A. Social class, life expectancy and overall mortality. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1967 ; 45(2) : 31-73.
- (2) Huber M. *Mortalité suivant la profession, d'après les décès enregistrés en France en 1907 et 1908*. Bulletin de la statistique générale de la France, fascicule IV, juillet 1912 : 402-39.
- (3) Cité dans : Péquignot H. *La lutte contre la pauvreté*. Rapport au conseil économique et social. Paris : Journal officiel, 1979.
- (4) Aiach P., Carr-Hill R., Curtis S., Illsley R. *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne, analyse et étude comparative*. Paris : La Documentation française, coll. Analyses et prospective, 1987 : 205 p.

Les chercheurs français scrutent les inégalités sociales de santé

En 2006, l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) a lancé un appel à projets pour soutenir des recherches sur les inégalités sociales de santé. Les projets retenus étudient les mécanismes de constitution de ces inégalités : transmission parentale, répercussion du statut professionnel sur l'état de santé, relations sociales dans les quartiers populaires ayant un effet positif sur la santé, etc. Autant d'éléments scientifiques guidants pour la prévention et la réduction de ces inégalités. En voici quelques exemples.

Si les écarts de santé selon les catégories socioprofessionnelles sont relativement bien documentés en France, les travaux pour comprendre le mécanisme de ces inégalités sont plus épars et le débat public sur le sujet plus faible comparativement à d'autres pays, comme l'ont montré les interventions lors des Journées de la prévention de l'INPES, en avril 2008. La communauté des chercheurs, souvent jugée comme trop restreinte sur cette thématique en France, se mobilise pourtant depuis plusieurs années déjà.

C'est pour s'inscrire dans un soutien à cette dynamique de recherche qu'en 2006 l'Iresp¹ a organisé un appel à projets de recherche sur les inégalités sociales de santé. Douze projets sur les trente-trois reçus avaient été sélectionnés (liste disponible sur le site de l'Iresp). Les Journées de la prévention de l'INPES ont été l'occasion de présenter les résultats de quelques-uns de ces travaux. Cet article en présente un bref aperçu. L'objectif est de montrer l'importance et l'intérêt des sujets de recherche dont les résultats sont un apport indispensable pour le développement d'actions efficaces visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Parents-enfants : un état de santé corrélé

Parmi les travaux présentés, deux recherches viennent compléter les connaissances quant à l'influence de la profession et la catégorie sociale sur l'état de santé.

Dans le travail présenté par Alain Trannoy (1), c'est l'impact de la situa-

tion socio-économique et de la santé des parents sur celle de l'enfant devenu adulte qui a été explorée. Il en ressort que l'état de santé à l'âge adulte est clairement lié à la situation socio-économique de ses parents et à leur état de santé. L'état de santé déclaré est d'autant meilleur que l'on a grandi dans un contexte socio-économique favorisé et cela, d'autant plus si la mère avait une activité professionnelle. La profession du père interviendrait de manière indirecte, par l'influence qu'elle jouerait sur la profession choisie par l'enfant devenu adulte. De même, l'état de santé de l'enfant devenu adulte est corrélié à l'état de santé des parents. Ces travaux montrent qu'il existe une transmission intergénérationnelle des inégalités de santé. Cependant, les effets de cette transmission peuvent être modifiés par le niveau d'éducation atteint par l'individu.

Ascension professionnelle = meilleure santé

L'importance de la catégorie socio-professionnelle d'appartenance a également été explorée dans le travail présenté par Emmanuelle Cambois (2). L'analyse de trajectoires professionnelles montre l'impact des changements de situation professionnelle sur l'état de santé, qu'ils soient ascendants (vers une catégorie supérieure) ou qu'ils soient descendants (vers une catégorie inférieure). Les hommes ayant connu un déclassement professionnel (passer d'un statut de cadre à un statut d'inactif, par exemple) ont une surmortalité importante par rapport à ceux qui ont conservé leur statut professionnel. Dans le sens inverse, ceux

ayant connu une amélioration de leur situation professionnelle ont vu aussi leur état de santé s'améliorer par rapport aux personnes de leur catégorie d'origine. Le niveau de risque de mortalité est plus proche de la catégorie que l'on rejoint que de celle que l'on quitte et cela est valable dans une évolution inverse. Le constat de l'effet du déclassement sur la mortalité aggravée vaut également pour les femmes.

Ces résultats de recherche vont dans le même sens que ceux présentés par Gwenn Menvielle (3) sur le lien entre les trajectoires professionnelles et les inégalités sociales de santé liées à la mortalité par cancer. Les personnes qui ont une trajectoire sociale descendante ont un risque de mortalité par cancer deux fois plus élevé par rapport aux personnes qui ont une trajectoire sociale stable. Ces constats vont dans le sens d'un « effet cumulatif » de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant selon les trajectoires de vie.

La convivialité, facteur protecteur de santé

En France, comme ailleurs, les données générales sur la mortalité font état de disparités régionales et locales qui interpellent le rôle de l'environnement sur les inégalités sociales de santé. Des analyses géospatiales à l'échelle des quartiers viennent affiner les connaissances. Serge Paugam (4) a présenté les résultats d'un travail qui analyse le lien entre troubles dépressifs, atteinte de l'estime de soi et lieu de résidence. Ce travail montre que la prudence est de mise pour ne pas tomber dans des clichés

rapides d'interprétation. En effet, les lieux de résidence stigmatisés comme quartiers à difficultés – en raison de la dégradation du quartier et d'indicateurs habituels comme chômage et forte population immigrée – sont souvent considérés comme associés à un risque accru de détresse psychologique ou de dépression. Si, globalement, le fait d'habiter dans une zone pauvre, dans un quartier stigmatisé, le degré d'incivilités, tout comme la situation d'isolement social sont fortement liés à la détresse psychologique, d'autres facteurs semblent intervenir. L'analyse sur deux quartiers, l'Île-Saint-Denis et Bagneux-Les Cuverons, a montré qu'au-delà des indicateurs habituels la prise en compte du degré de similitude du quartier (à savoir se sentir proche ou semblable aux gens qui vivent près de vous, sentiment de vivre dans un quartier où il y a un partage des mêmes valeurs) joue le rôle de facteur protecteur pour ses habitants. À l'Île-Saint-Denis, malgré le chômage, la forte immigration, il y a une très faible tendance de détresse psychologique, contrairement à ce qui est observé à Bagneux. La différence réside dans le fait que l'Île-Saint-Denis présente un fort degré de similitude, avec un bon maillage social et des liens sociaux de qualité. À l'inverse, Bagneux est dans une situation de non-comparabilité sociale et subit de fortes tensions.

Accès inégalitaire à la prévention et aux soins

Le rôle du système de santé dans la réduction des inégalités sociales de santé fait également l'objet de débats. L'accès inégal aux soins et à la prévention apparaît en effet comme source d'inégalités. Ainsi, par exemple, dans une analyse des facteurs socio-économiques et géographiques explicatifs de différences dans la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, Carole Pornet (5) montre qu'il existe des différences selon le régime d'assurance maladie. Les personnes qui sont prises en charge par des régimes spéciaux ou des régimes de fonctionnaires ont une plus grande probabilité de participer à ces campagnes organisées de dépistage. Les hypothèses sont multiples : statut socio-économique de ces professions, meilleur suivi médical, rôle de la médecine du travail, etc. (*voir l'article de Youcef Mouhoub dans ce même numéro*).

Les différentiels d'accès aux soins peuvent également alimenter ou même créer des inégalités sociales de santé (*Ndlr : voir article de Pierre Lombrail*). À titre d'illustration, le travail présenté par Chantal Cases (6) explore la différence de prise en charge du patient en surpoids, selon sa profession et catégorie sociale et plus particulièrement

le rôle que joue la relation médecin-malade dans cette différence. Parmi les différences observées, le mode de décision pour la prise en charge du patient diffère selon les catégories. En effet, les patients les plus diplômés sont dans un mode de décision partagé avec le médecin quant à leur prise en charge, alors que les patients les moins diplômés ont tendance à laisser le médecin décider seul et ont besoin d'aide pour s'orienter dans le système de soins.

Marie-José Moquet

Médecin, chef du département Qualité des pratiques et formation, Ddeset, INPES.

Pour en savoir plus

<http://www.iresp.net/>

► Références bibliographiques

(1) Trannoy A., Devaux M., Jusot F., Tubeuf S. *Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents*. Premiers résultats publiés dans le Bulletin d'information en économie de la santé n° 118, février 2007.

(2) Cambois E., Laborde C. *Inégalités sociales face à la mort : quelles sont les relations entre les itinéraires professionnels et la mortalité ?* Ined, unité Mortalité santé épidémiologie.

(3) Menvielle G., Chastang J.-F., Cyr D., Schmaus A., Leclerc A., Luce D. *Inégalités sociales de mortalité et d'incidence des cancers en France : aspects descriptifs et facteurs explicatifs*. Les résultats des données épidémiologiques ont été publiés dans le BEH, n° 33, septembre 2008.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/33/beh_33_2008.pdf

(4) Paugam S., Équipe de recherche sur les inégalités sociales (Eris), Centre Maurice-Halbwachs, CNRS-EHESS-ENS-université de Caen. *Santé mentale et précarité : les effets du lieu de résidence*.

(5) Launoy G., Dejardin O., Morlais F., Bouvier V., Pornet C. *Mécanismes de formation des inégalités sociales dans la prise en charge des cancers en France et en Angleterre*. ERI 3 – Inserm « Cancers et populations », Caen.

(6) Lang T., Cases C. *L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. Étude pilote*. Inserm U558, département d'épidémiologie, Toulouse.

Entretien avec Alfred Spira, directeur de l'Institut de recherche en santé publique.

« La recherche permet de repérer des modes d'intervention et de prévention »

Selon Alfred Spira, directeur de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), la recherche joue un rôle majeur pour renseigner les inégalités sociales de santé, identifier les leviers d'intervention possibles en partant des comportements et des représentations des populations. Ainsi, par exemple, sur la prévention de la prématurité et de la mortalité néonatale, la recherche, couplée à l'action, a permis de réduire les inégalités en améliorant l'accès à la prévention et aux soins pour les populations les plus fragiles.

La Santé de l'homme : Comment se place la France dans la recherche internationale sur les inégalités sociales de santé ?

Professeur Alfred Spira : Historiquement, la France a été un précurseur, au XIX^e siècle, sous l'impulsion de Villermé, qui a étudié notamment la santé des mineurs en Alsace. Il a été le premier à démontrer l'existence d'un lien entre les conditions de travail, l'environnement professionnel et la santé. Actuellement, ce sont les États-Unis et le Royaume-Uni qui ont les recherches les plus développées. Néanmoins, en France, un travail important est mené par l'Inserm et, entre autres, deux cohortes : « Gazel » (EDF-GDF, 20 000 personnes) et « Santé, inégalités et ruptures sociales » (Sirs, Ile-de-France, 3 000 personnes). On ne peut pas dire que la France soit à la traîne dans ce domaine. En particulier, nombre de chercheurs membres de l'Association des épidémiologistes de langue française (Adelf) s'intéressent aux inégalités sociales et travaillent sur leurs conséquences sur la santé.

S. H. : Les recherches ne sont-elles pas déconnectées de la mise en œuvre sur le terrain ?

Il est difficile de passer de la recherche à l'action, en particulier sur les inégalités sociales de santé. Le principal levier

d'action n'est pas la recherche mais les dispositifs tels la couverture maladie universelle (CMU), qui permet de lever un des freins pour que les plus démunis puissent accéder au système de soins. Mais la recherche a aussi un rôle à jouer car elle permet de décrypter les représentations et donc de repérer des modes d'intervention et de prévention. Ainsi, par exemple, les travaux sur la prévention du cancer du sein montrent bien que le dépistage n'est pas la priorité chez les femmes en situation de vulnérabilité économique et renseignent sur des modes d'intervention qui pourraient être adaptés selon le niveau socio-économique. D'une manière générale, l'accès à la prévention est beaucoup plus inégalitaire que le recours au système de soins. Ce raisonnement est toutefois à moduler selon les types de pathologies : ainsi les plus vulnérables au virus du sida sont les migrants qui sont en grande situation de fragilité sociale et le recours au système de soins continue d'être très fortement inégalitaire, même si des efforts importants sont mis en œuvre. La situation peut être différente pour d'autres pathologies.

S. H. : Quelle place peut avoir la recherche pour réduire les inégalités sociales de santé ?

Le premier niveau d'intervention est politique et économique. La recherche met en évidence des facteurs qui influent sur la santé de manière très spécifique et elle peut valider des démarches, y compris de prévention, avec toutes les précautions d'usage. Je prendrai l'exemple de la prématurité : on sait, depuis longtemps, qu'il existe un lien entre niveau socio-économique, conditions de travail des femmes et prématurité et mortalité néonatale. Les chercheurs ont travaillé sur les mesures spécifiques prises pour la protection et la surveillance de la grossesse sur des territoires peu favorisés, sur le nombre de consultations et le travail de prévention des sages-femmes. Ils ont mon-

tré que ce type d'action préventive a permis de réduire le niveau de prématurité. Ainsi, dans certaines villes du département de la Seine-Saint-Denis, le niveau de prématurité est désormais équivalent, voire inférieur, à ce qu'il est dans les territoires plus favorisés grâce au travail de terrain réalisé en amont avec les femmes enceintes par les centres de protection maternelle et infantile (PMI) et les professionnels, y compris les praticiens privés.

Deuxième exemple : la prévention des maladies cardio-vasculaires. Elle repose à la fois sur la diminution de consommation de tabac, d'alcool, une meilleure alimentation, la pratique de l'activité physique, la prise en charge et le traitement de l'hypertension artérielle, etc. Or, les recherches actuellement en cours en France montrent que si l'on ne peut agir auprès des personnes en situation sociale défavorable, sur tous les facteurs de risque, on peut cibler spécifiquement et efficacement certains d'entre eux (dans le domaine de la nutrition par exemple). À condition d'avoir isolé de manière très fine les interactions entre situation sociale et exposition à ces facteurs de risque. Compte tenu de ces recherches, nous devrions dans un proche avenir pouvoir lutter plus efficacement contre les inégalités d'accès à la prévention et aux soins dans ce domaine précis. Mais, attention, la recherche n'est qu'un des moyens d'identifier les leviers spécifiques permettant de lutter contre les inégalités, c'est le niveau d'intervention politique et sociale qui reste prééminent. Je citerai enfin deux autres exemples : l'un est un succès dans la lutte contre les inégalités, c'est le recours à la procréation médicale assistée, où la gratuité de prise en charge permet un accès élargi aux personnes les plus défavorisées. Et un échec : le dépistage des malformations congénitales pendant la grossesse, qui reste très inégalitaire.

Propos recueillis par Yves Géry.

Évaluation des interventions : comment mener à bien un exercice périlleux ?

Évaluer une intervention qui entend réduire les inégalités sociales de santé est un exercice difficile, expliquent Valéry Ridde et Pierre Blaise. Néanmoins les travaux les plus récents des chercheurs donnent des pistes de réflexion, la nouveauté étant l'évaluation dite « réaliste ». Par ailleurs, les personnes les plus vulnérables doivent impérativement être associées à tout processus d'évaluation. Connaissances et méthodes.

L'évaluation est un processus qui permet de porter un jugement sur une intervention (1) ; il semble logique, dans le contexte de la lutte contre les inégalités sociales de santé, que tout intervenant s'interroge : mon action de santé publique agit-elle sur ces inégalités (2) ?

Se donner les moyens de réduire les inégalités sociales de santé

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, se demander si nos interventions ont (réellement) contribué à la réduction des inégalités n'est pas chose courante, certains pensent même que cette question n'est pas essentielle. Or, cela ne fait pas si longtemps que les acteurs de santé publique s'interrogent à ce sujet (3). Pourtant, des recherches ont montré que des dizaines d'années d'interventions n'ont, au mieux, rien changé des inégalités sociales de santé, au pis, contribué à les augmenter. Certains ont qualifié ce phénomène d'« *hypothèse d'équité inverse* », précisant que les interventions atteignent d'abord les plus riches (et donc en meilleur santé) pour, très longtemps après, toucher les plus pauvres (4). Ainsi, naturellement, les écarts se creusent. L'évaluation suppose donc, d'une part, le désir préalable de vouloir agir pour la réduction des inégalités sociales de santé (ce qui est inclus dans la planification) et, d'autre part, une organisation d'intervention propre à atteindre cet objectif (ce qui concerne la mise en œuvre).

Évaluer les effets des interventions : un défi méthodologique

Bien souvent, la présentation des résultats d'évaluation fait état de chan-

gements d'ensemble pour les populations cibles des interventions, de moyennes qui fluctuent, ou de récits de vie de participants. Or, pour que les inégalités sociales de santé puissent être prises en considération par les intervenants, il est essentiel de rendre compte de données différenciées selon les sous-groupes de la population ; les riches *versus* les pauvres, les urbains *versus* les ruraux, les femmes *versus* les hommes, etc. Encore faut-il que cela ait été prévu, d'abord dans la conception de l'intervention et, ensuite, dans la planification de l'évaluation. Sinon, on risque de conclure à l'efficacité d'une intervention qui a effectivement réduit le taux de tabagisme dans la population générale alors qu'il a, en réalité, augmenté chez les plus pauvres.

Cela pose la question de la méthodologie d'évaluation. Il ne suffit pas de vérifier si l'intervention a atteint ses objectifs (évaluation de l'efficacité) ou non. En effet, non seulement il est possible que l'action n'ait pas visé directement la réduction des inégalités sociales de santé, mais l'intervention a peut-être entraîné leur (re)production ou leur aggravation. Or, la capacité des évaluateurs à rendre compte de tels effets inattendus est essentielle et rarement sollicitée (5). C'est de l'évaluation de l'équité dont il est notamment question ici (6).

Le premier défi tient à l'art et la manière de bien décrire la logique de l'intervention (la « *petite théorie* », disait Lipsey), en préalable à l'évaluation. Cela permet de vérifier le rôle que les promoteurs de l'action voulaient, ou ne voulaient pas, jouer dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Le second, et probablement l'un des défis

majeurs de l'évaluation en général, reste la capacité à documenter des relations causales, à montrer qu'une intervention spécifique est responsable de la réduction des inégalités afin de distinguer les interventions efficaces. Face à la rareté des données probantes sur la manière de réduire les inégalités sociales de santé, des chercheurs ont suggéré, dans les années 1990, aux évaluateurs d'utiliser des méthodes expérimentales (7). Il s'agissait d'établir la preuve d'une relation cause-effet unique et stable, indépendante du contexte, entre une intervention et son effet attendu. On pourrait ainsi reproduire l'intervention ailleurs, confiant dans la reproduction de ses effets. Pour établir ce lien de causalité, il faut contrôler les facteurs confondants contextuels à l'aide de techniques sophistiquées de groupe contrôle et de tirage au sort. Mais, quinze ans après, il n'existe pas beaucoup plus de données utiles pour conseiller les décideurs et les intervenants. Cette carence vient encore d'être mise au jour, en 2008, concernant les interventions qui visent le changement de comportements des sous-groupes de la population les plus pauvres (8).

Ce déficit persistant ne tient pas uniquement à la lourdeur des protocoles à mettre en œuvre, décourageante pour les acteurs. Nous pensons qu'il met aussi en question l'usage de méthodes expérimentales pour guider l'appréciation et le choix des interventions auxquelles recourir pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Au-delà des problèmes éthiques, les limites des méthodes expérimentales tiennent à la nature même des systèmes d'action utilisés par les interventions de santé publique visant la réduction de ces inégalités. Ce sont, en

effet, des interventions sociales où le contexte et ses caractéristiques sont indissociables de l'intervention elle-même pour produire ses effets, ce que les méthodes expérimentales ont du mal à prendre en compte.

L'évaluation réaliste : au-delà des approches expérimentales

Aussi, nous pensons que c'est la nature des systèmes étudiés, simples ou complexes, et des relations mises au jour, linéaires ou non, qui devrait guider le choix des méthodes d'évaluation. Les méthodes expérimentales sont appropriées pour établir un lien de causalité dans des systèmes « simples », c'est-à-dire mobilisant des relations linéaires. Elles établissent une relation dans laquelle la cause précède l'effet qu'elle produit de manière prévisible, stable et reproductible, toute autre chose étant égale par ailleurs. Toute interférence avec cette relation est

considérée comme un facteur confondant qui doit être éliminé ou contrôlé par l'évaluateur. Le degré de contrôle des facteurs confondants détermine le niveau de preuve de la relation de cause à effet entre l'intervention et son effet. Or, les déterminants des inégalités sociales de santé sont faits d'un tissu d'interactions visées par les interventions. Ces interactions et les interventions entrent elles-mêmes en résonance avec le contexte dans lequel elles se déroulent, lui-même influencé en retour, le tout contribuant à l'effet produit, pour l'amplifier, le réduire ou le détourner. Ces jeux d'interactions non linéaires sont caractéristiques des systèmes « complexes » dans lesquels on sait que, d'un contexte à l'autre, toutes choses ne seront pas « égales par ailleurs ». Par conséquent, l'extrapolation des preuves dans un autre contexte serait hasardeuse. Il nous faut donc disposer d'une autre méthode.

Inspiré par les méthodes d'évaluation « basées sur la théorie », R. Pawson (9-11) propose une autre approche que l'évaluation expérimentale, qu'il appelle « évaluation réaliste ». Comparée aux méthodes expérimentales, cette méthode déplace le point focal de l'évaluation : il ne s'agit plus de tester la stabilité d'une relation causale entre une intervention et son effet supposé, indépendamment du contexte. Il s'agit, dans un premier temps, de décrire le mécanisme actionné par l'intervention pour produire ses effets dans un contexte donné, ce que R. Pawson appelle la configuration « Contexte-Mécanisme-Effet » (CME). Puis, dans un second temps, de le comparer à la « théorie de l'action » (logique de l'intervention), autrement dit à la façon dont l'intervention était supposée produire ses effets. À la différence de l'approche expérimentale, l'approche réaliste ne considère plus le contexte comme une

► Références bibliographiques

- (1) Ridde V., Dagenais C., editors. *Concepts et pratiques de l'évaluation de programme. Manuel d'enseignement*. Montréal : Presses de l'université de Montréal, 2008.
- (2) Ridde V. *Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ?* Promotion & Education 2007 ; XIV(2) : 63-7.
- (3) Ridde V., Guichard A. *Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis*. In : Niewiadomski C., Aiach P., eds. *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Recherche, santé sociale, 2008 (à paraître).
- (4) Victora C.G., Vaughan J.P., Barros F.C., Silva A.C., Tomasi E. *Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies*. Lancet 2000; 356(9235): 1093-8.
- (5) Morell J.A. *Why are there unintended consequences of program action, and what are the implications for doing?* Am. J. Eval. 2005; 26(4): 444-63.
- (6) Potvin L., Ridde V., Mantoura P. *Évaluer l'équité en promotion de la santé*. In : Frohlich K, De Koninck M., Bernard P., Demers L., eds. *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'université de Montréal, 2008.
- (7) Mackenbach J.P., Gunning-Schepers L.J. *How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated?* J. Epidemiol. Community Health 1997; 51(4): 359-64.
- (8) Michie S., Jochelson K., Markham W.A., Bridle C. *Low-income groups and behaviour change interventions. A review of intervention content and effectiveness*. London: King's Fund, March 2008.
- (9) Pawson R., Tilley N. *Realistic evaluation*. London: Thousand Oaks, Calif.: Sage; 1997.
- (10) Pawson R. *Evidence-based policy: The promise of 'realist synthesis'*. Evaluation 2002; 8(3) : 340-58.
- (11) Pawson R. *Evidence-based policy: In search of a method*. Evaluation 2002; 8(2): 157-81.
- (12) Blaise P., Kegels G. *A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organisational models*. Int. J. Health Plann. Manag. 2004; 19: 337-64.
- (13) Blaise P., Lefèvre P., Marchal B., Kegels G. *Realistic Evaluation: An appropriate paradigm to study the interaction between quality management and organisational culture in health systems*. Proceedings of the 8th Toulon-Verona conference quality in services, Palermo, Italy, 8-9 September 2005; 177-82.
- (14) Blaise P. *Culture qualité et organisation bureaucratique. Le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique*. Université libre de Bruxelles, 2005.
- (15) Hills M.D., Carroll S., O'Neill M. *Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements nord-américains récents*. Promotion & Education 2004 ; Suppl. 1 : 17-21.
- (16) Guichard A., Ridde V. *L'adaptation au contexte français d'un modèle canadien d'évaluation de l'efficacité des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé*. Poster. The 19th IUHPE World conference on health promotion and health education 10-15 June, Vancouver, Canada, 2007.
- (17) Schulz A.J., Israel B.A., Parker E.A., Lockett M., Hill Y., Wills R. *The East Side Village health worker partnership: integrating research with action to reduce health disparities*. Public Health Rep. 2001 Nov-Dec;116(6): 548-57.
- (18) Cashman S.B., Adeky S., Allen A.J. 3rd, et al. *The power and the promise: working with communities to analyze data, interpret findings, and get to outcomes*. Am. J. Public Health 2008; 98(8): 1407-17.
- (19) Cousins J.B., ed. *Process use in theory, research and practice*. San Francisco: Jossey Bass. 2008.
- (20) Ridde V., Baillargeon J., Ouellet P., Roy S. *L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue*. Service social 2003 ; 50(1) : 263-79.
- (21) Macintyre S., Chalmers I., Horton R., Smith R. *Using evidence to inform health policy: case study*. BMJ 2001; 322(7280): 222-5.

constellation de facteurs confondants potentiels mais intègre sa contribution à la production d'effets. L'évaluation ne répond plus à la question « Est-ce que l'intervention fonctionne ? » mais « Est-ce que l'intervention fonctionne, comment, pour qui et dans quelles circonstances ? » De projet en projet, de contexte en contexte, à partir d'une théorie d'action initiale qu'il faut formuler *ex ante*, l'évaluation réaliste génère et affine une théorie d'action intermédiaire qui permet de guider la poursuite de l'intervention ou sa réplique dans un contexte différent, une des raisons d'être de l'évaluation. Cette démarche évaluative a été testée dans le domaine du changement organisationnel (12-14), de la promotion de la santé (15) et est en cours d'expérimentation par l'INPES concernant la réduction des inégalités sociales de santé (16).

Le processus évaluatif participatif : instrument de réduction des inégalités

Enfin, n'oublions pas que le processus évaluatif, qui est également un mode

d'intervention en soi, peut aussi être un vecteur de renforcement ou de réduction des inégalités sociales de santé. Et, dans ce cadre, contrairement à un processus d'évaluation directif encadré par une administration ou un expert consultant, un processus participatif lors de l'évaluation peut contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé (17, 18). Si, dès la phase de préparation de l'évaluation, les parties prenantes de l'intervention contribuent à décrire la logique de cette dernière, à préciser les questions d'évaluation utiles pour leurs interventions, et éventuellement à collecter et analyser les données, il y a de meilleures chances que les résultats de l'évaluation soient utilisés. Le changement social passe non seulement par l'utilisation des résultats des évaluations (*finding use*) mais aussi par l'utilisation du processus évaluatif (*process use*) (19). Si les intervenants sont mis à l'écart ou si les personnes les plus vulnérables ne sont pas interrogées ou parties prenantes, les inégalités risquent de s'accroître. Non seulement on ne saura pas si l'intervention a eu un effet sur les plus vul-

nérables, mais le fait de ne pas les associer à l'évaluation est une occasion manquée d'améliorer leur pouvoir d'agir (*empowerment*) (20), objectif substantiel de la promotion de la santé. Au Royaume-Uni, le groupe d'évaluation des propositions de projets visant la réduction des inégalités, à la suite de la Commission Acheson, s'était montré quelque peu déconcerté par la quasi-absence de fondements empiriques des actions proposées (21). La croyance en la supériorité des méthodes expérimentales (qui s'avèrent finalement difficiles à mettre en place) et à la subjectivité des démarches participatives contribuent peut-être à cette carence de données utiles à la planification. Le recours à une évaluation plus réaliste et plus participative sera-t-il le bon palliatif ?

Valéry Ridde

Chercheur adjoint,

département de médecine sociale et préventive, université de Montréal, Canada.

Pierre Blaise

Médecin inspecteur de santé publique, Drass Pays de la Loire, Nantes.

Situation socio-économique et consommation de substances psychoactives : une corrélation avérée

Depuis quinze ans, les *Baromètres santé* de l'INPES permettent de suivre régulièrement les comportements, attitudes et connaissances des Français en matière de santé. Publié en avril 2008, la dernière enquête (1) base ses résultats sur un échantillon représentatif de 30 500 personnes âgées de 12 à 75 ans interrogées.

Ces résultats dévoilent des inégalités importantes en termes de perceptions, attitudes et comportements de santé selon le niveau d'études et de revenus, et l'activité professionnelle. Repérer ces inégalités permet d'adapter ensuite les actions de prévention et de promotion de la santé.

Si l'on prend l'exemple de l'usage de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis ou autres drogues), d'une manière générale, pour l'ensemble des comportements d'usages observés, un capital socio-économique et éducatif

élevé apparaît associé à l'expérimentation des produits mais semble de nature à éloigner d'un usage régulier, voire néfastes pour la santé. À l'inverse, la situation de chômage s'avère liée à des déclarations d'usages réguliers, voire des situations de dépendances (alors même qu'elle se trouve moins liée à l'expérimentation).

Il y a donc une corrélation entre statut socio-économique et consommation de substances. Ainsi, pour le tabac (en usage quotidien), plus la personne est diplômée, moins elle fume. Les recherches qualitatives récentes menées en France sur le tabagisme en population précarisée confirment cette tendance. Même constat pour l'usage quotidien d'alcool et de cannabis, pour lesquels plus on est diplômé, moins on consomme régulièrement ; en revanche, l'expérimentation de cannabis apparaît plus fréquente parmi les personnes fortement diplômées. Le fait

d'être en recherche d'emploi se trouve lié à l'expérimentation de cannabis, mais plus encore – et nettement – à son usage régulier.

Mais les données actuelles recueillies par le biais du *Baromètre santé* ne permettent d'esquisser que les grandes lignes des inégalités sociales de santé, la prochaine enquête devrait donc intégrer des indicateurs plus complets – tels que le renoncement à des soins, par exemple – qui permettront d'avoir des données plus complètes, dans l'objectif d'une quantification des inégalités sociales de santé sur l'ensemble de la population.

François Beck

Statisticien, responsable du Département observation et analyse des comportements de santé, Das, INPES.

(1) Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 593 p.*

Ateliers Santé-Ville : des résultats incontestables, des moyens fragiles

Les ateliers Santé-Ville permettent incontestablement de réduire les inégalités sociales de santé. Le programme bucco-dentaire innovant mis en œuvre à Nanterre dans ce cadre en est un exemple. Mais ces ateliers sont fragiles car leur pérennité financière n'est pas assurée.

Les ateliers Santé-Ville sont le cadre opérationnel proposé en 2000¹ pour structurer le volet « santé » de la politique de la ville, concrétisée dans les contrats de ville. Ils sont parfaitement définis par la circulaire du 13 juin 2000 qui les situe d'emblée comme un outil essentiel du volet santé de la loi de lutte contre les exclusions² pour la mise en œuvre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité (Praps) et de la couverture médicale universelle (CMU). Ils sont donc clairement positionnés au croisement des politiques de santé publique et de la ville pour la lutte contre les inégalités et dans une logique de territoires.

Leur ambition est de réduire, au niveau local, les inégalités sociales et territoriales de santé, dont on sait qu'elles n'ont cessé de croître depuis vingt ans. Leur mise en œuvre s'appuie sur l'ingénierie locale et la méthodologie propres à la politique de la ville.

La loi de programmation pour la ville et le renouvellement urbain du 1^{er} août 2003 (dite « loi Borloo ») élargit leur champ à la question de l'offre de soins en vue de développer des « maisons de santé ».

La méthodologie de mise en œuvre est aujourd'hui largement validée et réaffirmée par la circulaire du 4 septembre 2006, faisant suite au comité interministériel des villes (CIV) du 9 mars 2006, lequel intègre comme une des priorités de tous les contrats urbains de cohésion sociale (Cucs), la mise en place d'un atelier Santé-Ville. La santé est clairement affirmée comme « le cinquième pilier de la politique de la ville ».

Mobilisation locale pour la santé publique

Ce dispositif est particulièrement intéressant car :

– il affirme la légitimité des élus locaux à agir dans le champ de la santé et à tenter de répondre ainsi aux demandes croissantes de leurs habitants et cela, bien qu'il ne s'agisse pas d'une compétence des communes ;

– il propose une méthodologie rigoureuse, reposant sur un diagnostic partagé élaboré de manière participative avec les habitants et les professionnels du quartier, recensant aussi bien les besoins que les ressources en santé, au niveau infracommunal. Un comité de pilotage associant obligatoirement Ville et État, ainsi que les principaux partenaires et acteurs – population comprise – détermine ensuite les priorités d'action et leur programmation ;

– il est obligatoirement financé en partie par l'État ;

– il provoque une forte mobilisation locale autour des questions de santé publique, à l'initiative des élus et qui concerne non seulement de nombreux services municipaux mais aussi les autres institutions et professionnels, dans une dynamique transversale et interinstitutionnelle permettant d'agir sur les déterminants, y compris sociaux, de la santé ;

– enfin, l'engagement qualitativement croissant d'un nombre de plus en plus important de villes permet des échanges fructueux et une capitalisation de pratiques en faveur de la santé des habitants des quartiers les plus fragiles.

Le bilan des ateliers Santé-Ville est considérable en termes d'avancées, sous réserve toutefois du respect par les principaux acteurs des exigences de

mise en œuvre. L'objectif annoncé de trois cents ateliers Santé-Ville fin 2008 devrait être atteint sans trop de retard : ils concerneront alors une population de plus de six millions de personnes, constituant l'interface privilégiée entre les villes, l'État et les acteurs pour la connaissance – en particulier des inégalités sociales et territoriales de santé – et pour l'action en santé dans le cadre exigeant des programmes régionaux de santé publique (PRSP).

Compétences accrues des acteurs locaux

Pour y répondre, une multitude d'actions, adaptées aux besoins et aux possibilités locales, ancrées dans la réalité politique, sociale et territoriale a été inventée. L'implication des habitants dès le diagnostic, l'engagement de nombreux professionnels structurant des espaces de large partenariat, contribuant au développement d'un dialogue interprofessionnel sur les questions sociales et favorisant l'émergence d'une démocratie participative sanitaire et sociale de proximité. Celle-ci est elle-même facteur de cohésion sociale, et donc d'amélioration de la santé individuelle et collective. Les ateliers Santé-Ville ont incontestablement permis d'accroître les compétences sanitaires et sociales des acteurs locaux, et aussi, bien souvent, de la population elle-même.

La santé devient ainsi un enjeu local important faisant l'objet d'une programmation concertée, cohérente, visible, au croisement de nombreuses politiques sectorielles (sociale, éducative, préventive, d'insertion, du logement, etc.) et intégrée à la politique municipale globale !

Elle s'inscrit alors dans le mouvement de territorialisation des politiques publiques pour un domaine qui, certes, reste de la responsabilité de l'État et exige donc une impulsion et un soutien forts de sa part. Cependant elle ne peut se mettre en œuvre qu'au niveau local, ce qui nécessite l'engagement résolu des élus locaux, pouvant aller jusqu'à l'élaboration d'une véritable politique locale de santé publique, à partir de l'équipe et de l'expérience de l'atelier Santé-Ville.

La finalité des ateliers Santé-Ville est bien la réduction des inégalités sociales de santé et l'accès égal de tous à la prévention et aux soins dans un objectif de développement social global. De très nombreuses initiatives, actions et programmes sont aujourd'hui rendus publics (cf. le « Repère » de la Div publié en mai 2008 : *Ateliers Santé-Ville : une démarche pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*).

Programme bucco-dentaire à Nanterre

À titre d'exemple, à Nanterre, nous nous sommes engagés dans cette dynamique dès 2000. Quatre diagnostics participatifs ont eu lieu, de 1998 à 2007, sur les quatre Zus de la commune. Ils ont mis en évidence de très fortes disparités de santé, y compris au niveau infra-quartier, des besoins et des attentes convergentes des professionnels et des habitants participants, des groupes de population particulièrement fragiles, des difficultés considérables d'accès aux soins et plus encore à la prévention...

Parmi la quantité d'actions, d'outils, de programmes et de structures mis en place au cours des années pour tenter de réduire ces inégalités, le programme bucco-dentaire est exemplaire de la pertinence de la démarche atelier Santé-Ville. La décision de sa mise en œuvre repose sur une des priorités émanant des diagnostics par quartiers, de la demande des professionnels de la santé, de l'éducation et du social, et retenues par le comité de pilotage partenarial (diagnostic et priorités partagés). Il associe des dentistes des centres de santé, les assistantes scolaires municipales, des agents relais santé spécialement formés, des appuis associatifs et, bien entendu, les personnels des écoles (partenariat interinstitutionnel). Il repose sur une évaluation exhaustive de l'état de santé

bucco-dentaire de tous les enfants scolarisés dans les écoles de Nanterre, avec des indicateurs fiables, reproductibles et simples : indice CAO³ et besoins en soins (évaluation initiale, indicateurs de suivi). Ce diagnostic révèle, à l'origine, des écarts de un à trois selon les écoles, très fortement corrélés avec les indicateurs sociaux, économiques et culturels du secteur (inégalités sociales de santé).

Les actions correctrices mises en place (information, éducation pour la santé, travail avec les enseignants et les parents, petits déjeuners pédagogiques, accompagnement par les assistants sociaux, solvabilisation des soins si besoin, etc.) ont, dans un premier temps, profité principalement aux enfants les moins atteints. Ce constat nous a conduits à faire évoluer et à renforcer nos actions, de manière plus adaptée selon les classes et les écoles, là où les résultats étaient mauvais. Après dix années de travail, nous observons maintenant une amélioration très nette partout et une tendance franche à l'égalisation des indicateurs et donc à une

réduction des inégalités dans un domaine dont on sait les conséquences en termes de santé, de socialisation, d'insertion professionnelle, etc. (évaluation, pilotage, réduction des inégalités sociales de santé).

Bilan très positif, mais...

Si l'intérêt et l'efficacité de la démarche « atelier Santé-Ville » ne sont donc plus à démontrer, cela ne va évidemment pas sans risque ni sans limite.

Le premier « risque » est lié aux transferts de charges de l'État et de l'Assurance Maladie vers les collectivités locales, avec des financements insuffisants, incertains et surtout non pérennes : l'annualité des subventions, que ce soit pour l'atelier Santé-Ville ou pour les actions qu'il met en place dans les multiples appels à projet (PRSP/Praps, PNNS⁴, PDI⁴, Cucs, CPAM⁴ et autres) ne permettent pas l'élaboration d'une politique suivie et fragilisent cruellement les professionnels embauchés sur des contrats trop souvent précaires : or, la qualité et l'engagement quasi « militant » et dans la durée des coordonnateurs

« atelier Santé-Ville » sont des facteurs essentiels du succès.

Le second risque est dû à la difficile mobilisation des acteurs de soins locaux, qu'ils soient hospitaliers ou, plus encore, libéraux. Outre la difficulté du financement de leur participation, il n'y a aujourd'hui guère de moyens de les impliquer. Par ailleurs, l'observation locale nécessite des compétences et des moyens conséquents ; elle exige que les détenteurs de données médicales, épidémiologiques, sociales, démographiques, etc., acceptent de les mettre à disposition aisément et à un niveau territorial pertinent pour l'action considérée. Actuellement, ce n'est pas toujours le cas : dans ces conditions, il ne peut y avoir de pilotage sérieux ni de validation possible de ces politiques locales.

L'évaluation d'actions qui tentent d'agir soit sur les comportements, soit sur les déterminants de la santé est difficile dans un contexte multifactoriel : le choix d'indicateurs robustes et reproductibles est essentiel.

Enfin, la réforme annoncée de la gouvernance de la santé publique avec,

en particulier, la mise en place des agences régionales de santé (ARS) pose la question de la nécessaire articulation entre le niveau régional de programmation des besoins (PRSP) et de l'offre (schéma régional de l'organisation des soins – Sros) et le niveau territorial le plus pertinent pour la mise en action, selon les priorités et les ressources locales déterminées par l'atelier Santé-Ville. La réalisation de cet objectif, capital en termes de santé publique et d'égalité, exige au moins deux conditions :
– l'élargissement de la démarche « atelier Santé-Ville » à l'ensemble des communes volontaires (ou de leurs groupements) sous forme de contrat local de santé publique avec des financements pérennes et de droit commun ;
– la présence des élus locaux dans les instances décisionnelles des futures agences régionales de santé (comme c'est actuellement le cas pour les GRSP).

Faute de la reconnaissance institutionnelle de ces acteurs à tous les niveaux – condition *sine qua non* de leur indispensable et forte implication –, les politiques territoriales de santé ne profiteront pas de toute la dynamique engendrée par les ateliers Santé-Ville

et les inégalités sociales de santé continueront à augmenter.

Laurent El Ghozi

Président, conseiller municipal,
Association nationale des villes
pour le développement
de la santé publique « Élus, santé
publique & territoires », Nanterre.

1. Les ateliers Santé-Ville ont été proposés par le Comité interministériel des villes du 14 décembre 1999 qui a précisé les conditions de la mise en œuvre du volet santé des contrats de ville 2000-2006 avec la création des ateliers Santé-Ville. Circulaire Div du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers Santé-Ville.

2. Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

3. L'indice CAO = C + A + O, dans lequel C est le nombre de dents cariées, A est le nombre de dents absentes pour cause de carie et O est le nombre de dents obturées définitivement dans la bouche de la personne examinée.

4. PNNS : programme national nutrition santé ; PDI : programme départemental d'insertion ; CPAM : caisse primaire d'Assurance Maladie.

Pour en savoir plus

Élus, santé publique & territoires
11, rue des Anciennes-Mairies
92000 Nanterre
Tél. : 01 47 24 67 58
E-mail : espt.asso@orange.fr
En ligne : <http://www.espt.asso.fr>

Inégalités sociales de santé et démarche communautaire en santé, quels liens ?

Depuis trois ans, l'Institut Renaudot coordonne une recherche-action pour évaluer l'impact des démarches communautaires sur trois déterminants de santé : les ressources individuelles, l'environnement physique et social local, et l'environnement politique et structurel. Par le biais de plusieurs exemples, les auteurs montrent comment ces actions peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

La promotion de la santé « est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. [...] Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé. » (1) La charte d'Ottawa affirme donc que la promotion de la santé a pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé.

La démarche communautaire en santé constitue une des cinq stratégies

de la promotion de la santé. Dans le cadre du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire (Sep-sac), dans lequel l'Institut Renaudot est le représentant français, la démarche communautaire a été définie à partir de huit repères (2) dont quatre contribuent directement à la réduction des inégalités :

– une action sur les déterminants de la santé ;
– l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-

construction ;

– un contexte de partage, de pouvoir et de savoir ;
– la valorisation et la mutualisation des ressources de la communauté.

Depuis trois ans, l'Institut Renaudot coordonne une recherche-action avec une quinzaine de porteurs de démarches communautaires en France (professionnels, bénévoles, usagers, etc.) (voir encadré p. 35). Elle vise à évaluer l'impact des démarches communautaires sur trois déterminants :

– *les ressources individuelles et les comportements par rapport à la santé* : maîtrise de la personne sur sa santé (représentations, croyances, connaissances, capacités à faire des choix, à agir en fonction de ses choix, comportements, estime de soi, confiance en soi), état de santé globale (bien-être psychique, physique et social) ;

– *l'environnement physique et social local* : ressources en promotion de la santé (structures sanitaires, sociales, éducatives, etc.), pratiques des professionnels (accueil des publics, méthodologie d'analyse des besoins de santé, etc.), fonctionnement des structures (objectifs, horaires et critères d'accueil, travail en réseau, etc.), qualité de l'environnement (habitat, transport, cadre de vie, etc.) ;

– *l'environnement politique et structurel* : politique publique locale de promotion de la santé, portage politique, etc.

Voyons, avec quelques exemples issus de la recherche-action, comment ces démarches communautaires agissent sur ces trois déterminants.

Les ressources individuelles

L'estime de soi et l'image de soi sont de véritables déterminants de la santé. L'association « Vis avec nous », à Bagneux (département des Hauts-de-Seine), a conduit un projet de formation à l'éducation et à la parentalité avec des mères. Après plusieurs années, le cons-

tat est que la formation améliore l'estime de soi et l'image que les mères ont d'elles-mêmes. Elles prennent de plus en plus d'initiatives dans le groupe, chose qui n'était pas pensable au démarrage compte tenu de la faible confiance qu'elles avaient en elles. Aujourd'hui, elles animent certaines séances, proposent d'être porte-parole du groupe auprès d'autres structures, abordent en famille des sujets qui étaient jusqu'alors tabous...

Si les mères impliquées dans ce projet ont pu développer leurs compétences psychosociales, c'est d'abord parce que la formation était basée sur les échanges d'expériences. En discutant, elles ont pu prendre conscience qu'elles n'étaient pas les seules à avoir des difficultés dans leurs relations avec leurs enfants. Elles ont alors pris conscience qu'elles faisaient partie d'une communauté et que chacune avait ses stratégies, ses ressources pour permettre aux enfants de se sentir bien et pour s'épanouir elles-mêmes dans leurs rôles de mères et de femmes.

L'environnement social local

Les relations professionnel-usager constituent aussi un déterminant de la santé. Souvent le professionnel est un expert et l'utilisateur est seulement en demande. Les démarches communautaires consistent aussi à modifier ces relations dans le sens d'une reconnaissance mutuelle et d'un partenariat. Elles

sont l'occasion d'une prise de conscience par les habitants de leurs compétences et de leurs possibilités d'agir localement, voire même à d'autres niveaux.

Pour cela, la démarche communautaire repose sur une mise en commun des compétences de chacun et un partage du pouvoir : en 2002, à La Rochesur-Yon (Vendée), un travail sur « l'accompagnement des personnes en souffrance sur le quartier » a donné lieu à la création d'actions par et avec les habitants. C'est ainsi que s'est mis en place un espace d'échanges de compétences entre habitants de la ville : « le Grenier des compétences », aujourd'hui animé par un groupe technique composé de professionnels et d'habitants, tous animateurs du projet, qui prennent tous ensemble les décisions concernant le projet.

Après plusieurs années de travail et un an de mise en œuvre opérationnelle, on se rend compte de l'intérêt de travailler à partir des compétences de chacun et du partage du pouvoir dans l'animation et les décisions concernant le Grenier : « Cette action-formation a permis aux professionnels de développer une nouvelle pratique sociale qui tend vers une forme de développement social. Les habitants se sont approprié la démarche et vont jusqu'à questionner l'appellation de ce projet dans lequel, par exemple, le mot santé les interpelle... » dit un des professionnels travaillant sur le projet. Aujourd'hui, les animateurs-habitants s'organisent de façon quasi autonome.

Mais, pour faire que chacun trouve sa place dans le projet, il a fallu que les professionnels soient dans une attitude de mise en compétences des habitants, dans une posture professionnelle où ils sont passés d'experts à partenaires, laissant place aux habitants, sans toutefois les mettre en danger.

L'environnement politique et structurel

Enfin, il est aujourd'hui avéré que les démarches communautaires ont un impact sur l'environnement politique et structurel de la santé et peuvent aboutir à la création de structures ou de mécanismes facilitant l'accès aux soins (notamment structures ou praticiens acceptant la CMU). De plus en



plus d'élus communaux ou d'institutions facilitent les démarches communautaires de santé¹ ; c'est, entre autres, qu'ils ont pris conscience que ces démarches avaient un rôle potentiel important en matière d'amélioration de la santé de la population.

Ces exemples montrent de quelle façon les démarches communautaires en santé peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales de santé. En effet, elles donnent aux personnes les moyens d'agir sur leur santé et plus globalement sur leur territoire et rendent les contextes individuels, professionnels et politiques locaux plus favorables à la santé. Mais rappelons qu'elles ne peuvent pas se substituer à une politique générale sanitaire et sociale qui aurait aussi comme objectif la réduction des inégalités de santé.

Et on peut conclure avec une citation d'Albert Jacquard, qui demeure d'actualité : « *Quelles que soient les différences de taille, de couleur ou de statut social, chacun doit avoir accès, sans restriction, à la possibilité de se construire... La fonction première d'une société est d'éduquer, c'est-à-dire de faire prendre conscience à chacun qu'il peut se choisir un destin et s'efforcer de le réaliser... Il ne s'agit pas de fabriquer des hommes tous conformes à un modèle, ayant tous appris les mêmes réponses, mais des personnes capables de formuler de nouvelles questions.* » (3)

Perrine Lebourdais

Consultante et formatrice,
Institut Renaudot, Paris.

1. Cf. notamment l'association « *Élus, santé publique et territoires* ».

► Références bibliographiques

(1) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Organisation mondiale de la santé, 1986.

(2) Les repères dans leur intégralité sont disponibles sur le site Internet de l'Institut Renaudot : [http://www.institut-renaudot.fr/resources/Microsoft+Word+-+RepSC3\\$A8res+Sepsac+2008.pdf](http://www.institut-renaudot.fr/resources/Microsoft+Word+-+RepSC3$A8res+Sepsac+2008.pdf)

(3) Jacquard A. *L'égalité comme source de richesse*. Le Monde diplomatique, mai 1988 : p. 19.

Une recherche-action « Évaluation de l'impact de démarches communautaires sur trois déterminants de santé »

Démarrée en 2006 avec le soutien de l'INPES, la recherche-action « Évaluation de l'impact de démarches communautaires sur trois déterminants de santé » vise à construire une démarche d'évaluation partagée permettant de montrer que la santé communautaire contribue à une meilleure santé globale des populations.

Pour conduire ce travail, treize démarches communautaires réparties sur l'ensemble du territoire français sont accompagnées par l'Institut Théophraste-Renaudot pour :

- élaborer une culture commune de l'évaluation dans une démarche communautaire ;
 - coconstruire une méthodologie d'évaluation de leurs démarches communautaires en santé ;
 - évaluer, avec chaque équipe projet, leurs propres démarches et les impacts observés.
- Après deux ans de mise en œuvre, les équipes projets participant à la recherche-action ont :
- construit les critères d'évaluation qu'elles souhaitaient observer ;
 - élaborer les indicateurs qui permettront d'évaluer ces critères ;
 - construire les outils d'évaluation et la méthode d'utilisation de ces outils ;
 - prétester ces outils, pour certaines équipes projets.

L'évaluation de la recherche-action elle-même que nous pouvons commencer à faire mettre en évidence :

- qu'une culture commune de l'évaluation est en train de se construire au sein des équipes projets : « On a réfléchi ensemble, avec l'équipe, à la grille », « la démarche est maintenant partagée avec le bureau de l'association », etc.
- que les équipes projets travaillent davantage à valoriser leurs actions à travers différents événements : Journées nationales de la prévention 2008, 5^{es} Rencontres de l'Institut Renaudot, etc.

Perpignan : des ateliers santé pour la communauté gitane

Pour promouvoir la santé d'une communauté gitane en situation de grande précarité à Perpignan, les professionnels ont fait du porte-à-porte afin de « recruter » des femmes et bâtir avec elles un programme répondant à leurs besoins. L'évaluation du dispositif mis en place – ateliers santé/mieux-être, cours d'alphabétisation, etc. – démontre son impact positif, grâce en particulier au travail d'une « animatrice santé » sur le quartier. Il reste notamment à améliorer l'ouverture de la communauté sur l'extérieur.

Depuis 2001, des ateliers santé en direction de la communauté gitane ont été mis en place dans le quartier du Nouveau Logis–Les Pins, à Perpignan. Le comité départemental d'éducation pour la santé des Pyrénées-Orientales (Codes 66) pilote ce projet aux côtés des habitants à la recherche de leur « mieux-être ». À partir d'une démarche participative de promotion de la santé, l'objectif est de rendre ces citoyens acteurs de leur propre santé en respectant leurs spécificités culturelles (représentations de la santé, rythme de vie, etc.).

À la suite de l'expression des besoins par les habitants, diverses actions ont été réalisées sous forme d'ateliers abordant la question de la santé notamment dans son rapport au corps (aquagym, cuisine, parcours santé sport), l'alimentation (informations sur la diététique et ateliers cuisine) et un atelier d'alphabétisation. La question du rapport à l'autre, le « non-gitan », a été exprimée dans le souhait de le découvrir et de participer au changement des représentations sur la communauté gitane.

À l'origine de cette action, le comité a présenté un projet, en 2000, dans le cadre du contrat de ville, la santé étant un axe prioritaire ; il intervient dans le cadre d'un partenariat réunissant le centre social, les associations, le conseil général (maison sociale du département Nord), la caisse d'allocations familiales, la caisse primaire d'Assurance Maladie, l'office public d'habitations à loyer modéré.

Les actions menées auprès des femmes du quartier ont exigé un travail inscrit dans la durée et une démarche de concertation entre les acteurs locaux et les habitants.

Sédentarisation forcée

Dans les années 1970, l'urbanisation rapide de Perpignan a conduit à l'expulsion des familles gitanes qui vivaient dans des baraquements ; ces familles ont été relogées sur place mais exclues de nombre de services collectifs urbains : pas de commerces, pas de services publics de proximité. Ancrées sur ce territoire depuis plus de trente ans, elles vivent globalement repliées sur leur fonctionnement communautaire ; elles ne souhaitent pas quitter le quartier et continuent de s'installer dans des caravanes attenantes aux maisons.

Ces familles sont en situation de grande précarité, ce qui renforce leur exclusion et leur stigmatisation vis-à-vis des autres habitants de la ville de Perpignan : 88 % de la population sont bénéficiaires des minima sociaux, 83 % des allocataires de la caisse d'allocations familiales vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 734 euros). Le quartier possède une démographie spécifique avec une part de la population jeune importante (56,3 %).

Au niveau communal, l'ouverture, en 2001, d'un centre social dans ce quartier concrétise la volonté de la ville de Perpignan de réduire les inégalités sociales entre quartiers et d'être plus

proche des attentes et des besoins des habitants.

Action coconstruite avec les habitantes

L'animatrice santé du Codes 66 s'appuie sur une démarche anthropologique qui intègre une approche globale de la personne en tenant compte de la dimension interculturelle. Entrer dans le monde de l'autre nécessite un engagement individuel, une capacité à mettre de côté ses propres références.

En termes de méthodologie d'intervention en direction de la population, la démarche du porte-à-porte a été nécessaire, dans une première étape, afin de mobiliser et d'impliquer plusieurs femmes. Un travail avec ce groupe de femmes a permis de mieux cibler les attentes individuelles et de définir de manière prioritaire les besoins collectifs. Les résultats de ces réflexions ont été présentés aux conjoints des participantes et aux hommes influents de la communauté pour les engager dans les prises de décisions liées à l'action.

Depuis maintenant plus de huit ans, des ateliers santé, parcours santé, séances d'aquagym, ateliers de cuisine, ainsi que des cours d'alphabétisation sont suivis régulièrement par ces femmes à un rythme hebdomadaire. La finalité de ces ateliers collectifs est de construire du sens et de favoriser des démarches individuelles ; un dialogue s'est instauré entre femmes sur les problèmes de

santé rencontrés, et les comportements de chacune face à ces problèmes sont échangés, des informations santé sont apportées et discutées et des choix en termes de démarches collectives ou individuelles sont mis en œuvre. La présence régulière de l'animatrice santé sur le quartier facilite les démarches individuelles et permet un meilleur accès des habitants aux soins.

Impacts observés sur les inégalités sociales de santé

Ce projet fait l'objet d'une évaluation continue, avec le soutien de l'Institut Renaudot depuis 2006. Il en ressort les éléments suivants :

- *sur le plan individuel et familial* : l'action a apporté aux populations une meilleure connaissance de leur corps, des pathologies chroniques et du système de santé ; un accès amélioré au dépistage et aux soins ; un rapport dédramatisé à la maladie ; une compréhension accrue des traitements médicamenteux qui a permis une baisse significative de la consommation d'antidépresseurs et une observance davantage respectée ; une prise de conscience et un changement des habitudes alimentaires avec notamment une perte de poids chez certaines femmes ;
- *sur le plan de la communauté* : une affirmation de soi plus forte des femmes avec des prises de parole en public ; les femmes sortent davantage du quartier ; les besoins communautaires sont formulés (via l'accès à la lecture, l'écriture). Les hommes expriment des demandes (par exemple, en matière d'addictions) ;
- *sur l'environnement social local* : le lien social s'est développé au sein du quartier avec une nouvelle mixité culturelle (notamment rapprochement avec les femmes maghrébines), un projet avec des habitantes d'autres quartiers a aussi été mis en place.

Mieux-être et émancipation

L'impact le plus marquant du programme est que les femmes sont aujourd'hui force de proposition, elles réclament la poursuite et l'évolution des ateliers, et reconnaissent les bienfaits de l'action sur leur santé générale. L'évaluation montre, en outre, que leur mieux-être rejaillit sur les enfants, le couple et plus largement sur les relations infracommunautaires et extra-communautaires. « Avec les ateliers santé, on peut faire autre chose que le

ménage et s'occuper des enfants, on peut penser à nous, on se voit et on est fières de nous », « On s'ouvre au monde comme des roses », témoignent Gigi et Valérie, participantes aux ateliers santé. « Depuis que ma femme participe aux ateliers santé, elle est plus détendue et moins stressée à la maison », explique Vincent, mari de Sandra.

Ce mouvement de mieux-être et d'émancipation des femmes accompagne une prise de conscience communautaire d'un besoin d'ouverture sur l'extérieur. La santé communautaire recouvre l'idée de responsabilité communautaire de la santé. Elle ne doit pas être vécue comme un repli, mais au contraire comme une ouverture sur l'extérieur par l'engagement de multiples partenaires dans les projets définis, réalisés et évalués par les membres de la communauté. La demande des femmes à l'accès à la lecture et l'écriture participe à cette envie et à ce besoin de s'inscrire autrement dans la société. La barrière de l'alphabétisation accentue le mal-être et constitue un véritable obstacle à une démarche d'émancipation et d'autonomie ; cette attente des femmes est un signe qui mesure leur chemin parcouru mais qui également encourage les professionnels à poursuivre leur soutien et leur accompagnement auprès de cette communauté.

Interculturalité

La « longévité » de cette action repose également sur son ouverture à d'autres habitantes issues des quartiers environnants afin de favoriser la mixité sociale. Ce travail sur les liens extracommunautaires permet de développer une démarche qui n'appartient pas exclusivement à la communauté gitane mais qui intègre l'interculturalité comme facteur essentiel de perspective d'évolution du projet. Ce travail est mis en œuvre, depuis 2007, sur deux autres quartiers du Haut-Vernet : Peyrestortes et Saint-Louis-de-Gonzague, ce dernier regroupe des populations de six cultures différentes dont la culture gitane.

En conclusion, cette action de promotion de la santé se poursuit et est inscrite dans la convention triennale 2007-2009, dans le cadre du contrat urbain de cohésion sociale (Cucs) géré par la ville de Perpignan, en lien désormais avec l'atelier Santé-Ville récemment créé à Perpignan.

Catherine Oustrière

Directrice,

Karine Briot

Chargée de mission,

Martine Kempfer

Animatrice santé,

comité départemental d'éducation pour la santé des Pyrénées-Orientales, Perpignan.

Soins et prévention : un levier majeur pour réduire les inégalités

L'accès aux soins et à la prévention fait partie des déterminants sociaux de la santé. Si leur rôle dans l'amélioration de la santé de la population est discuté, il n'en reste pas moins que l'accès aux soins et à la prévention pour tous est une mesure d'équité sociale. Dans le cas contraire, s'il existe des difficultés d'accès primaire ou secondaire, comme le montre Pierre Lombrail, le système peut créer ou aggraver les inégalités.

L'analyse historique de l'amélioration de l'état de santé des populations, dans un groupe de pays à niveau économique équivalent, semble montrer que la contribution du système de soins serait modeste. Bien qu'il soit difficile de chiffrer ce constat, le rôle serait en tout cas très inférieur à celui joué par l'amélioration des conditions de vie d'un point de vue économique et social. Quelle que soit la part réelle de son apport, l'utilité des soins et de la prévention n'est cependant pas contestée et leur accès constitue l'un des droits fondamentaux des personnes.

D'ailleurs, même les pays les plus avancés en termes de stratégies de lutte contre les inégalités sociales de santé incluent dans celles-ci la mobilisation du système de soins, notamment pour des soins primaires et la mise en œuvre d'actions de prévention. Il est en effet incontestable que des actions de prévention ont fait la preuve de leur efficacité dans de nombreux domaines : vaccination, dépistage de cancers (du sein ou du côlon, par exemple), repérage et intervention brève auprès des buveurs excessifs, etc. En 1994, dès son premier rapport sur la santé en France, le Haut Comité de la santé publique estimait qu'un tiers des morts évitables pouvaient être attribuées à un défaut de prévention médicalisée ou à des dysfonctionnements dans sa mise en œuvre. La France a la particularité d'avoir un taux élevé de mortalité dite prématurée évitable, notamment pour les hommes. Cette situation a été analysée à ce jour comme largement imputable à des comportements individuels à risques. Mais cette analyse a pour inconvénient majeur d'occulter la prise en compte des déter-

minants sociaux de ces comportements. Malgré tout, la réduction de la mortalité évitable n'est qu'un des enjeux de l'accès à des soins préventifs de qualité. En effet, si l'on considère d'autres indicateurs comme la morbidité, le niveau d'incapacité, la qualité de vie des malades chroniques ou le bien-être de chacun, un inégal accès à des soins de prévention peut générer ou aggraver les inégalités.

Un inégal accès au système de soins peut être générateur d'inégalités

L'accès aux soins peut être défini comme « *l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus ou les groupes de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé* ». Cet accès peut concerner l'accès primaire ou l'accès secondaire aux services de santé. On parle d'accès primaire pour désigner la première entrée dans le système de soins. L'accès secondaire désigne la façon structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact. Dans les deux cas, des inégalités peuvent se créer ou s'aggraver.

Les inégalités d'accès primaire aux services de santé sont de mieux en mieux documentées...

En effet, des résultats d'enquête ont clairement montré des inégalités de recours aux soins selon les catégories socioprofessionnelles. Les inégalités de soins préventifs selon le niveau d'éducation sont documentées de longue date en population par les divers Baromètres santé de l'INPES (1). Le recours socialement différencié aux soins de généralistes ou de spécialistes est en

lien avec le niveau de diplômes ou la situation professionnelle de la personne, et cela est particulièrement marqué en France, selon une étude comparative sur treize pays européens (2). Les personnes recourent d'autant plus fréquemment aux soins spécialisés qu'elles ont un niveau d'études élevé ou un emploi non manuel.

D'autres inégalités manifestes d'accès primaire existent dans notre pays du fait d'un ensemble de facteurs : soit par méconnaissance du besoin (exemple : ne pas savoir que certains vaccins nécessitent des rappels pour en maintenir l'efficacité) ; soit en raison d'une croyance limitée dans l'efficacité des mesures préventives (3, 4) ; soit par renoncement à des soins pour de multiples raisons (administratives, financières, psychologiques ou culturelles) qui se cumulent chez les personnes en situation de séjour irrégulière (5) ; soit par refus de soins de la part de certains professionnels (exemple du refus de soins à des patients bénéficiaires de la CMU) (6).

...alors que les inégalités d'accès secondaire sont plus méconnues

Les difficultés secondaires d'accès aux services de santé peuvent être catégorisées en fonction de deux ordres de mécanismes : les inégalités dites « par omission » et celles dites « par construction » (7). Elles relèvent toutes les deux de l'incapacité du système de soins à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé.

Les inégalités secondaires par omission sont liées, de manière non inten-

tionnelle, au fonctionnement même du système de soins : soit par non-reconnaissance d'un besoin de soins, soit par non-satisfaction de ce besoin lors de sa reconnaissance. Dans un cas, elles semblent résulter d'une attention moins grande portée aux besoins de prévention des populations en situation de vulnérabilité. Ce qui entraîne une moindre proposition de la part du professionnel pour encourager au dépistage, par exemple. Dans d'autres cas, elles peuvent résulter d'un défaut de coordination. Le besoin est reconnu mais renvoyé sur l'intervention d'un autre professionnel, ou ne se traduit pas par une réponse immédiate du professionnel pour y remédier. Le patient étant laissé seul dans cet « entre-deux ». Les occasions manquées d'intervention, le plus souvent inconsciemment de la part du professionnel, sont réelles. Les professionnels sous-estiment le rôle de rattrapage qu'ils pourraient jouer en soignant, rattrapant ainsi les opportunités perdues.

Divers travaux de recherche semblent corroborer ces hypothèses. En médecine générale, tous les patients ne bénéficient pas de la même façon des programmes de prévention. Des différences liées au niveau d'éducation apparaissent ; elles ne s'expliquent pas toujours par la seule approche culturelle ou par le rapport de la personne à sa santé. Lors d'un audit sur le dépistage individuel du cancer du sein, il a été observé que les femmes âgées, d'origine migrante ou moins éduquées, y sont moins intégrées (8) (*Ndlr : un constat partagé par le programme de Seine-Saint-Denis présenté dans ce numéro, pages suivantes*).

Par ailleurs, certains professionnels ne s'engagent pas dans un processus de soins, malgré la reconnaissance d'un problème, car ils ont un sentiment d'efficacité limité dans ces situations, comme par exemple dans le cas de conduites addictives (9, 10). Les raisons sont complexes et relèvent probablement autant de la représentation que les médecins se font de leurs missions, de leur préparation à les exercer et de leurs conditions d'exercice (11). Renverser la situation suppose un ensemble de mesures dont la diversité et la complexité expliquent qu'elles tardent à se mettre en œuvre. Cela implique de créer les conditions

d'exercice favorables, probablement dans le cadre d'équipes pluriprofessionnelles, avec des mesures incitatives appropriées (la Société française de santé publique – SFSP – suggère de confier aux médecins qui le souhaitent un mandat de santé publique qui pourrait couvrir ces activités préventives) (12). Mais cela suppose aussi de changer de paradigme, pour passer d'une médecine clinique fondée sur la primauté du curatif à une médecine qui prendrait en compte les besoins de soins préventifs et l'environnement social des personnes.

Il faut donc encourager le développement de programmes de santé organisés pour l'ensemble d'un groupe de populations à risque, en raison de leur situation socio-économique, sans tomber dans la stigmatisation de ces populations, d'autant que la capacité de certains de ces programmes à réduire les inégalités d'accès au dépistage du cancer semble avérée (13).

Les inégalités que l'on pourrait qualifier « par construction » s'observent du fait de l'absence de prise en compte des inégalités sociales de santé dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratiques (14, 15). Les inégalités de soins préventifs par construction relèvent elles aussi d'un déterminisme multiple.

Elles sont liées à la construction même de notre système de soins, marquée par une orientation curative domi-

nante, par des cloisonnements multiples (16, 17) et l'absence de responsabilité des professionnels quant à l'état de santé d'une population donnée, contrairement à certains pays (exemple du rôle du médecin généraliste dans le *National Health Service* – NHS – en Angleterre). De plus, les dispositifs d'évaluation des performances du système de soins sont généralement totalement aveugles sur la prise en compte de la question sociale et des inégalités qui en résultent sur la santé.

Plus généralement et à titre d'exemple, les inégalités géographiques de l'offre de soins sont « constructrices » d'inégalités d'accès aux soins et à la prévention, ce qui remet en cause l'équité sociale. Elles frappent plus particulièrement certaines régions françaises, avec un gradient Nord-Sud pour la densité de professionnels médicaux, notamment spécialistes, au détriment des régions du Nord. Mais elles touchent tout autant certains quartiers des grandes villes. Les « zones urbaines sensibles » (Zus) peinent à conserver une offre de soins *in situ*, avec des conséquences qui commencent à peine à faire l'objet d'études rigoureuses (18). Cette situation risque de s'aggraver avec la contraction des ressources humaines, notamment médicales, et les difficultés de financement de la protection sociale.

C'est l'occasion de rappeler, en guise de conclusion, les termes de l'avis 101 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (19). Il affirmait clairement que « les

objectifs du système de soins [hospitaliers] sont en particulier (...) de contribuer à réduire les inégalités d'accès au système de santé qui pourraient relever de l'appartenance à une région, à une classe d'âge, à une catégorie socio-professionnelle ou à une grande précarité ». Cependant, à ce jour, la prise en compte des critères de vulnérabilité ou des déterminants sociaux de la santé n'est pas l'approche dominante dans le système de santé. Ne faut-il pas dès lors s'interroger – dans un souci d'équité sociale – sur l'opportunité de pratiquer une forme de discrimination positive au sein du système de santé, sur des bases éthiques évaluables ?

Pierre Lombrail

Professeur de santé publique, directeur, Pôle d'information médicale d'évaluation et de santé publique, laboratoire de santé publique et d'épidémiologie, hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes.

► Références bibliographiques

- (1) Gautier A. *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2003 : 276 p.
- (2) Jusot F., Or Z., Yilmaz E. Inégalités de recours aux soins en Europe : quel rôle attribuable aux systèmes de santé. In : « XXIX^{es} Journées des économistes de la santé français ». Université catholique de Lille, 6-7 décembre 2007. Paris : CES, 2007 : 23 p. En ligne : http://www.ces-asso.org/Pages/communications_JESF2007.htm
- (3) Lang T., Arveiler D., Ferrières J., et al. Connaissances, croyances et pratiques déclarées des Français en matière de prévention cardio-vasculaire. *Rev. Épidemiol. Santé publique* 2001 ; 49 : 239-48.
- (4) Brixi O., Lang T. Comportements. In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La découverte, Inserm 2000 : 448 p.
- (5) Boisguérin B., Haury B. *Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins*. Drees : Études et résultats n° 645, juillet 2008 : 8 p.
- (6) Desprès C. *La couverture maladie universelle : des usages sociaux différenciés*. *Sci. Soc. Santé* 2005 ; 23 : 79-110.
- (7) Lombrail P., Pascal J., Lang T. *Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ?* Santé, société et solidarité 2004 ; 2 : 61-71.
- (8) Aubert J.-P., Falcoff H., Florès P., Gilberg S., Hassoun D., Petrequin C., Van Es P. *Dépistage mammographique individuel du cancer du sein*. *Revue du praticien – médecine générale* 1995 ; 9(300) : 40-51.
- (9) Pouchain D., Huas D., Druais P.-L., Wolf B., Pas L. *Implication des médecins généralistes dans la prévention*. *Revue du praticien – médecine générale* 1998 ; 12 : 31-7.
- (10) Aulagnier M., Videau Y., Combes J.-B., et al. *Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur*. *Prat. Organ. Soins* 2007 ; 38 : 259-68.
- (11) Pelletier-Fleury N., Le Vaillant M., Hebbrecht G., Boisnault P. *Determinants of preventive services in general practice. A multilevel approach in cardiovascular domain and vaccination in France*. *Health Policy* 2007 ; 81 : 218-27.
- (12) Société française de santé publique. *Des missions de santé publique pour les médecins généralistes*. Rapport consultable sur le site de la SFSP : <http://www.sfsp.info>
- (13) Baudier F., Michaud C. *Le dépistage des cancers : entre organisation et libre choix*. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 299-316.
- (14) Lang T. *Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities?* *Eur. J. Public Health* 2005 ; 15 : 441.
- (15) Dans A.M., Dans L., Oxman A.D., et al. *Assessing equity in clinical practice guidelines*. *J. Clin. Epidemiol.* 2007 ; 60 : 540-6.
- (16) Flajolet A. *Rapport de la Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales de prévention sanitaire*. Paris : La Documentation française, coll. des rapports officiels, 2008 : 249 p.
- (17) Ritter P. *Rapport sur la création des Agences régionales de santé (ARS) présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative*. Paris, janvier 2008 : 60 p. En ligne : http://www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/rapports_thematiques/politique
- (18) Chauvin P., Bazin F. *Santé et recours aux soins dans cinq zones urbaines sensibles d'Ile-de-France*. In : Chauvin P., Parizot I. (dir.), avec la collaboration de S. Revet. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 2005 : 17-37.
- (19) Comité national d'éthique. *Avis n° 101 : santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*.

Cancer du sein : accompagner les femmes vers le dépistage

Le conseil général, l'Assurance Maladie, les professionnels de la santé et des représentants des usagers ont lancé, en 2000, un programme de dépistage organisé du cancer du sein dans le département de la Seine-Saint-Denis. Puis, en 2004, à Bondy, un partenariat avec des relais médicaux et sociaux de proximité a été mis en place dans le cadre d'un projet de promotion de la santé et deux visiteurs de santé publique ont été recrutés. Si le dépistage a effectivement progressé, une grande difficulté subsiste : 25 % des femmes restent à l'écart du dispositif en dépit des efforts mis en œuvre.

Comment, dans des quartiers défavorisés, amener des femmes vers le dépistage du cancer du sein ? En Seine-Saint-Denis, un programme d'éducation pour la santé de proximité est mis en œuvre à partir de la commune de Bondy. Dans ce département, la surmortalité liée au cancer du sein est de 6 % par rapport au niveau national. Les études montrent que la participation aux mammographies est basse dans les populations de femmes à revenu, niveau de scolarité et suivi médical faibles. D'où la volonté politique du département de créer avec ses partenaires, en 1999, une structure de gestion du dépistage des cancers, l'Ardepass, puis un groupement d'intérêt public, le comité départemental des cancers, soit quatre ans avant la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein en France. Objectif : proposer, tous les deux ans, un dépistage organisé du cancer du sein gratuit et de qualité aux femmes âgées de 50 à 74 ans. Et atteindre un taux de participation de 70 % afin de réduire la mortalité de manière significative.

Programme pilote à Bondy

Malgré la gratuité, une importante proportion de femmes ne participe pas au dépistage organisé. Une recherche-action a été menée à Bondy à partir de 2004 pour trouver une autre façon de contacter et sensibiliser ces femmes : formation de femmes-relais, des professionnels de santé et de l'action sociale, des associations de proximité et des habitants dans une logique de participation. Pour répondre à l'objectif

d'adaptation de la communication vers le public, une vidéo a été créée, utilisant le mode de communication oral, dominant dans ces quartiers. Dans le cadre d'un projet financé par le programme régional de santé publique (PRSP), cette démarche participative est étendue, depuis 2007, à quatre autres communes du département (Le Blanc-Mesnil, Bobigny, La Courneuve et Stains).

Ce programme pilote de Bondy (phase 2004-2005, mais le suivi du projet se poursuit) a délivré nombre d'enseignements, parmi lesquels :

- les relais ont une capacité d'action parfois limitée dans un contexte difficile et complexe (moyens, temps, sollicitations nombreuses, etc.) ;
- en revanche, l'engagement de quelques habitantes a été fort, il s'est traduit par la création d'un collectif intitulé « Soleil Santé » qui existe toujours ; ces mêmes habitantes se sont impliquées dans une démarche communautaire en allant à la rencontre des femmes de leur quartier ou en apportant leur expérience à des professionnels ou à des habitantes impliquées dans d'autres communes qui veulent s'inscrire dans une démarche similaire ;
- la formation-action mise en œuvre lors de ce projet auprès de tous les acteurs volontaires a permis un renforcement des compétences et de l'image de soi des habitantes, mais aussi des professionnels.

Des visiteurs de santé publique

Parallèlement à cette action menée à Bondy, deux visiteurs de santé publique

ont été recrutés au niveau du département ; leur mission : rencontrer sur le terrain les professionnels médicaux et paramédicaux, ainsi que les structures sociales et associatives de proximité avec trois objectifs :

- intégrer les femmes éloignées des pratiques de dépistage ;
- inclure dans le dépistage organisé les femmes utilisant le dépistage individuel ;
- fidéliser les femmes se trouvant déjà dans le dispositif.

Ils utilisent des outils *ad hoc* créés par la structure de gestion souvent en partenariat avec les acteurs locaux et les habitants : la vidéo, issue du projet de Bondy, destinée aux relais de proximité ainsi que des diaporamas très visuels afin de vulgariser l'information sur le cancer du sein et le dépistage organisé ; des outils d'aide à la prescription pour les médecins traitants ; un ouvrage de soutien méthodologique sur l'expérience de promotion de la santé à Bondy à destination des autres communes, etc.

Entre 2004 et 2007, les visiteurs de santé publique ont rencontré mille médecins et autres professionnels de la santé, mille cinq cents professionnels du champ bénévole et social (*voir encadré p. 42*) dont un tiers (hors médecins) ont participé à des ateliers de formation-action.

Bilan et évaluation

En 2000, quand la commune de Bondy a démarré le dépistage organisé, comme dans le reste du département,

environ 57 % des femmes seulement bénéficiaient d'un dépistage mammographique adéquat. En 2001, après une première campagne, le dépistage organisé a inclus 25 % de femmes (dont 7 % qui venaient d'un dépistage individuel et 18 % sans dépistage adéquat, c'est-à-dire non dépistées ou avec des dépistages trop espacés dans le temps pour être efficaces). Il restait donc 25 % de femmes sans dépistage adéquat. Même si, au fil des campagnes suivantes, la structure de gestion a réussi à inclure 46 % des femmes concernées (en 2007) en gagnant du terrain sur le dépistage individuel, le pourcentage de femmes en dehors du dépistage, lui, stagne toujours autour de 24 %.

Une évaluation du programme a été réalisée, commune par commune, avant et après le passage des visiteurs de santé publique. Outre les résultats présentés ci-dessus, elle indique un bon niveau de « fidélisation », le taux de renouvellement de la mammographie est en effet meilleur après l'action pour les femmes qui sont entrées dans le dépistage organisé. Globalement, l'objectif de départ – dépistage organisé de

qualité pour 70 % des femmes – n'a pas été atteint même si le dépistage organisé a notablement progressé. La partie qualitative de l'évaluation montre une action plutôt positive des relais sociaux qui se déclarent satisfaits de la formation qu'ils ont reçue et une bonne mise en pratique (quantitative et qualitative) de ce savoir auprès de la population avec laquelle ils sont en contact.

En résumé, les résultats sont globalement positifs mais le dispositif n'a pas encore réussi à amener au dépistage ce quart des femmes qui en sont le plus éloignées. Outre le faible suivi médical et la vulnérabilité sociale et économique, nous avons identifié d'autres freins, liés à leurs peurs et appréhensions. L'un des moyens de surmonter ces peurs est de les informer des bénéfices liés au dépistage organisé, à commencer par le taux de guérisons plus élevé. C'est l'enjeu majeur de la suite du programme : consolider la progression globale et trouver des moyens pour atteindre ces femmes qui restent hors du dispositif. La réplique du projet de Bondy vers d'autres communes du département ainsi que le travail en pro-

fondeur et dans la durée mené par les visiteurs de santé publique auprès des relais de proximité pour un meilleur accompagnement vers le dépistage des populations les plus éloignées montre que la structure de gestion continue de miser sur une obligation de moyens plutôt que sur une culture du résultat.

Youcef Mouhoub

Visiteur de santé publique,
comité départemental des cancers (CDC)
Seine-Saint-Denis.

Des visiteurs de santé publique qui sillonnent les quartiers

Deux visiteurs de santé publique ont été recrutés spécialement pour ce programme d'incitation au dépistage de cancer. L'un visite les professionnels : médecins généralistes, gynécologues qui peuvent être prescripteurs du dépistage organisé, médecine du travail, radiologues, pharmaciens ; l'objectif est notamment d'inciter ces professionnels à orienter les femmes vers le dépistage organisé plutôt qu'en individuel. L'autre visiteur va essentiellement voir les professionnels du social (services sociaux, maisons de quartier) les femmes-relais, les associations communautaires, d'alphabétisation, etc. Il entre aussi en contact avec les femmes concernées par le dépistage (de 50 à 74 ans) pour qu'elles deviennent à leur tour relais de l'information sur le dépistage organisé. Il travaille également avec les femmes plus jeunes qui peuvent être des relais de second niveau, par exemple, les filles par rapport aux mères. Nombre de femmes concernées sont analphabètes et ne comprennent donc pas la lettre d'invitation à faire la mammographie, dans ce cas c'est donc très souvent la fille – ou le fils – qui lit le courrier pour sa mère. À Aubervilliers, l'une des communes où ce programme d'incitation au dépistage a été étendu, on met en avant une autre difficulté : les hommes, qui peuvent être un frein à la réalisation de la mammographie dans le cadre du dépistage organisé car, si la femme ne sait pas lire, « ils prennent souvent le courrier et le mettent à la poubelle ; ou les garçons le lisent et n'osent pas en parler ». Une action d'information destinée aux hommes a donc été mise en place à Aubervilliers ; une démarche difficile et de longue haleine : à Perpignan (cf. article p. 36), quatre années ont été nécessaires pour impliquer les hommes dans le programme de prévention.

Y. M.

Hôpital Avicenne : comment s'adapter aux patients migrants

L'hôpital Avicenne, à Bobigny, accueille de nombreuses personnes migrantes ; des professionnels issus de l'immigration et ou migrants eux-mêmes y travaillent depuis longtemps. Avicenne est le maillon français d'un programme européen destiné à mieux accueillir les migrants pour faciliter l'accès aux soins et aux dispositifs de protection sociale. La formation des équipes pour faciliter la compréhension et l'estime mutuelle patient-soignant et l'amélioration de l'interprétariat sont des axes forts d'action. Présentation par le professeur Antoine Lazarus.

Avicenne, hôpital universitaire situé en banlieue nord-est de Paris, a une histoire singulière : construit dans les années 1930 et dénommé hôpital franco-musulman, il était destiné à l'accueil des travailleurs musulmans malades, notamment les tuberculeux. Une importante partie des personnels recrutés jusqu'aux médecins parlaient les langues d'Afrique du Nord. Bien avant que les obligations légales ne l'imposent, les repas prenaient en compte les interdits alimentaires. La question de la mort à l'hôpital y avait déjà été pensée et l'hôpital possédait et administrait un cimetière musulman construit avec ses bâtiments de style mauresque pour le logement des personnels de garde et d'entretien. Il existe toujours mais est administré par la commune. De nombreux anciens combattants musulmans y sont enterrés.

Répondant aux demandes de la population environnante il est devenu l'hôpital de tous. Ce n'est plus le franco-musulman mais l'hôpital Avicenne, centre hospitalier et universitaire avec environ cinq cents lits. Il fait partie de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Les accueils aux urgences 24h/24 sont très importants et en croissance permanente. Il y a aussi un flux important de consultants externes en ambulatoire.

L'hôpital reste encore très marqué par sa tradition avec une partie importante des personnels qui y ont fait toute leur carrière. Comme pour d'autres hôpitaux, une large partie des utilisateurs, et leurs familles, vient des anciennes colonies

françaises. S'y ajoutent, venant du monde entier, tous ceux que les difficultés économiques et les guerres ont forcé à la migration. Dans les couloirs, dans les chambres des patients et aux consultations cohabitent des personnes de tous les pays. Les gens cherchent, dans des langues différentes, les services où trouver une personne hospitalisée dont ils ne connaissent pas toujours le nom de famille enregistré par l'administration quand il n'est pas le même que le nom coutumier par lequel les gens se connaissent et se désignent entre eux.

Projet européen « Migrant friendly hospital »

L'hôpital Avicenne a été choisi pour être l'hôpital français du projet européen *Migrant Friendly Hospital* (MFH) lancé en 2003 par le réseau OMS des hôpitaux promoteurs de santé, avec le concours financier de la Commission européenne et du gouvernement autrichien. Pour cet hôpital – déjà très convaincu de l'importance de la prise en compte de la dimension culturelle comme facteur de succès pour l'accès effectif aux services de santé, de même que la faculté de médecine et les autres hôpitaux qui l'entourent –, ce programme a été l'occasion d'un important travail d'investigation, de réflexion sur les pratiques habituelles des différentes catégories de personnels, de mise en adéquation des services offerts avec les besoins, demandes et problèmes des patients et de leurs familles ; mais aussi des besoins et problèmes des services pour atteindre leurs objectifs.

Conformément à l'exigence du programme, nous avons constitué un groupe de pilotage, dirigé par le chef de service des maladies infectieuses en charge également des enseignements de la pathologie des voyages, le professeur Olivier Bouchaud (cf. *La Santé de l'homme* n° 392). Par avancées progressives, il a fallu construire une méthodologie d'identification des problèmes y compris les plus difficiles puis formuler des propositions pour améliorer l'accueil des migrants et minorités ethniques dans notre hôpital. Parmi les axes de travail proposés dans le projet *Migrant Friendly Hospital*, nous en avons retenu deux : interprétariat-communication et formation des équipes¹.

Développer l'interprétariat et la communication

En matière d'interprétariat, l'hôpital, comme d'autres en France, utilise un service extérieur qui propose des traducteurs par téléphone ou en face-à-face. Hormis son poids financier, ce dispositif est bien adapté. Dans l'hôpital même, de nombreux personnels ont une culture familiale et linguistique qui permet la communication avec les patients de même origine. Si l'on veut dépasser leur rôle informel, mieux utiliser et valoriser leurs compétences, encore faut-il les identifier, avoir leur accord et celui de leurs chefs pour qu'ils jouent ce rôle même en dehors de leur service. Il faut connaître et organiser leur disponibilité. Cette activité doit être supervisée notamment pour garantir la plus grande neutralité possible de l'in-

terprète et de ses émotions, de ses opinions, parfois de ses pressions entre le malade et le médecin. À l'hôpital Avicenne, la présence d'un service de psychiatrie ayant une longue compétence en « psychiatrie interculturelle » permet de proposer des formations aux interprètes. Par ailleurs, souvent, des patients se proposent et jouent le rôle d'interprète pour d'autres patients. Cette pratique très utile a été l'objet de réflexions et de mises en garde car elle pose des problèmes de confidentialité. Elle est potentiellement une porte d'entrée à des violations de l'intimité des patients et du secret médical. Cependant, pour la vie quotidienne à l'hôpital, cette solidarité entre les patients est très précieuse.

Formation des équipes aux « compétences culturelles »

Les opinions, remarques et représentations des usagers migrants ont été approchées à travers les représentants d'associations issues de l'immigration et intervenant dans l'hôpital, d'anciens hospitalisés, parfois malades chroniques. Des interventions directes de patients ont eu lieu au cours de trois journées publiques à thèmes qui ont réuni chaque fois plusieurs centaines de personnes : des professionnels, quelques patients mais aussi de nombreux intervenants de quartiers, issus de l'immigration, médiateurs, aidants, animateurs de réseaux d'habitants. Y ont aussi participé des artistes et intellectuels².

Le repérage des problèmes comme apprentissage continu

Sur le plan méthodologique, le plus difficile – et en même temps le plus intéressant et nécessaire – est le repérage des problèmes (de qui, pour qui, pour quoi). Il amène à décaler les points de vue. Il oblige à prendre de la distance par rapport à ses manières de faire. Quand les problèmes et questions à résoudre sont bien clarifiés, énoncés et partagés, les solutions deviennent possibles. Les professionnels habitués aux responsabilités sont alors très inventifs, de nombreuses propositions d'actions ou de stratégies sont formulées. Dans la conduite du projet, il faut être attentif à ne pas se lancer immédiatement dans des propositions d'actions avant d'analyser les problèmes sous leurs divers angles. Aller trop vite risquerait de ne répondre qu'aux problèmes des professionnels eux-mêmes, appuyés sur leurs analyses et pratiques

habituelles et qui souvent n'ont toujours pas permis de résoudre les problèmes.

Améliorer les relations usagers-professionnels

Le travail de repérage des problèmes, long, a été conduit par des groupes de travail rassemblant infirmières/cadres infirmiers, médecins, administratifs, travailleurs sociaux, représentants des cultes, associations travaillant dans et autour de l'hôpital. Le groupe de pilotage du projet a aussi eu recours à quelques intervenants extérieurs. Une étude menée par un interne de santé publique a été conduite

avec les personnels d'accueil, personnes peu formées et parfois reclassées à ce poste pour leur procurer un travail moins fatigant.

Ici aussi, nous avons pu constater qu'il n'y a pas de changements réels qui n'induisent des résistances et qu'il n'y a pas de résistances institutionnelles qui se résolvent par un coup de baguette magique... ou alors c'est souvent une illusion fugace. Le travail est long et doit être soutenu à terme. Cela pose la question de l'après programme européen – limité dans le temps – et de son élargissement à d'autres hôpitaux.

Retenons pour conclure que si ce type d'initiative semble être faite spécifiquement en direction des migrants, elle interroge beaucoup plus largement l'ensemble des relations et interrelations souvent insatisfaisantes entre, d'une part, les usagers du système de soin et de santé et, d'autre part, les professionnels et administratifs qui le conçoivent. Car, outre les migrants, il y a d'autres populations que l'on pourrait mieux accueillir, en les comprenant mieux tout en leur permettant de mieux comprendre. Il n'y a pas que les migrants qui ont des cultures – dans le rapport à la santé, à la maladie, les représentations de ce qui est bon ou ne l'est pas – différentes de celles des professionnels. L'observance des traitements et conseils éducatifs est améliorée si l'on s'appuie, avec les patients, sur ce qu'ils pensent et croient ; et si une relation d'estime et de confiance mutuelle est établie. Mais ce constat n'est-il pas tout aussi valable dans la plupart des secteurs de la vie sociale ?

Antoine Lazarus

Professeur des universités,
praticien hospitalier, hôpital Avicenne,
département interhospitalier de santé
publique, médecine sociale,
université Paris-13.
Président du Codes de Seine-Saint-Denis.

1. *Recommandations européennes : Déclaration d'Amsterdam pour des hôpitaux accueillant des migrants dans une Europe marquée par la diversité ethnique et culturelle.*

2. *Les thèmes de ces journées, qui ont eu beaucoup de résonances, ont été conçus comme une démarche de recherche et de formation mutuelle, d'échanges et d'apports de compétences entre nos différentes cultures. Les thèmes ont été le symbolisme du sang dans différentes cultures (2003), vieillissement à l'étranger, y compris les questions de la mort à l'hôpital et du retour ou non du mort dans son pays natal (2004), la communication entre malades et soignants (2005).*

Cet article est extrait de la publication suivante : Lazarus A. Vers un système de soins universel et adapté aux diversités : les bonnes intentions de l'hôpital mises à l'épreuve par ses utilisateurs migrants. In : *Concilier bien-être des migrants et intérêt collectif : État social, entreprises et citoyenneté en transformation*. Strasbourg : éditions du Conseil de l'Europe, coll. Tendances de la cohésion sociale, n° 19, 2008 : 300 p.

Consultations itinérantes

Autre approche dans le même département, complémentaire du travail effectué à Avicenne, l'« Homnibus » de l'hôpital Jean-Verdier, en Seine-Saint-Denis, est une consultation mobile pour aller au-devant des personnes « précaires » ayant besoin de soins médicaux et qui ne se manifestent pas. Ce bus se déplace dans les quartiers, se gare notamment devant des foyers de travailleurs migrants. L'équipe – médecins, infirmières et travailleurs sociaux – oriente, accompagne les personnes malades vers une prise en charge médicale et sociale. Le bus joue un rôle d'invitation à la prise de contact ; il accueille anonymement et sans demande financière.

À souligner que le statut de cette « consultation hospitalière mobile » a été très difficile à établir, soulevant au départ de nombreuses résistances et difficultés. En particulier, le point d'équilibre a été délicat à stabiliser dans une équipe, réunissant des personnels soignants avec leur culture hospitalière, des médecins de ville exerçant des vacations et des travailleurs sociaux ayant une expérience de travailleurs de rue, tous désormais dotés d'un statut de personnel hospitalier.

La présence de travailleurs sociaux, la bonne articulation avec les dispositifs de l'Assurance Maladie permettant d'apporter des solutions en termes d'accès aux droits sont des atouts majeurs. Aux endroits où il s'arrête régulièrement, la présence familière et sans conditions de l'Homnibus permet des contacts progressifs, par petites touches, qui aident à faire émerger et à formuler des demandes de soins ou de soutien. Cela permet entre autres à des femmes qui gardent seules leurs enfants d'avoir une information, un contact infirmier ou médical qu'elles n'auraient pas pu aller chercher, n'ayant souvent pas les moyens de faire garder leurs enfants. À noter cependant que les personnes les plus en difficulté sur le plan du VIH ou de la toxicomanie préfèrent s'adresser à des services de soins autres que l'Homnibus.

A. L.

Bibliographie

- Caritas Europa. *Migration, un voyage vers la pauvreté ? Une étude de Caritas Europa sur la pauvreté et l'exclusion des immigrants en Europe. 3^e rapport sur la pauvreté en Europe*. Bruxelles : édition Caritas Europa 2006 : 108 p.
En ligne : <http://www.caritas-europa.org/module/FileLib/Poverty2006FRweb.pdf>
- Conseil de l'Europe a. *Recommandation Rec(2006)17 du Comité des ministres aux États membres sur les hôpitaux en transition : nouvel équilibre entre soins en établissements et soins de proximité* (adoptée par le Comité des ministres le 8 novembre 2006, lors de la 979^e réunion des délégués des ministres).
En ligne : http://www.coe.int/t/dg3/health/recommandations_fr.asp
- Conseil de l'Europe b. *Recommandation Rec(2006)18 du Comité des ministres aux États membres sur les services de santé dans une société multiculturelle* (adoptée par le Comité des ministres le 8 novembre 2006, lors de la 979^e réunion des délégués des ministres).
- D'Halluin J.-P., Maury F., Petit J.-C., De Singly C. Pouvoirs et organisations à l'hôpital. In : *L'hôpital en mouvement*. Revue Esprit, janvier 2007 : 14-31.
- Ilich I. *Un facteur pathogène prédominant. L'obsession de la santé parfaite*. Le Monde diplomatique, mars 1999 : p. 28.
En ligne : <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>
- Lazarus A., Abboub K. L'idéologie de la santé comme idéal du droit des migrants ? In : Caloz-Tschopp M.-C., Dasen P. (dir.). *Mondialisation, migrations et droits de l'homme : un nouveau paradigme pour la recherche et la citoyenneté*. Bruxelles : Bruylant, 2007 (1) : p. 331.
- Ordre des médecins. *Serment d'Hippocrate réactualisé*. Le Bulletin de l'Ordre des médecins n° 4, avril 1996.
- Sow A. « Quelles identités pour quelle intégration ? Immigration noire africaine ». In : *Intégration et identité : ruptures et réconciliations culturelles*. Cahier de l'Urac n° 10, 1999.
En ligne : http://www.uraca.org/download/editing/cahiers/Uraca_cahier10.pdf

Pour en savoir plus

Les inégalités sociales de santé résultent de l'ensemble des inégalités sociales qui structurent la société, et leur existence se traduit par un continuum, un gradient social des états de santé. C'est pourquoi nous avons choisi de ne pas orienter spécifiquement notre recherche documentaire vers les documents abordant le thème des inégalités uniquement sous l'angle de la santé des populations les plus vulnérables, de « l'exclusion », des marges de la société.

La bibliographie présentée dans cette rubrique propose d'abord quelques ouvrages et articles généraux sur la problématique des inégalités sociales de santé. Une deuxième partie signale des documents présentant des données récentes ainsi que des éléments de méthode de mesure des inégalités de santé. La troisième partie indique des documents traitant des fondements et déterminants des inégalités sociales de santé. Les ouvrages et articles référencés dans la dernière partie concernent les politiques et actions mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé.

Les adresses des sites Internet mentionnées ont été consultées et vérifiées le 01/09/2008.

► Bibliographie

Généralités

• Aiach P., Fassin D., Jouglu E., Rican S., Péquignot F., Le Toulec A., et al. *Les inégalités sociales de santé : un dossier à rouvrir*. La Revue du praticien 2004 ; 54(20) : 2219-72.

• Bihl A., Pfefferkorn R. *Les inégalités sociales de santé. ; Interrogations ?* 2008 ; (6) : 60-77.

En ligne : <http://www.revue-interrogations.org>

• De Koninck M., Fassin D., Ferland M., Pampalon R., Leclerc A., Niedhammer I., et al. *Inégalités sociales de santé* [dossier]. Santé société et solidarité : revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité 2004 ; (2) : 5-210.

• Lebas J., Salem G., Chauvin P., Berthod-Würmser M., Bloch-Lainé J.F., Cazes C. Les inégalités et disparités de santé en France. In : Haut Comité de la santé publique. *La santé en France 2002*. Paris : La Documentation française, 2002 : 163-243.

En ligne : <http://ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000152/index.shtml>

• Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La découverte, Inserm, 2000 : 448 p.

Mesurer les inégalités sociales de santé : méthodes et données d'enquêtes

• Atlan G. *Les inégalités sociales de santé en Ile-de-France*. Paris : Conseil économique et social de la région Ile-de-France, 2007 : 147 p.

En ligne : <http://www.cesr-ile-de-france.fr/> (rapports et avis)

• Cambois E., Jusot F., Leclerc A., Prouvost H., Poirier G., Fernandez D., et al. *Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux*. [Numéro thématique]. BEH 2007 ; (2-3) : 9-28.

En ligne : <http://www.invs.sante.fr/beh/2007/>

• Chauvin J., Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé en France. In : Bourdillon F., Brucker G., Tabuteau D. *Traité de santé*

publique. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2007 : 331-41.

En ligne : <http://i.ville.gouv.fr/Data/inserhit-lien.php?id=3977>

• Devaux M., Jusot F., Sermet C., Tubeuf S. *Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé*. Revue française des affaires sociales 2008 ; (1) : 29-47.

• Grignon M., Couffinal A., Dourgnon P., Jusot F., Naudin F. *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*. Paris : Irdes, 2004 : 86 p.

En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2004/doc1571bisMesureImpactDeterminNonmedicaux.pdf>

• Kambia Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. *La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire : résultats de l'Enquête santé protection sociale 2006 (ESPS 2006)*. Questions d'économie de la santé 2008 ; (132) : 1-4.

En ligne : <http://www.irdes.fr>

• Menvielle G., Chastang J.-F., Luce D., Leclerc A. *Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès*. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2007 ; 55(2) : 97-105.

• Quesnel Vallee A., Kunst A.E., Diez Roux A.V., Lombrail P., Blane D., Netuveli G., et al. *Épidémiologie sociale et inégalités de santé* [colloque de l'Adelf, Toulouse, 18-19 mai 2006]. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2007 ; 55(1) : 1-54.

• Trugeon A., Fontaine D., Lemery B., Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors). *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton*. Paris : Masson, coll. Abrégés de médecine, 2006 : 176 p.

Origine et déterminants des inégalités sociales de santé

• Autès M. *Les inégalités de santé, fruit d'une injustice sociale*. Contact santé 2007 ; (221) : 12-3.

En ligne : http://www.santenpdc.org/pages/contactsante/CS_221/fichier/inegalitesde-sante.pdf

• Bungener M., Ulmann P., Bazin F., Parizot I., Chauvin P., Pascal J., et al. *Déterminants socio-économiques des inégalités de santé*. Sciences sociales et santé 2006 ; 24(3) : 119 p.

• De Koninck M., Pampalon R., Paquet G., Clément M., Hamelin A.M., Disant M.J., et al. *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008 : 95 p.

En ligne : <http://www.inspq.qc.ca>

• De Koninck M., Disant M.-J., Pampalon R., et al. *Inégalités sociales de santé : influence des milieux de vie*. Lien social et politiques-Riac 2006 ; (55) : 125-36.

• Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. *Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents*. Questions d'économie de la santé 2007 (118) : 1-6.

En ligne : <http://www.irdes.fr>

• Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. *Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé*. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2003 ; 51(4) : 381-401.

• Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. *Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé*. Sciences sociales et santé 2002 ; 20(4) : 72-128.

• Leclerc A. *La place de la santé au travail dans la santé publique. Contribution des facteurs professionnels aux inégalités sociales de santé*. Actualité et dossier en santé publique 2006 ; (57) : 63-5.

• Sass C., Moulin J.-J., Labbe E., Chatain C., Gerbaud L. *La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé*. Pratiques et organisation des soins 2007 ; 38(2) : 139-46.

En ligne : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Fragilite_sociale.pdf

• Wilkinson R., Marmot M. (dir). *Les déterminants*

sociaux de la santé : les faits. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, 2004 : 40 p.
En ligne : <http://www.euro.who.int/document/e82519.pdf>

Agir sur les inégalités sociales de santé

- Commission des déterminants sociaux de la santé (Organisation mondiale de la santé). *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2008 : 36 p.
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf

- Commission des déterminants sociaux de la santé (Organisation mondiale de la santé). *Vers la mise au point d'un cadre conceptuel d'analyse et d'action sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2005 : 40 p.
En ligne : <http://ftp.who.int/eip/commision/Cairo/Meeting/conceptual%20frame%20french.pdf>

- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., et al. *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé*. Questions d'économie de la santé 2005 ; (92) : 1-6.

- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., et al. *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes*. Questions d'économie de la santé 2005 ; (93) : 1-8.

- Déléation interministérielle à la ville. *Ateliers Santé-Ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Paris : les éditions de la Div, coll. Repères, 2007 : 286 p.

- Déléation interministérielle à la ville. *Ateliers Santé-Ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Paris : les éditions de la Div, coll. Repères, 2007 : 286 p.
En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf

- Lagabrielle D., Flores P. *Réduire les inégalités sociales de santé. Comment le généraliste peut-il y contribuer ?* Revue du praticien-médecine générale 2005 ; 19(704-705) : 1055-6.

- Lorach J.-M. *Inégalités de santé et action territoriale : situation et perspectives offertes par les principes du développement durable*. Développement durable et territoire [revue en ligne], 05/03/2004.
En ligne : <http://developpementdurable.revues.org/document1032.html>

- Morel J. *L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques*. Santé conjugée 2007 ; (40) : 75-7.
En ligne : http://www.maisonmedicale.org/IMG/pdf/SC40_C_morel.pdf

- Paquet G. *Partir du bas de l'échelle. Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*. Montréal : Les Presses de l'université de Montréal, 2005 : 152 p.

- Pascal J., Abbey-Huguenin H., Lombrail P. *Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ?* Lien social et politiques-Riac 2006 ; (55) : 115-24.

- Ridde V. *Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ?* Promotion & Education 2007 ; XIV(2) : 111-4.

- Ridde V., Guichard A., Houéto D. *Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances »*. Promotion & Education 2007 ; XIV (suppl. 2) : 44-7.

- Van de Geuchte I., Maulet N., Willems S., Roland M., De Maeseneer J. *Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé 1995-2006*. Bruxelles : Fondation Roi-Baudouin, 2007 : 102 p.
En ligne : <http://www.kbs-frb.be/publication.aspx?id=224054>

► Sites et organismes ressources

- **Centre de recherche Léa-Roback : centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal**

Le centre a pour mission de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et à l'amélioration des conditions de vie. Il assure le développement de la recherche sur les inégalités sociales de santé, la création d'alliances entre chercheurs, décideurs publics et acteurs de terrain, le transfert de connaissances vers l'action, et la formation de chercheurs. Il poursuit cette mission à Montréal en collaboration avec des centres analogues à travers le monde.

Centre Léa-Roback – 1301, rue Sherbrooke Est – Montréal (QC) H2L 1M3 (Canada)
Mèl : info@centrearoback.ca

En ligne : <http://www.centrearoback.org/>

- **Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS**

Créée en mars 2005, la Commission des déterminants sociaux de la santé est l'instrument par lequel l'Organisation mondiale de la santé (OMS) présente aux gouvernements, à la société civile, aux organisations internationales et aux donateurs des moyens pratiques pour assurer de meilleures conditions sociales pour la santé. Les dossiers proposés sur son site Internet, consacrés aux déterminants sociaux de la santé ou à la façon de s'attaquer aux causes sociales des inégalités de santé, sont pour le moment disponibles uniquement en anglais.

Commission des déterminants sociaux de la santé - Room 3162

Organisation mondiale de la santé
20, avenue Appia – CH-1211 Genève 27 (Suisse) – Mèl : csdh@who.int

En ligne : http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html

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

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

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

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

Irdes

10, rue Vauvenargues – 75018 Paris (France)
Mèl centre de documentation : documentation@irdes.fr

En ligne : <http://www.irdes.fr>

- **Institut Théophraste-Renaudot**

Ce centre de ressources en santé communautaire met à disposition sur son site Internet de nombreux documents dont certains relatifs aux déterminants sociaux de la santé, aux inégalités sociales de santé et au rôle de la promotion de la santé et de la santé communautaire dans la lutte contre ces inégalités.

Institut Théophraste-Renaudot

20, rue Gerbier – 75011 Paris (France)

Tél. : 01 48 06 67 32

Mèl : contact@institut-renaudot.fr

En ligne : <http://www.institut-renaudot.fr>

- **Observatoire des inégalités**

Cet organisme indépendant d'information et d'analyse sur les inégalités, financé par des subventions publiques et le mécénat d'entreprises, présente des données relatives aux revenus, à l'éducation, aux conditions de vie ou encore aux inégalités hommes-femmes.

Observatoire des inégalités

35, rue du Canal – 37000 Tours (France)

Tél. : 02 47 44 63 08

Mèl : contact@inegalites.fr

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

Olivier Delmer

Documentaliste, INPES.

Suisse romande : des éducateurs pour parler sexualité à l'école

En Suisse romande, des éducateurs formés pendant deux ans interviennent dans les établissements scolaires pour dispenser l'éducation sexuelle, tandis qu'en Suisse alémanique ce sont en général les enseignants eux-mêmes qui interviennent. Les classes concernées reçoivent des élèves de 6 à 15 ans. Ces programmes de prévention portent prioritairement sur l'estime de soi, le respect d'autrui et le développement de l'esprit critique. Présentation du dispositif en Suisse romande, où l'éducation à la sexualité est désormais obligatoire.

Comment aborder la question de la sexualité en milieu scolaire ? Dans le système fédéraliste suisse, l'éducation sexuelle est du ressort des cantons. La couverture de l'éducation sexuelle en Suisse est multiple : chacun des vingt-six cantons a son propre plan d'étude spécifiant les objectifs généraux de prévention. Deux grands modèles sont mis en œuvre : le modèle alémanique et le modèle romand (Suisse francophone), qui est exposé ici. Le modèle alémanique est dit « interne » : c'est l'enseignant, en primaire et en secondaire, qui se charge de dispenser le cours d'éducation sexuelle.

Dans le modèle romand, dit « externe », ce sont des professionnels extérieurs ayant suivi une formation de deux ans qui viennent dans les classes. En Suisse romande, un plan-cadre supra-cantonal a été mis en place et stipule pour la première fois que l'éducation sexuelle doit être obligatoire à l'école de 6 à 15 ans. Les cours d'éducation sexuelle, selon la conception romande, se basent sur l'interactivité avec la classe, son contenu évolue notamment en fonction des questions posées par les élèves. Un certain nombre de thématiques sont abordées constamment, notamment les changements pubertaires, les relations affectives et sexuelles, la contraception et la grossesse, la prévention des infections sexuellement transmissibles et des abus sexuels. Ces thématiques sont en lien avec des compétences à promouvoir, telles que l'estime de soi, la faculté d'opérer des choix, le respect d'autrui, l'esprit critique, en particulier

par rapport à la sexualisation médiatique. Les parents sont associés à cette démarche d'intervention en classe. Chaque fois qu'il y a un cours d'éducation sexuelle, ils sont invités à une soirée au cours de laquelle ils peuvent discuter avec un professionnel qui présente le programme et ses objectifs. Ensuite, les parents peuvent demander que leurs enfants ne participent pas à ce cours. Même si cette possibilité leur est offerte, très peu de parents la demandent.

Dans ce modèle romand, un diplôme en santé sexuelle a été mis en place en partenariat entre les institutions universitaires, les organismes de formation continue et les organisations cantonales d'éducation sexuelle et de planning

familial ; ce partenariat est coordonné par des associations professionnelles¹. Les éducatrices² et formatrices en éducation sexuelle sont diplômées à l'issue d'une formation théorique (sexologie, sociologie, psychologie, droit, éthique) et pratique de deux ans.

Se baser sur les questions des élèves

Ce sont les questions anonymes des élèves qui permettent à l'éducatrice de construire la leçon. Chaque question reçoit une réponse qui est en général issue d'une discussion interactive entre les élèves eux-mêmes et entre les élèves et l'éducatrice. Les cours d'éducation sexuelle suscitent une réflexion *a posteriori* qui peut faire naître des

Suisse romande et alémanique : deux modèles d'éducation avec leurs limites

Le modèle d'éducation à la sexualité en milieu scolaire de la Suisse romande présenté ci-contre a des avantages et des inconvénients, tout comme l'autre modèle, développé en Suisse alémanique. Très schématiquement : le modèle alémanique (éducation à la sexualité dispensée par les enseignants) pose problème car de nombreux enseignants n'ont pas les compétences ni les ressources pour mettre en place un cours d'éducation sexuelle qui réponde aux besoins des élèves. Pour remédier à ces lacunes, l'Office fédéral de la santé publique ainsi que certains cantons en Suisse alémanique mettent en place des mesures pour améliorer la formation (initiale et continue) des enseignants.

Le modèle de la Suisse romande présente aussi des limites résultant de la fréquence de ses interventions ponctuelles. En effet, les élèves participent à un cours d'éducation sexuelle environ tous les deux ans dès leur première année d'école. Entre-temps, naturellement, de multiples questions se posent alors que l'éducatrice est absente, ainsi cela peut se traduire comme autant d'occasions manquées d'aborder le thème. La discontinuité de cette offre éducative rend nécessaire une bonne coordination de tout le corps enseignant, qui doit être à même de répondre aux différentes demandes soit en les problématisant avec les élèves, soit en les aiguillant vers une offre externe (visite au centre de planning familial avec la classe, conseil personnalisé chez l'infirmière scolaire ou dans un centre de conseil spécialisé, orientation vers des sites Internet adaptés, etc.).

interrogations bien après le passage de l'éducatrice. C'est pourquoi, à la fin de la leçon, ils sont informés des différents services d'aide tels que les services de planning familial, la médecine scolaire, les antennes de prévention sida et le site Internet Ciao. Ces services sont présentés et les prestations qu'ils offrent décrites. Ces adresses permettent aux élèves d'aller chercher des informations précises et personnelles au moment où ils en ont besoin. Enfin, les éducatrices mettent souvent à disposition des élèves deux brochures sur la sexualité des filles et des garçons, réalisées par les antennes sida, les services d'éducation sexuelle et les centres de planning.

Par ailleurs, dans le cadre de ce même programme d'éducation sexuelle, les établissements peuvent faire appel à des interventions menées par les « antennes sida », qui permettent d'aborder le parcours de vie d'une personne séropositive, laquelle vient témoigner dans une classe. En général, l'enseignant n'est pas présent et les élèves peuvent, en toute confiance, poser un grand nombre de questions sur le VIH/sida et la séropositivité. Cette expérience est très appréciée et de nombreuses écoles demandent chaque année ces témoignages. L'idée est de parler du VIH/sida de manière à éviter sa normalisation.

Pour revenir au cadre général de l'éducation sexuelle, le rôle des parents est primordial, notamment jusqu'à l'adolescence. Les parents sont intégrés et sollicités pour accompagner l'enfant et le jeune dans son éducation sexuelle.

Mais il ne suffit pas de faire de l'éducation sexuelle en milieu scolaire, il faut un relais, une accessibilité aux centres de santé, d'où le rôle important joué par les centres de conseil, de consultation, notamment les centres de planning familial, les antennes prévention sida et des consultations spéciales jeunes, notamment dans deux hôpitaux, à Genève et à Lausanne. Ces consultations sont adaptées spécifiquement pour l'accueil des jeunes.

Éducation sexuelle de qualité pour tout élève

En conclusion, le modèle d'éducation à la sexualité présent en Suisse romande – intervention de professionnels extérieurs formés – a des avantages et des inconvénients, tout comme son pendant alémanique, dans lequel ce sont les enseignants qui interviennent (*voir encadré*). À noter que la combinaison des deux modèles est de plus en plus présente en Suisse alémanique. Dans tous les cas, et quel que soit le modèle utilisé, professionnels et autorités travaillent sur un objectif commun : que chaque élève, en Suisse, puisse bénéficier d'une éducation sexuelle de qualité, intégrant tant une vision positive de la sexualité qu'une prévention des risques (IST y compris VIH/sida, grossesses non désirées, abus sexuels). À cet effet, un centre de compétence national en éducation sexuelle a été mis en place en 2003 (Amorix) par deux organisations non gouvernementales (ONG) – la Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive (PLANes) et l'Aide suisse contre le sida – et financé par l'Office fédéral de la santé

publique. Ce centre de compétence, actuellement géré par la Haute École pédagogique de Lucerne (Suisse alémanique), est en train de promouvoir les formations, de base et continue, pour les enseignants en Suisse et particulièrement en Suisse alémanique, où le rôle des enseignants est prédominant. Leur travail devrait s'améliorer grâce à une meilleure préparation à la mise en place du cours d'éducation sexuelle.

Mais beaucoup reste à faire : les deux modèles prônent le rôle de l'un de ces deux acteurs alors que les avantages et les inconvénients montrent bien que les deux types sont essentiels pour répondre aux besoins des élèves. En 2008, la garantie pour un élève de participer à une éducation sexuelle comprenant à la fois les aspects affectifs et sexuels n'est pas satisfait pour l'ensemble de la Suisse, et c'est ce défi qu'il faudra relever durant la prochaine décennie en promouvant largement l'échange d'expériences et l'évaluation des différents modèles mixtes.

Caroline Jacot-Descombes

Présidente, Association romande et tessinoise des éducatrices/teurs, formatrices/teurs en santé sexuelle et reproductive (Artanes), Genève, Suisse.

1. Fondation PLANes : fédère les services d'éducation sexuelle en Suisse. Association romande Artanes.

2. Le terme éducatrice est utilisé ici au féminin car la profession regroupe le plus généralement des femmes.

Pour en savoir plus

- Centre de compétence suisse en éducation sexuelle à l'école
En ligne : <http://www.amorix.ch>
- Association Artanes
En ligne : <http://www.artanes.ch>
- Fondation PLANes
En ligne : <http://www.plan-s.ch>

Contact

caroline.jacot-descombes@artanes.ch

Les Français en manque de sommeil

Les Français ne dorment pas assez, tel est le principal enseignement des enquêtes menées par l'INPES. Selon une enquête publiée par l'Institut en mars 2008, 45 % de la population des jeunes adultes (25-45 ans) considèrent ne pas assez dormir : 12 % seraient insomniaques et 17 % déclarent une dette chronique de sommeil pendant la semaine.

Si quelques études épidémiologiques quantifient la prévalence des troubles du sommeil en France, peu explorent les pratiques, représentations ou attitudes vis-à-vis du sommeil, et aucune étude publiée ne renseigne la question du manque chronique de sommeil.

Le sommeil occupe pourtant plus d'un tiers de notre existence. Chez l'adulte, il est essentiel à la préservation des capacités cognitives et motrices, à l'ajustement de nombreuses sécrétions hormonales ainsi qu'à la restauration du système immunitaire ou encore au repos du système cardio-vasculaire. Il est également déterminant pour l'équilibre psychologique et émotionnel des individus. Si un manque ponctuel de sommeil se rattrape aisément, un déficit chronique est susceptible de favoriser, entre autres, l'hypertension artérielle, l'obésité ainsi que des troubles de l'humeur ou du comportement.

Cette enquête¹ réalisée par l'INPES est la première étude réalisée par les pouvoirs publics qui soit intégralement consacrée au sommeil. Elle vise, en préalable à la mise en place d'actions de prévention et d'éducation dans le cadre du Programme d'actions sur le sommeil initié par le ministère de la Santé en janvier 2007, à produire, d'une part, une première estimation de la prévalence de la dette chronique de sommeil chez les jeunes adultes en France ; d'autre part, à identifier parmi les connaissances, pratiques, attitudes et représentations du sommeil, quels sont les freins et les leviers sur lesquels communiquer ou plus largement exercer une action. Nous en présentons ici les premiers résultats ainsi que les principaux enseignements.

La durée de sommeil

45 % des personnes interrogées considèrent ne pas dormir assez. Elles dorment en moyenne sept heures par nuit pendant la semaine, entre une et deux heures de plus le week-end. Les raisons du manque de sommeil sont nombreuses : le travail (52,5 %), les facteurs psychologiques comme le stress ou l'anxiété (40 %), les enfants (27 %), les loisirs (21 %) et le temps de transport (17 %).

Selon les indicateurs retenus (*voir encadré*), nous avons distingué, à des fins de comparaison, différentes catégories de dormeurs (*voir figure*).

- **Les insomniaques** dorment en moyenne six heures quarante et une par nuit pendant la semaine ; ils sont plutôt des femmes (59 % des insomniaques) et généralement âgés de 30 à 40 ans.

- **Les personnes en dette chronique de sommeil** dorment en moyenne cinq heures quarante-huit par nuit pendant la semaine ; elles sont plutôt jeunes

(25 % des moins de 30 ans contre 17 % en moyenne), et habitent le plus souvent en agglomération parisienne (31,4 % des habitants de l'agglomération parisienne sont en dette de sommeil).

- **Les personnes ayant un sommeil suffisant** dorment en moyenne sept heures vingt et une par nuit pendant la semaine ; elles ne se distinguent pas par un profil sociodémographique particulier.

Pratiques et comportements

La régularité des horaires

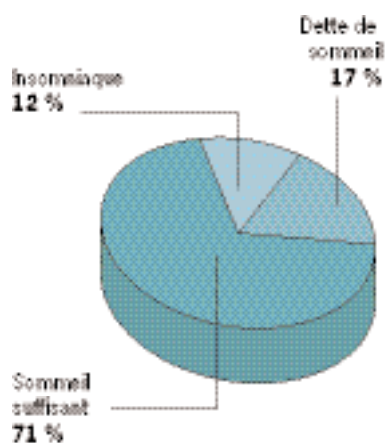
74 % des personnes âgées de 25 à 45 ans ont des horaires de sommeil relativement réguliers pendant la semaine. Près de 80 % se couchent avant minuit, et le temps d'endormissement moyen est de dix-neuf minutes. Les personnes en dette chronique de sommeil (et dans une moindre mesure les insomniaques) ont des habitudes de sommeil deux fois plus irrégulières que la moyenne pendant la semaine. Les sorties en semaine ne semblent pas à l'origine de cette irrégularité puisque les personnes en dette chronique de sommeil ou les insomniaques ne sortent pas plus ni plus tard que les autres.

Les activités précédant le sommeil

Plus de deux personnes sur trois consomment des excitants après 17 h, que ce soit du tabac (29 %), du café (27 %), ou encore du cola (22 %) ou du thé (21 %). Les insomniaques sont plus nombreux (73 %) à en consommer que les autres.

74 % des personnes interrogées ont l'habitude de regarder la télévision le soir avant de dormir ; parmi eux, 24 % la regardent au lit et 14 % s'endorment avec. Les insomniaques et les personnes en dette chronique de sommeil sont aussi nombreux à regarder la télévision

Statut des 25-45 ans vis-à-vis du sommeil



que ceux qui dorment suffisamment mais ils la regardent plus longtemps.

35 % des personnes interrogées surfent sur Internet ou jouent à des jeux vidéo durant l'heure précédant leur coucher. Les insomniaques et les personnes en dette de sommeil sont plus nombreux à pratiquer ces activités (respectivement 40 % et 42 %).

Un certain nombre de pratiques stimulantes (consommation d'excitants, activités précédant le coucher) ainsi qu'une irrégularité des horaires de sommeil, néfastes pour lui, se retrouvent significativement plus fréquemment chez les personnes insomniaques et chez les personnes en dette de sommeil.

Représentations, attitudes et connaissances

Des représentations positives à l'égard du sommeil

98 % des personnes interrogées associent spontanément le mot « dormir » à des représentations positives. Si l'on ne considère plus seulement la valeur positive ou négative de ces représentations mais leur contenu, des différences (statistiquement significatives) intéressantes apparaissent entre nos trois sous-populations de dormeurs.

Les personnes en dette de sommeil associent plus souvent au mot dormir les termes « antistress », « apaisant », « bien-faisant », « sérénité » : 11 % d'entre elles contre 4 % des personnes ayant un sommeil suffisant et 2 % des insomniaques.

Les personnes ayant un sommeil suffisant associent plus souvent au mot dormir les termes « récupérer », « réparer », « recharger les batteries » : 14 % d'entre elles contre 10 % des personnes en dette chronique de sommeil et 9 % des insomniaques.

Les insomniaques associent plus souvent au mot dormir les termes « difficultés », « appréhensions à s'endormir » (13 % contre respectivement 3 % chez les personnes ayant un sommeil suffisant et 2 % chez les personnes en dette chronique de sommeil).

Ces différences sont significatives du point de vue du lien existant entre la nature du sommeil vécu (suffisant, dette, insomnie) et les représentations

qui y sont associées. Les personnes ayant un sommeil suffisant ont notamment plus spontanément que les autres une représentation du sommeil comme fonction biologique.

Des attitudes en partie ambivalentes

Quasiment la totalité (99,8 %) des personnes interrogées pense que dormir est important pour la santé et 86 % considèrent que c'est un plaisir. Cependant, 13 % des personnes interrogées considèrent que c'est une perte de temps et 6 % que c'est de la paresse.

Une connaissance partielle des effets d'un manque de sommeil

79 % des personnes interrogées pensent qu'un manque de sommeil peut favoriser une dépression et 74 % que cela nuit à la mémoire. Mais moins de la moitié savent que ce manque de

sommeil favorise l'hypertension artérielle (46 % ne savent pas, 11 % pensent que c'est faux) et moins d'un tiers savent qu'il favorise la prise de poids (40 % ne savent pas, 33 % pensent que c'est faux).

Si les personnes interrogées identifient assez bien les risques psychologiques ou plus largement cognitifs d'un manque de sommeil (liens avec la dépression ou la mémorisation), elles en ignorent assez largement les risques physiques.

En conclusion

Ces premières données donnent des pistes intéressantes quant aux éléments sur lesquels axer une démarche de prévention et d'éducation. Il semble, d'une part, qu'un certain nombre de connaissances concernant les risques associés à un manque chronique de sommeil (hypertension artérielle, prise de poids)

Les critères de recherche pour l'insomnie et la dette chronique de sommeil

Les critères pris en compte dans cette étude pour définir insomnie et dette chronique de sommeil sont les suivants.

L'insomnie

Le sujet déclare au moins l'un des troubles suivants :

- a des difficultés pour s'endormir ;
- se réveille la nuit et a des difficultés pour se rendormir ;
- se réveille trop tôt le matin sans pouvoir se rendormir ;
- a un sommeil non récupérateur.

Ce ou ces troubles sont présents au moins trois nuits par semaine depuis au moins un mois et ont un impact négatif sur au moins l'un des éléments suivants : le caractère (irritabilité) ; l'humeur (idées noires, tristesse) ; la mémoire ; la concentration ; les activités quotidiennes ; les relations avec les autres ; le travail ; les loisirs ; la somnolence diurne.

Sont exclues du diagnostic d'insomnie les personnes atteintes d'autres pathologies du sommeil (apnée du sommeil, narcolepsie) ainsi que les personnes souffrant de troubles du sommeil à cause d'une autre pathologie.

La dette chronique de sommeil

Le sujet déclare un nombre d'heures de sommeil moyen par semaine (calculé en fonction de l'heure à laquelle la lumière est éteinte et de l'heure du réveil moins la durée d'endormissement) inférieur ou égal de quatre-vingt-dix minutes à son besoin moyen en sommeil (déclaré). Sont exclus de cette population les insomniaques ainsi que les personnes déclarant une autre pathologie du sommeil (apnée du sommeil, etc.).

Il n'y a pas de critère scientifique permettant de définir la dette chronique de sommeil. On peut néanmoins la définir comme le fait de dormir moins que ses besoins naturels en sommeil et ce, de façon régulière. Selon le critère utilisé, une personne en dette de sommeil perd, en moyenne par semaine de travail (sur cinq jours), au moins sept heures trente minutes de sommeil, soit l'équivalent d'au moins une nuit de sommeil perdue par semaine (hors week-end).

Les sujets considérés comme ayant « un sommeil suffisant » sont ceux qui ne sont ni insomniaques, ni en dette de sommeil.

E. R.

soient largement ignorés au sein de la population interrogée. Une meilleure information semble donc nécessaire et serait de nature à renforcer au sein des représentations que l'on a du sommeil ses aspects fonctionnels, qui semblent moins saillants chez les personnes en dette de sommeil que chez les personnes dormant suffisamment.

Ces résultats indiquent également que les personnes en dette de sommeil, au même titre que les insomniaques, ont une hygiène de sommeil (consommation d'excitants, activités précédant le coucher, irrégularité des horaires) qu'il est possible d'améliorer par une démarche d'éducation à la santé.

Enguerrand du Roscoät

Psychologue, chargé de recherche, direction des affaires scientifiques, INPES.

1. Enquête réalisée par l'Institut BVA auprès d'un échantillon national représentatif de la population française âgée de 25 à 45 ans. 1 004 personnes ont été interrogées par téléphone du 13 au 22 décembre 2007.

Baromètre santé de l'INPES : un état des lieux des troubles du sommeil

Publié en avril 2008, le nouveau « Baromètre santé » de l'INPES consacre un chapitre aux troubles du sommeil (1, 2). Il ressort qu'en 2005, 18 % des Français se déclarent insatisfaits de la qualité de leur sommeil et près de la moitié d'entre eux (46 %) disent avoir eu des problèmes de sommeil au cours de la semaine qui précède l'interview. Par ailleurs, 7 % déclarent avoir eu recours à des somnifères ou à des hypnotiques au cours des douze derniers mois pour faciliter leur sommeil. Les individus n'apparaissent pas égaux face au sommeil : les femmes s'avèrent plus touchées par ces troubles.

La déclaration d'une insatisfaction dans la qualité du sommeil, de troubles ressentis au cours de la semaine ou d'une prise de somnifères au cours des douze derniers mois s'avère particulièrement élevée après 45 ans. Un plus haut niveau d'insatisfaction est également constaté parmi les 15-19 ans, sans que la prévalence des troubles apparaisse plus élevée que pour les autres âges.

Par ailleurs, environ un quart des personnes obèses se dit insatisfait de la qualité de son sommeil (contre 17 % pour le reste de la population) et plus de la moitié d'entre elles déclarent avoir connu, ne serait-ce qu'un peu, des problèmes de sommeil (contre 45 % pour le reste de la population).

Christophe Léon

Statisticien, chargé d'études, direction des affaires scientifiques, INPES.

(1) Beck F., Léon C., Léger D. (sous la dir.). *Troubles du sommeil : une approche exploratoire*. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. Baromètre santé 2005. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 519-32.

(2) Voir aussi l'article de Christophe Léon « Que pensez-vous de votre sommeil ? ». *La Santé de l'homme* n° 388, mars-avril 2007, dossier Éduquer au sommeil : 28-9.

Entretien avec Damien Léger, professeur à la faculté de médecine Paris-Descartes, responsable du centre du sommeil et de la vigilance, Hôtel-Dieu, à Paris.

« Le sommeil est en compétition avec la télévision et Internet »



© C.F.G./ZEFA/CORBIS

La Santé de l'homme : Vous prenez en charge des personnes souffrant de troubles du sommeil. Quel constat général dressez-vous en ce qui concerne les Français et leur sommeil ?

Damien Léger : Le constat que nous faisons quotidiennement dans notre centre de sommeil qui effectue une prise en charge des personnes souffrant de troubles, c'est que le simple fait de les éduquer sur leur sommeil leur permet d'en améliorer la qualité. Nous avons publié plusieurs études scientifiques sur les personnes âgées et les travailleurs de nuit, validant ce constat. Ainsi, le sommeil des seniors peut être amélioré par un programme d'éducation à la santé (1, 2). Par exemple, certaines personnes qui ont des problèmes sévères de sommeil dévelop-

pent des attitudes paradoxales qui aggravent la situation au lieu de l'améliorer, par manque d'information : quelqu'un qui dort mal va rester au lit très longtemps pour prolonger son compte de sommeil, or l'on sait que le fait de rester beaucoup au lit diminue la qualité du sommeil.

L'éducation, c'est développer des messages simples sur le fonctionnement du sommeil, les rythmes de l'horloge biologique, les éléments dans l'environnement qui jouent un rôle, telles l'alimentation, la pratique d'un exercice physique régulier, une attention vis-à-vis des excitants. Ces messages ont un effet favorable sur ces troubles du sommeil. L'information existe, la presse et la télévision parlent beaucoup et de plus en plus du sommeil, mais il n'est pas si fréquent de trouver des sources à la fois scientifiques et pédagogiques.

S.H. : Pourquoi les Français dorment-ils de moins en moins et pas assez ?

Incontestablement, la population grignote sur le sommeil, l'étude de l'INPES (NDLR : voir article pages précédentes) montre bien que 17 % – ce n'est pas négligeable – des Français sont en privation importante de sommeil avec 5 heures 41 de sommeil par jour (chiffre moyen). Parce que la compétition est de plus en plus forte entre, d'une part, le sommeil et, d'autre part, les moyens multiples de distraction, y compris en famille : outre la télévision et les jeux vidéo, Internet prend une place importante, à commencer chez les adolescents. Cette compétition fait parfois perdre de vue les règles de bon sens que l'on peut rappeler ici. Le besoin de sommeil est important chez l'enfant et l'adolescent : en règle générale, les très jeunes enfants ont besoin de 11 à 12 heures de sommeil, les enfants et les adolescents ont vraiment besoin de 9 à 10 heures. Et c'est seulement quand on devient jeune adulte que l'on peut passer à 8 heures de sommeil par jour. Il s'agit bien évidemment de chiffres moyens.

S.H. : Que préconisez-vous, en éducation pour la santé, pour assurer un sommeil correct ou pour prévenir les troubles du sommeil ?

Nous avons formulé un train complet de mesures dans le rapport Giordanella (3).

Parmi les mesures simples à mettre en œuvre, il faudrait mettre à la disposition du public des documents qui permettent de « s'évaluer » sur le plan du sommeil et se connaître en tant que dormeur : suis-je du soir ou du matin ? Petit ou grand dormeur ? Bon dormeur ou insomniaque ? La plupart des gens ne le savent pas, ce qui peut paraître étonnant mais correspond pourtant à la réalité de ce que nous, professionnels, observons.

Mieux se connaître, c'est prendre davantage soin de son sommeil et donc pouvoir mieux récupérer. Il faut faire passer l'information. Dans notre centre du sommeil, nous recevons beaucoup de travailleurs en horaires décalés – ils sont plusieurs millions en France et représentent pas moins de 20 % des travailleurs salariés. Nombre d'entre eux sont peu informés, nous leur donnons

des questionnaires pour identifier leur sommeil, leurs besoins, cela les aide beaucoup.

Autre mesure qui me semble importante à mettre en œuvre : développer l'offre de soins car la prise en charge est actuellement insuffisante : il y a, en France, une vingtaine de centres du sommeil, avec chacun deux ou trois médecins ; c'est insuffisant pour prendre en charge les personnes qui leur sont adressées, et il y a actuellement plusieurs mois, voire une année d'attente pour être pris en charge dans ces centres. D'où la nécessité de développer le réseau de soins.

Propos recueillis par
Yves Géry

Pour en savoir plus

Centre du sommeil et de la vigilance
Centre de référence hypersomnies rares
Hôpital de l'Hôtel-Dieu
AP-HP, université Paris-5
1, place du Parvis-Notre-Dame
75181 Paris Cedex 04
Tél. 01 42 34 82 43.

<http://www.institut-sommeil-vigilance.org>

<http://www.je-dors-trop.fr>

Dossier *Éduquer au sommeil. La Santé de l'homme* n°388, mars-avril 2007 : 13-56.

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/388.htm>

► Références bibliographiques

(1) Gauriau C., Raffray T., Choudat D., Corman B., Léger D. *Les troubles du sommeil peuvent être objectivement améliorés chez les seniors par un programme personnalisé à la santé.* Presse Med 2007 ; 36 (12, cah. 1) : 1721-31.

(2) Léger D., Gauriau C., Corman B., Choudat D. *Un programme éducation santé pour améliorer le sommeil des seniors.* La Santé de l'homme n° 388, mars-avril 2007 : 37-8.

(3) Giordanella J.-P. *Rapport sur le thème du sommeil.* Rapport à Monsieur Xavier Bertrand. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 274 p.

En ligne : http://www.sante.gouv.fr/html/actu/giordanella_sommeil/rapport.pdf

équilibres

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



Abonnez-vous gratuitement !

www.inpes.sante.fr





VIOLENCE, ABUS SEXUELS, MALAISES. BOIRE TROP. DES SENSATIONS TROP EXTRÊMES.

