

Projet Interreg Transfrontalier COPROSEPAT

Coopération transfrontalière en promotion à la santé et éducation du patient en milieu rural

Interreg
France-Wallonie-Vlaanderen



**PROVINCE DE
LUXEMBOURG**



**Wallonie
familles santé handicap
AVIQ**

COPROSEPAT

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional
Met steun van het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling

Co-financeur du projet

ETUDE DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE EN MATIÈRE DE PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ AUPRÈS D'UN PUBLIC FRAGILISÉ



Document
de synthèse



Projet Interreg Transfrontalier COPROSEPAT

**ÉTUDE DE LA LITTÉRATURE
INTERNATIONALE EN MATIÈRE DE
PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA
SANTÉ AUPRÈS D'UN PUBLIC FRAGILISÉ**

Document de synthèse

Droits d'auteur et référence de la publication

Service public provincial, l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg encourage la diffusion et la reproduction de l'information contenue dans cette publication à la condition qu'une mention claire et explicite de ce rapport et de la (des) source(s) soit faite.

Veillez faire référence au présent document de la manière suivante :
Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg · Etude de la littérature internationale en matière de promotion et prévention de la santé auprès d'un public précarisé · 2021 · Document de synthèse · Arlon, 2021

Éditeur responsable

Pierre-Henry Goffinet, Directeur général provincial
Place Léopold, 1 – 6700 Arlon

Dépôt légal

D/2021/9151/1. Tous droits réservés.

Édition

Juillet 2021 - 150 exemplaires.

PRÉFACE

Bonjour à toutes et tous,

En tant que Député provincial en charge de la santé, je suis très favorable au développement de la coopération transfrontalière en matière de santé.

Par exemple, le projet COPROSEPAT, qui requiert toute mon attention, se concentre sur la prévention et l'éducation thérapeutique du patient tout en soutenant une dynamique de coopération sanitaire.

Cette dernière porte sur un des aspects majeurs de nos politiques de santé, à savoir la prise en charge des maladies chroniques dans un contexte de vieillissement démographique.

La Province de Luxembourg souhaite renforcer l'accès de toutes et tous aux soins, à l'éducation thérapeutique du patient et à l'équité en santé.

Notre objectif, avec nos partenaires, est d'améliorer l'accès aux soins pour tous et d'adapter les messages de prévention et de promotion de la santé afin qu'ils collent le mieux possible à la réalité vécue par les personnes les plus fragiles et les plus précarisées.

Pour atteindre cet objectif, différentes étapes sont nécessaires dont la réalisation de cette étude qui va permettre de prendre les décisions les plus appropriées à la réalité de terrain.

Bonne lecture !

Stephan De Mul

Président du Collège

Député provincial en charge du social,
de la santé, de la citoyenneté et de la mobilité



AVANT-PROPOS

Les maladies chroniques sont, dans nos sociétés occidentales, les principales causes de mortalité de nos populations.

Les traitements administrés pour soigner ces pathologies représentent plus des trois quarts des dépenses des systèmes de santé.

Aujourd'hui, ces pathologies se développent de manière importante dans les pays les moins développés de la planète.

Pour en améliorer la prise en charge, il est indispensable d'intégrer dans les programmes de soins l'apport du patient qui est le premier observateur et acteur de l'évolution de son état de santé. Le patient atteint d'une affection chronique doit pouvoir apporter sa connaissance, son expérience, son ressenti sur son état de santé.

Au travers du programme Interreg V FWV, le projet COPROSEPAT vise à atteindre de tels objectifs dans le cadre de la coopération sanitaire transfrontalière initiée depuis trois décennies au sein de l'espace frontalier rural franco-belge. Celui-ci est doté de sept territoires de santé transfrontaliers dénommés ZOAST qui améliorent l'accès aux soins des patients résidant dans ces territoires. Le projet COPROSEPAT veut renforcer cette prise en charge transfrontalière au moyen des actions suivantes :

- ▶ L'élaboration d'un portrait de territoire pour permettre une connaissance fine de l'état de santé des populations et de l'offre de soins.
- ▶ Un recensement des services de prévention et d'éducation thérapeutique du patient qui sont primordiaux et essentiels à la prise en charge responsabilisée des patients atteints d'affections chroniques.

- ▶ Une prise en compte des moyens et des pratiques développées en éducation thérapeutique pour favoriser un échange de bonnes pratiques tant au niveau des professionnels de santé que des patients.
- ▶ Le développement d'une action d'éducation thérapeutique transfrontalière dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, première cause de mortalité.
- ▶ Une amélioration de la prise en charge des patients vulnérables atteints de pathologies chroniques au moyen d'une étude préalable de la littérature en ce domaine et le développement d'actions éducatives adaptées aux spécificités de ce type de patientèle.
- ▶ L'intégration de projets d'éducation thérapeutique dans un territoire transfrontalier classé désert médical.

Le projet qui s'étale sur la période allant du 1er avril 2019 au 31 décembre 2022 repose sur un partenariat solide composé principalement de l'Observatoire Européen de la Santé Transfrontalière (OEST), l'Observatoire Régional de la Santé du Grand Est (ORS GE), l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg, la Mutualité Socialiste du Luxembourg, le Groupe Vivalia, l'Hôpital de Mont-Saint-Martin Groupe SOS Santé, le CHU UCL Namur, l'asbl COTRANS, la Mairie de Givet, l'UGECAM Ardennes, CHRONILUX, etc.

La présentation du projet et les travaux réalisés ainsi que le partenariat que développe ce projet sont accessibles sur le site internet : <https://coprosepat.eu/>



COLOPHON

Coordination de l'étude

Charles-Henri Boeur

Rédaction

Charles-Henri Boeur

Relecture

Michel Bonnefoy, Astrid Brolet, Léonore Collinet, Estelle Dessaint, Jacques Devillers, Valérie Eliard, Marine Godard, Henri Lewalle, Patricia Steifer

Infographie et communication

Province de Luxembourg/Anne Segers

Remerciements

À l'ensemble des relecteurs et du groupe de travail Interreg Coprosepap



TABLE DES MATIÈRES

Préface	5
Avant propos	7
Colophon	9
Table des matières	11
Introduction	13
Données chiffrées dans le monde	15
Les déterminants de la santé	19
Modèles théoriques décrivant les déterminants de santé	20
Analyse transversale des articles	23
1. Un public de plus en plus précaire	
2. Access denied, réessayez !	
3. Une complexité institutionnelle et un morcellement des compétences	
4. Une société de contrôle	
5. Une hyper-saturation des services	
6. Des questions immuables, des pratiques à renouveler	
7. Une mauvaise considération des professionnels de la santé envers les pauvres	
La pauvreté	27
I. Belgique	28
Les revenus moyens par déclaration	
Les types de ménages en Belgique – focus sur les ménages monoparentaux	
II. France	29
1. La pauvreté monétaire	
2. La pauvreté en termes de conditions de vie	
3. La pauvreté selon les minima sociaux	
4. La pauvreté ressentie	

III. Causes de la pauvreté	32
1. Revenus	
2. Types de ménages – familles monoparentales	
3. Logement	
IV. Conséquence de la pauvreté	33
Quelques pistes d'action	
V. Risque de la pauvreté chez l'enfant	36
Implications de la pauvreté infantile	
Conséquences	
Les Inégalités Sociales de Santé (ISS)	39
I. Les approches possibles pour lutter contre les ISS	41
1. Approche universelle	
2. Approche ciblée	
3. Principe d'universalisme proportionné	
4. Participation sociale et Empowerment	
II. Comment agir sur le terrain ?	43
1. Renforcement des capacités individuelles	
2. Renforcement des capacités des groupes et communautés	
3. Améliorer les conditions de vie et de travail	
4. Réorientation des services de santé	
III. Moyens pour agir efficacement avec les personnes précarisées	45
IV. Quelques exemples de programmes/outils de Santé publique dans le monde ...	51
Rôle des politiques	59
Conclusion	63
Bibliographie	64

INTRODUCTION

« Nous sommes en échec partiel en matière de prévention et encore plus dans les catégories socio-économiques défavorisées » (Thierry Lang).

« La conservation d'une population en bonne santé pour réduire les coûts est cruciale. En effet, la population de plus en plus âgée amènera à des dépenses de santé et sociales. L'ampleur des dépenses dépendra de comment la santé de la population s'améliore et de la qualité et de l'efficacité des services proposés ».

Des études ont montré que la santé et le bien-être d'un individu sont déterminés tout au long de sa vie par divers facteurs socio-économiques et des forces externes, qui favorisent également la détérioration de son état de santé et de son accès aux services de soins. Ces « facteurs de vulnérabilité » multidimensionnels agissent à différents niveaux : économique, psychosocial et politique. Un individu peut être affecté par plusieurs facteurs à la fois, susceptibles de le rendre plus vulnérable en termes de santé et d'accès aux soins. Fluctuants, ces facteurs de vulnérabilité peuvent toucher les individus à différentes périodes de leur vie.



Les inégalités sociales de santé (ISS) sont aujourd'hui considérées comme venant menacer le développement du capital humain, la stabilité sociale et la sécurité nécessaires à l'amélioration du niveau de vie et du bien-être de tous. Composante ancienne et importante de la promotion de la santé, la lutte contre les ISS est devenue une urgence mondiale. La santé publique a assurément une contribution importante à apporter en prenant davantage en compte les ISS dans ses interventions, en collaborant avec d'autres secteurs et aux côtés des communautés. Et s'il n'incombe pas à la santé publique de porter, à elle seule, la responsabilité de lutter contre les ISS, elle a le devoir éthique de s'assurer que ses interventions ne contribuent pas à les aggraver. Si les avancées et la volonté d'agir sont incontestables, l'action sur les ISS en santé publique reste marginale et les résultats peu visibles.

La publication par l'OMS du rapport Marmot marque un tournant dans la lutte contre les ISS. En France, on observe depuis le début des années 2000 une accélération de leur prise en compte, passée d'un débat de spécialistes à une priorité de l'agenda politique. Cette question occupe une place centrale dans la Stratégie nationale de santé. Elle constitue également un des axes majeurs du troisième Plan (2016-2020) et est présente dans les plans stratégiques régionaux de santé de plusieurs agences régionales de santé (ARS).

Les inégalités sociales de santé sont des « différences » d'état de santé importantes et évitables entre des personnes appartenant à des groupes sociaux différents. Elles concernent toute la population selon un « gradient social » qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées. Le « gradient social » est un lien statistiquement constaté entre la position socio-économique des personnes et leur état de santé.

On parle de gradient quand on observe que la catégorie sociale la plus favorisée se caractérise par des indicateurs sanitaires plus favorables que la catégorie immédiatement inférieure, et ainsi de suite quel que soit l'indicateur sanitaire utilisé. Les inégalités de santé reflètent ainsi la stratification sociale et donc les inégalités au sein de la société. La santé diminue quand la position socio-économique diminue. Ces différences ne sont pas distribuées de façon aléatoire, mais sont

socialement construites, donc modifiables et évitables et par là-même injustes.

Contrairement aux inégalités de santé liées à des facteurs génétiques (sexe, facteurs héréditaires) ou physiologiques (âge), la notion d'ISS appelle à aller au-delà d'une approche purement étiologique en faisant intervenir les notions d'éthique et de justice sociale. Ainsi, la définition employée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) utilise l'expression d'iniquités de santé et non d'inégalités de santé, et en souligne ainsi le caractère injuste : « *Health inequities are avoidable inequalities in health between groups of people within countries and between countries. These inequities arise from inequalities within and between societies. Social and economic conditions and their effects on people's lives determine their risk of illness and the actions taken to prevent them becoming ill or treat illness when it occurs* »¹.

Comme le montrent ces définitions, les ISS ne sont pas synonymes de précarité, pauvreté ou exclusion, et s'y intéresser ne consiste pas uniquement à suivre la santé de groupes de population en grande précarité². Les ISS traversent en effet l'ensemble des groupes sociaux selon un gradient et elles concernent donc la société dans son ensemble, que l'on constate dans les pays à revenus faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé.

1. Les inégalités en matière de santé sont des inégalités de santé évitables entre des groupes de personnes au sein des pays et entre les pays. Ces inégalités résultent des inégalités au sein et entre les sociétés. Les conditions sociales et économiques et leurs effets sur la vie des gens déterminent leur risque de maladie et les mesures prises pour éviter qu'elles ne tombent malades ou soigner la maladie quand elle survient.

2. La notion de « précarité » renvoie à divers éléments tels que l'insécurité du présent et de l'avenir, le moindre accès à l'instruction, la malnutrition ou la sous-nutrition, l'exiguïté et/ou l'insalubrité du logement, les difficultés d'accès aux soins, la surexposition aux conduites à risque (alcoolisme, prostitution...) et l'exercice de professions dangereuses... Ces éléments entraînent une fragilisation de la santé physique et mentale, ainsi que des répercussions diverses, notamment sur la famille. En tant que notion également contextuelle et structurelle, elle invite parallèlement à agir sur l'environnement pour en modifier les propriétés et le rendre moins « vulnérabilisant », à adjoindre à l'accompagnement individuel des politiques intersectorielles telles l'emploi, la formation et l'insertion, la ville, la lutte contre les discriminations, l'éducation, l'égalité des chances...

DONNÉES CHIFFRÉES DANS LE MONDE

Au cours des dernières décennies, le niveau moyen de santé en Europe n'a cessé de s'améliorer, à ce point que les générations vivent, maintenant, plus longtemps et en meilleure santé que les générations précédentes. Pourtant, malgré ces améliorations, les différences de statut de santé entre les personnes les plus favorisées et les moins favorisées restent d'actualité allant même jusqu'à s'accroître (dans certains cas). On arrive à un gradient social où la santé commence à devenir de pire en pire lorsqu'on descend dans l'échelle socio-économique.



Les classes socio-économiques basses ont non seulement une moins bonne santé mais ont également tendance à avoir beaucoup plus de mal à changer leurs habitudes. Et les études montrent qu'il est très difficile d'obtenir un changement dans les mentalités malgré les progrès de nos sociétés actuelles. Ce constat a pour conséquence d'agrandir le fossé entre riches et pauvres.

A titre d'exemples, sont repris ci-dessous quelques chiffres provenant de différents pays dans le monde :

Etats-Unis

Aux Etats-Unis, les afro-américains ne représentent que 12 % de la population mais enregistrent près de la moitié des nouvelles infections par le VIH.

Seule une famille américaine éligible sur quatre reçoit une aide fédérale au loyer malgré des preuves empiriques qu'une augmentation des dépenses de services sociaux par rapport aux dépenses de santé améliore directement la santé d'une population.

Angleterre

En Angleterre, le nombre de cas d'obésité n'a fait que doubler depuis 1980. Ce risque d'être en surpoids ou obèse augmente lorsque l'on appartient à une classe socio-économique basse.

Ecosse

Le taux de mortalité des plus démunis est deux fois plus important que ceux des mieux lotis. L'espérance de vie en bonne santé est également plus basse chez les plus démunis. Chez les hommes, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance est de 43.9 années, 26 ans plus basse que chez les mieux lotis (69.8 années). Pour les femmes, l'écart est de 22.2 années.

Pays-Bas

Aux Pays-Bas, les personnes les moins instruites vivent en moyenne six ans de moins que la plupart des personnes instruites, et la différence d'espérance de vie en bonne santé entre ces groupes est de presque 19 ans. Bien que l'espérance de vie des personnes moins instruites ait augmenté au cours de la dernière décennie, la différence d'espérance de vie entre les deux groupes est restée la même.

Belgique

En 2015, 6,9 % des mineurs en Belgique vivent dans un ménage sans revenus du travail. La Région wallonne affiche un pourcentage sensiblement proche de la moyenne nationale, avec un chiffre de 9,4 %. Notons qu'un peu plus de 60 % des communes de cette région présentent des proportions allant de 7,5 % à 12,5 %. Les chiffres indiquent que les communes urbaines et urbanisées sont celles qui présentent les taux les plus élevés (de mineurs vivant dans un ménage sans revenus de travail), variant du niveau élevé à très élevé.

En Belgique, le revenu moyen net s'élevait à 17 698 euros pour l'année 2015. Près de 6 communes wallonnes sur 10 affichent un revenu moyen entre 14 511 euros et 18 855 euros, cette dernière valeur se situant à peine au-delà de la moyenne nationale. Les communes urbanisées de la Région wallonne sont celles qui présentent le taux des revenus moyens le plus faible contrairement aux communes résidentielles dont les revenus moyens tendent vers des seuils élevés à très élevés.

En Belgique, près de 27 % de foyers sont des familles monoparentales, ce qui représente 501 536 familles sur un total de 1 876 897 ménages avec enfants. Ce pourcentage est plus élevé en Région wallonne avec 31,6 %. La Région wallonne atteint un taux minimum de 15,2 % et un maximum de 43,7 %, ce dernier étant le plus haut pourcentage de familles monoparentales représenté sur l'ensemble du territoire belge. 6 communes wallonnes sur 10 ont un pourcentage de familles monoparentales compris entre 26,6 %

et 35,5 %. Ce sont les communes urbaines et urbanisées qui présentent les taux de familles monoparentales les plus élevés.

En Belgique, pour l'année 2016, le pourcentage moyen de personnes vivant dans un logement social est de 4,2 %. La Région wallonne a un taux moyen sensiblement proche de la moyenne nationale (3,9 %). Au niveau local, les grandes villes et les communes urbanisées ont des pourcentages plus élevés que les communes rurales ou résidentielles.

En 2017, le pourcentage moyen de bénéficiaires d'un Revenu d'Intégration Sociale (RIS) ou équivalent (eRIS) en charge d'un ménage est de 2,5 % pour la Belgique. En Région wallonne, les chiffres indiquent une moyenne de 3,4 %, soit un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale. Le pourcentage minimum se situe à 0,4 % et le pourcentage maximum à 16,2 %. Par ailleurs, 9 communes wallonnes sur 10 affichent entre 1,9 % et 6,1 % de bénéficiaires d'un RIS ou équivalent en charge d'un ménage par rapport au nombre total de ménages avec enfant(s). Les taux les plus importants sont enregistrés dans les communes urbaines et urbanisées.

France

Entre 3,8 et 12,5 millions de personnes souffrent d'une santé dégradée. Alors que depuis une quarantaine d'années, l'espérance de vie à la naissance des Français augmente sensiblement et de manière continue (entre 1979 et 2016, elle est passée de 74 ans à 83 ans), l'enquête Conditions de vie montre que la proportion de Français satisfaits de leur santé ne progresse pas et suit même une tendance à la baisse depuis la fin des années 1990 (moins 4 points en vingt ans) avec une diminution sensible ces dernières années (moins 6 points depuis 2011).

Le dernier baromètre d'opinion de la Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) montre de manière convergente que les Français sont davantage inquiets concernant l'évolution de l'état de santé de la population en général. Près de la moitié des Français estiment que l'état de santé de la population s'est détérioré (46 %). Ce point de

vue progresse dans l'opinion depuis une dizaine d'années. La DREES souligne que « *cette opinion reste davantage partagée par les personnes les plus modestes (...), lesquelles se déclarent également nettement moins souvent en bonne santé elles-mêmes (60 % des personnes modestes se disent en bonne santé contre 82 % des personnes appartenant à un ménage aisé)* ».

En France, en 2015, un homme cadre a une espérance de vie à ses 35 ans de 6,3 ans supérieure à un homme ouvrier.

Le surpeuplement concerne « 21 % des ménages dans l'unité urbaine de Paris et 18 % chez les ménages les plus modestes ». Les familles monoparentales sont les plus touchées, avec 18 % de surpeuplement, devant les familles recomposées (10 %) et les familles dites traditionnelles (7 %). Les jeunes sont également plus concernés que leurs aînés (15 % des moins de 30 ans contre 3,5 % des 55 ans et plus).

En France, 1,6 million de personnes sont en sous-emploi³, soit 6 % des personnes en emploi. Le sous-emploi comprend également les personnes en situation de chômage technique ou partiel.

Les femmes sont davantage concernées que les hommes (8,6 % contre 3,5 %), ainsi que les jeunes avec 10,9 % des personnes en emploi de 15 à 24 ans contre 5,6 % pour les 25-49 ans et 5,3 % pour les 50 ans et plus. Les employés sont également plus touchés que les cadres et professions intellectuelles supérieures (10,8 % contre 2,1 %). En 2018, moins de 4 % des personnes en emploi diplômées de l'enseignement supérieur sont en situation de sous-emploi. Cette part est plus de deux fois plus élevée pour les personnes peu ou pas diplômées (au plus, le brevet des collèges).

4,8 millions d'habitants résident dans les Quartiers de la Politique de la Ville (QPV) - une relégation surtout économique et sociale.

3. Selon l'Organisation internationale du travail, le sous-emploi existe « lorsque la durée ou la productivité de l'emploi d'une personne sont inadéquates par rapport à un autre emploi possible que cette personne est disposée à occuper et capable de faire.

La notion de relégation territoriale fait référence à des problématiques très diverses : forts taux de chômage, faiblesse voire absence de services publics (hôpitaux, écoles, transports en commun...), territoires délaissés par les pouvoirs publics, quartiers prioritaires, zones marquées par l'insécurité... mais aussi à des réalités géographiques variées (banlieues dites sensibles, territoires ruraux isolés, zones périurbaines...).

La relégation dont il est ici question touche aussi bien les zones rurales que les zones urbaines. Le terme fait également référence à une forme d'assignation territoriale, subie par les habitants qui vivent dans une localité non désirée. La question de la relégation n'est pas seulement géographique ou spatiale, elle est également sociale, économique. Ces quartiers concentrent une part importante de la pauvreté monétaire des zones urbaines. Ainsi, en France métropolitaine, 42 % de leurs habitants ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté, soit 2 millions de personnes. Les habitants de ces quartiers se distinguent par d'autres spécificités que le revenu :

- ▶ ils sont plus jeunes que dans les unités urbaines « englobantes » : 24 % ont moins de 15 ans tandis qu'ils représentent 18 % des unités urbaines englobant les QPV (soit 6 points de plus) ;
- ▶ On recense aussi dans ces territoires plus souvent des familles nombreuses (14 % sont des ménages composés de 5 personnes ou plus), contre 8 % dans les unités urbaines où s'inscrivent les QPV ;
- ▶ Les familles monoparentales sont également plus représentées dans ces quartiers (18 %) que dans l'ensemble des unités urbaines de rattachement des QPV (11 %, soit 7 points de plus) ;
- ▶ Outre la pauvreté monétaire, ce sont les difficultés d'insertion professionnelle qui caractérisent ces zones territoriales. Ainsi, un quart des ménages résidant en QPV perçoit des allocations chômage contre 17 % dans les unités urbaines où elles s'inscrivent, soit 8 points de plus ;

▶ « Parmi les personnes ayant un emploi, une sur cinq a signé un contrat précaire (CDD, apprentissage, intérim, stages), contre une sur sept dans les unités urbaines les contenant. Les femmes habitant dans ces quartiers sont moins fréquemment en emploi : 58 % d'entre elles n'ont pas d'emploi, contre 41 % dans les unités urbaines les contenant » ;

- ▶ Dans ces quartiers, on constate également : des difficultés scolaires des jeunes objectivées par un retard scolaire à l'entrée en sixième plus fréquent, un taux de réussite moindre, une scolarisation au sein d'une filière générale moins répandue deux ans après la fréquentation d'un collège public proche d'un quartier prioritaire, et in fine des proportions de non diplômés ou avec un diplôme inférieur au bac bien supérieures ;
- ▶ Les habitants des quartiers liés à la politique de la Ville connaissent des problèmes d'illettrisme et des difficultés à l'écrit plus accentuées que les résidents des autres territoires ;
- ▶ Les habitants y sont plus souvent nés à l'étranger avec 28 % d'immigrés dont la langue maternelle n'est pas forcément le français, pour une moyenne de 10 % en France métropolitaine ;
- ▶ Le déficit de l'offre de soins est prononcé pour les médecins spécialistes libéraux, et un état de santé moins bon y est constaté. La pratique sportive y est moins présente avec deux fois moins de licences sportives attribuées en quartiers prioritaires, des données qui font écho au déficit d'équipements sportifs qui était constaté.

En 2016, trois Français sur dix ont le sentiment de vivre dans un territoire délaissé par les pouvoirs publics.

C'est dans les Hauts-de-France, territoire parmi les plus sinistrés suite à la désindustrialisation et fortement impacté par la crise économique de 2008, qu'on trouve le plus fort taux de personnes qui estiment que le territoire où elles vivent est en grande difficulté (44 %).

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Les déterminants sociaux de la santé, distribués inégalement dans la population, induisent des inégalités de santé. « *[Ce] sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes de soins mis en place pour faire face à la maladie* » [Organisation mondiale de la santé, 2008]. Ces déterminants sont nombreux. Ils vont de l'environnement général – avec les conditions socio-économiques, politiques, culturelles, sociétales et environnementales, les conditions de vie quotidienne des individus (scolarisation et éducation, emploi, habitat, accès aux soins...) – aux comportements et styles de vie (consommation d'alcool et de tabac, exercice physique, nutrition...).



Les déterminants sociaux sont intriqués, s'accumulent au cours de la vie et peuvent se renforcer mutuellement, voire avoir des effets rétroactifs : le fait d'être au chômage peut par exemple être associé à un moins bon état de santé, l'état de santé rétroagissant sur la capacité à retrouver un emploi. Il convient de rappeler que les comportements de santé des individus ne sont pas de simples choix individuels, indépendants des conditions dans lesquelles ils sont exercés. Sans tomber dans une analyse déterministe, différentes études ont montré que ces inégalités font l'objet d'une transmission intergénérationnelle : le fait d'avoir des parents en bonne santé augmente la probabilité de se déclarer en bonne santé. Cette transmission ne s'explique pas uniquement par les caractéristiques biologiques des individus, mais également par les conditions de vie dans l'enfance, la reproduction en matière d'éducation et d'emploi et la transmission du niveau de préférence pour la santé ou de comportement pour la santé des parents.

De plus, les niveaux d'éducation et de revenu, le fait d'avoir un réseau social plus ou moins développé, les compétences psychosociales et le niveau d'accès à l'information en santé, sont autant d'éléments qui vont conditionner les comportements en matière de santé et la capacité des individus et des groupes sociaux à agir sur ces comportements.

On ne sait pas pour l'instant totalement expliquer la façon dont agissent ces déterminants et leur corrélation avec un état ou un fait de santé donné ne suffit pas à démontrer l'existence d'un lien de causalité. Il a été prouvé, par exemple, que la pauvreté infantile était associée à un moins bon état de santé à l'âge adulte et à une mortalité précoce et ce, quel que soit le statut socio-économique atteint à l'âge adulte.

Modèles théoriques décrivant les déterminants de santé

Des modèles théoriques ont été proposés afin de comprendre et décrire la façon dont les déterminants sociaux agissent, interagissent et évoluent au cours de la vie.

Ils visent à expliciter la façon dont sont reliés aux états de santé, les déterminants fondamentaux, aussi appelés « causes des causes » et les déterminants proximaux et individuels (les comportements, les expositions aux facteurs de risque environnementaux...). Ces modèles permettent également de resituer les comportements des individus à leur juste place dans cette chaîne. En effet, il est encore fréquent d'accorder une trop grande importance aux comportements individuels dans l'explication des inégalités de santé. Cette interprétation, outre qu'elle induit une stigmatisation des populations concernées, peut amener à des erreurs dans les approches préventives et, par-là, être contreproductive.

Deux modèles sont particulièrement cités : celui de « **Dahlgren et Whitehead** » qui met l'accent sur la typologie des déterminants (conditions socio-économiques, réseaux sociaux, style de vie, facteurs génétiques...) [Dahlgren, 1991] et le modèle « **Pathway** » de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS, qui illustre le processus causal allant des déterminants socio-économiques macroscopiques aux déterminants individuels [Organisation mondiale de la santé, 2008].

À ces modèles théoriques correspondent des outils tels que :

- ▶ Les modèles multi-niveaux qui permettent d'étudier le rôle joué par les environnements physique et social des individus ainsi que leurs interactions avec les caractéristiques sociales des individus eux-mêmes ;

► L'épidémiologie biographique (lifecourse epidemiology) qui cherche, d'une part, à comprendre comment les expériences s'incorporent biologiquement (l'épigénétique s'intègre dans cette approche), mais également à analyser les mécanismes qui produisent des inégalités tout au long de la vie [Kuh, 2003]. Plusieurs modèles sont mobilisés :

- I. le modèle cumulatif, tout d'abord, qui considère l'état de santé à un âge donné comme résultant de la somme cumulée des effets délétères de différents facteurs de risque au cours de la vie. Cet effet d'accumulation joue de façon transversale (les individus cumulent différents facteurs de risques : travail, habitat...) et longitudinale (le cumul démarrant dès la vie intra-utérine et se perpétuant tout au long de la vie) ;
- II. le deuxième modèle qui s'attache à des périodes sensibles, au cours desquelles la survenue de certains facteurs de risque est susceptible d'entraîner des conséquences irréversibles sur l'état de santé ;
- III. le modèle des chaînes de causalité qui met l'accent sur l'enchaînement des phénomènes rencontrés au cours de la vie. Dans cette approche, un désavantage précoce dans la vie peut placer un individu sur une chaîne de risque le conduisant à une exposition future.

Il faut noter que tous ces modèles ne sont pas concurrents mais complémentaires. Ils sont complexes et font intervenir différentes approches et disciplines.





ANALYSE TRANSVERSALE DES ARTICLES



1. Un public de plus en plus précaire

Sur fond de paupérisation de la partie de la population la moins armée face au marché de l'emploi, une série de dynamiques renforce les processus de déstabilisation et d'exclusion des publics pour lesquels nous sommes amenés à travailler : difficulté d'accès au logement décent, rigidification des règles administratives, dissolution des solidarités informelles et des appuis familiaux...

Au-delà des questions d'ordre médical, c'est sur de multiples aspects sociaux (déterminants de la santé) qu'il s'agit d'intervenir.

C'est au sens propre que l'on assiste à la marginalisation des classes populaires, à la production, quasi instituée, d'une fracture entre ceux qui participent et tirent un relatif profit du système et ceux qui en sont expulsés, confinés à ses limites et à celles d'une vie décente.

Des contextes sociétaux durs, voire féroces, maintiennent des personnes ou des groupes dans des vécus angoissants qui ne font que renforcer leur vulnérabilité ou qui limitent leur accès aux soins. Ces situations entraînent logiquement une augmentation des demandes et un encombrement structurel des services.

La part sociale des problèmes des gens ne cesse d'augmenter, entraînant des situations de peur et d'incertitude. Ces phénomènes installent les personnes dans des états de dépassement et de débordements durables. Leurs difficultés sont tellement multiples et intriquées qu'ils n'ont plus de possibilités de discernement. Ils subissent les événements plus qu'ils n'agissent sur ceux-ci. Ils sont à la recherche d'une réponse immédiate pour changer leur situation sociale.

Les consultations sociales sont de plus en plus demandées. Le motif principal est la situation précaire dont on peine à sortir. Cela peut concerner le logement, le surendettement, le décrochage administratif, la demande de régularisation, mais aussi des situations de violence et de maltraitance que ce soit au sein du foyer ou sur le lieu de travail. En matière de droit social, ce qui revient systématiquement comme une des difficultés

rencontrées est la complexité administrative du système de soins et d'aide sociale face à laquelle l'utilisateur, déjà fragilisé, ne sait plus comment agir. Le cumul de ces facteurs avec la complexification des profils de bénéficiaires (bénéficiaires très âgés, polyhandicapés, atteints de troubles psychiques...) nécessite une adaptation de la prise en charge à domicile.

Les individus qui n'entrent pas ou plus dans les cases imposées par la société moderne se retrouvent perdus dans le système. Les portes des institutions, des services aux personnes, se ferment car il n'y a plus assez de temps à leur consacrer. Le suivi social de ces personnes nécessite du temps et l'effort de leur laisser un espace de parole.

2. Access denied, réessayez !

L'accès aux droits sociaux est de plus en plus ardu, ce qui génère de nombreuses situations de sous-protection sociale.

Un temps important de la prise en charge est ainsi consacré à simplement faire respecter les droits des usagers et à déjouer les embûches administratives. Il faut également constater dans beaucoup de secteurs de l'aide et du soin un durcissement des législations : droit du chômage (dégressivité), réforme de l'AMU, réforme de l'aide juridique, contrôle accru des incapacités de travail... Ici aussi se profile un tableau dans lequel les décisions politiques semblent prises ces dernières années essentiellement pour contrecarrer d'hypothétiques fraudes sociales, ce qui, dans les faits, rend la vie plus difficile aux personnes en situation précaire. Ces politiques ont pour effet de renforcer les phénomènes d'exclusion, de précarisation et de paupérisation de nos publics et fatalement influent sur le type de problématiques auxquelles le secteur est amené à répondre.

4. La vulnérabilité est universelle. Elle implique la concrétisation potentielle d'un risque et dépend d'éléments relationnels, contextuels et individuels. Elle est réversible dans la mesure où il est possible d'agir sur les facteurs qui la déterminent, dont le contexte. L'exposition à la vulnérabilité est donc commune à tous les individus, mais non égale.

3. Une complexité institutionnelle et un morcellement des compétences

Il est difficile de répondre aux contraintes et de faire place au travail de coordination qui permettrait d'éviter blocages et contre-sens.

Cette situation a évidemment des effets importants sur les efforts réalisés au jour le jour par les différentes équipes.

Le manque d'intégration qui résulte de notre histoire institutionnelle complique la coordination entre les différents acteurs et donc la continuité de l'aide et du soin.

Mais c'est au niveau du secteur social/ santé tout entier que les répercussions de cet état de fait sont les plus dommageables : les différences de missions, de cadre, de financement qui contraignent les offres de service échappent aux usagers qui ne voient qu'incohérence et inefficacité ; le morcellement des acteurs et des injonctions qui guident leurs actions empêche de définir une stratégie globale qui accorderait les moyens aux fins.

Cette diffraction des actions et des volontés des différents acteurs publics brouille enjeux et visées, rend difficile la vision d'un objectif partagé, d'une volonté politique compréhensible, discutable, partageable.

4. Une société de contrôle

Le bénéficiaire d'allocations ou d'aides sociales est pointé aujourd'hui comme assisté et sommé de s'activer pour pouvoir bénéficier de soutien. Le renforcement d'une lecture individualisante et responsabilisante des malheurs et des difficultés se fait dans un climat de suspicion généralisée à l'égard de ceux qui se trouvent dans l'incapacité de jouer le jeu d'une société de la concurrence et de l'excellence. Ceux qui ont le moins sont ceux à qui il est demandé de donner le plus.

Cette évolution inquiétante force les travailleurs du secteur à renoncer à leur mission d'accompagnement ou de soin pour devenir l'avocat de l'usager. Un temps considérable est en effet consacré de plus en plus souvent à monter des dossiers, à défendre l'usager devant les instances administratives concernées ou, tout simplement, à faire respecter le droit.

5. Une hyper-saturation des services

Cette situation met évidemment en lumière la disparité croissante entre la demande émanant du public et l'offre de services. S'il y a saturation, c'est d'abord parce que les moyens ne permettent pas de répondre à l'ampleur des demandes qui s'accumulent.

Mais c'est aussi ici que l'on peut mesurer la dégradation des conditions de vie qui touche la frange la plus précarisée de la population.

Les problèmes dont les demandeurs sont porteurs deviennent de plus en plus complexes, de plus en plus enchevêtrés entre carences matérielles, difficultés administratives, logement inexistant ou inadéquat, détresse psychique, ignorance des langues vernaculaires⁵... et nécessitent un investissement en temps et en énergie qui ne peut être consacré à d'autres sollicitations, amorçant ainsi le phénomène d'engorgement.

Cela exige un travail de suivi et de coordination qui n'est pas prévu dans la définition des missions. Finalement, tout le monde est perdant : les usagers trouvent moins de réponses ou de moins bonne qualité à leurs demandes ; les professionnels travaillent dans le stress et l'impuissance.

5. Langue local communément parlée au sein d'une communauté.

6. Des questions immuables, des pratiques à renouveler

La figure du marché apparaît ainsi au gré des pages comme un dispositif central dans la situation présente : marché du logement qui empêche de plus en plus de personnes d'habiter leur ville décevant, marché de l'emploi qui rejette un quart des jeunes de 18 à 25 ans, quasi-marché de l'enseignement qui canalise très tôt les aspirations et les possibilités, marché financier qui décide des devenirs macro-économiques et politiques en influençant les décisions budgétaires étatiques.

Face à cet acteur désincarné qui dicte les règles d'un jeu forcément inégal, le secteur associatif, et ses usagers, disposent de bien peu de prise. Cette constatation impose au secteur de questionner l'efficacité de ses moyens d'actions et sans doute, en partie de les renouveler. Il s'impose sans doute de ce fait aussi au politique de renouveler ses modes de gouvernance.

7. Une mauvaise considération des professionnels de la santé envers les pauvres

Les personnes en situation de vulnérabilité sociale (PSVS) éprouvent de nombreuses difficultés pour accéder aux structures sanitaires et bénéficier des soins de qualité.

D'après une étude menée en 2006 au Canada, 90 % des répondants ont déclaré ne pas utiliser les services sociaux communautaires à cause de leur manque de ressources financières. Ils ne pouvaient donc pas accéder à certains types de soins ou services spécialisés nécessitant une couverture supplémentaire, comme les soins dentaires. A cela, s'ajoutent des difficultés de compréhension de la structure et de l'organisation du système de soins. Ce qui peut rendre difficile la description ou l'évaluation de leurs besoins de santé. Ces personnes disposent généralement de très peu d'informations relatives aux services offerts pour être en mesure de demander de l'assistance, à cause de leur faible niveau de littératie en santé.

D'autres obstacles les empêchent, aussi d'obtenir des services de soins de santé, comme l'insensibilité de la part des fournisseurs de soins ou des expériences négatives antérieures avec le système de santé. En effet, à cause du comportement de certains fournisseurs de soins, certains PSVS se sentent souvent maltraités, allant jusqu'à développer un sentiment d'illégitimité et un manque de confiance profond à l'égard du système et renoncer à y recourir. Cela fait que les PSVS ont généralement des besoins de santé plus complexes et souvent supérieurs à ceux du reste de la population.

Les incitations financières peuvent encourager les prestataires de soins de santé à changer de comportements et renvoyer les familles vers les ressources communautaires. Les prestataires (peut-être involontairement) peuvent abandonner la prise de décision partagée et le respect de l'autonomie du patient pour une approche plus paternaliste de l'orientation vers le personnel de soutien ou les agences communautaires. Cela se produira plus probablement chez les patients dont les besoins sociaux entraînent les coûts les plus élevés, contribuant potentiellement à la méfiance à l'égard des prestataires de soins médicaux parmi les populations mal desservies, à faible revenu et des minorités raciales et ethniques.

LA PAUVRETÉ



I. BELGIQUE

Actuellement, 15,5 % de la population belge se situent sous le seuil de pauvreté. Les enfants sont considérés comme particulièrement vulnérables, puisque ce taux grimpe à 17,2 % chez les moins de 16 ans et à 21,2 % pour la tranche d'âge des 16-25 ans. Ainsi, en Belgique, un enfant sur cinq est considéré comme étant en situation de pauvreté selon les chiffres alarmants obtenus via l'indicateur At-Risk-of-Poverty (AROP), l'indicateur le plus utilisé en Belgique (Réseau belge de Lutte contre la Pauvreté, 2016). Combiné à l'indicateur de faible intensité de travail des ménages (LWI) et à celui de la déprivation matérielle grave (le SMD relatif à l'enfant, EU SILC, 2014), il constitue l'indicateur européen At-Risk-of-Poverty-or-Social- Exclusion (AROPE). Ainsi, on considère comme étant à risque de pauvreté et d'exclusion sociale tout individu concerné par au moins un de ces trois types d'indicateurs. L'enquête EU-SILC 2017 atteste d'un accroissement du risque de pauvreté et d'exclusion sociale chez les plus jeunes (0-17 ans). En Belgique, 22 % d'entre eux sont concernés. Il s'agit d'un fait majeur dans la mesure où, en considérant les différentes tranches d'âge de la population belge, ce sont les jeunes âgés de 0 à 17 ans qui sont les plus à risque de pauvreté et d'exclusion sociale, en comparaison avec le groupe des adultes (18-64 ans) et le groupe des aînés (65 ans et plus) pour lesquels les taux de risque de pauvreté et d'exclusion sociale atteignent respectivement 20,7 % et 17,1 %. Toutefois, ces indicateurs sont sujets à différentes limites. Par exemple, le taux de risque de pauvreté de la population globale masque des disparités à la fois régionales et basées sur l'âge des individus.

Guio et Vandenbroucke (2015 ; 2018) démontrent qu'une des meilleures manières d'évaluer les conditions de vie de l'enfant et, par conséquent, le risque de pauvreté qu'il encourt est de développer un ensemble de mesures spécifiques à la déprivation matérielle vécue par l'enfant. Un tel indicateur est développé au niveau européen depuis 2009 et permet une récolte d'informations objectives liées aux conditions

de vie de l'enfant au sein de son foyer. La liste des items relatifs à l'indicateur initial a été progressivement affinée (Guio et al., 2018). Désormais au nombre de 17, ces items couvrent aussi bien les aspects matériels que sociaux de la déprivation directement liés à la situation de l'enfant (alimentation, loisirs, vêtements...), des adultes dans le ménage (accès à internet) ou du ménage lui-même (dettes, mobilier, chauffage, accès à un véhicule à usage privé). Un enfant déprivé manque au quotidien de 3 des 17 items pris en compte. Au niveau national, la Belgique présente un taux de déprivation infantile de 15 %, basé sur le seuil de 3 items atteints, ce qui place le pays à un taux comparable à celui de la France et des Pays-Bas (13 %). Le Luxembourg se situe à 8 %. De plus, en Belgique, 12 % des enfants manquent de 4 items ou plus, un taux élevé lorsqu'on le compare à celui du Luxembourg (2 %), mais également des Pays-Bas, de l'Allemagne et de la France (entre 7 et 9 %). Nous pouvons donc mettre en évidence le fait que la Belgique présente le taux de déprivation infantile le plus élevé par rapport à ses voisins directs.

Guio et al. (2018) font ressortir qu'en Belgique, l'intensité de travail des familles constitue un facteur de risque qui influe lourdement sur la pauvreté et la déprivation matérielle spécifique aux enfants. Le risque de déprivation matérielle est plus élevé pour les mineurs vivant dans des ménages sans revenus du travail, comparativement aux autres types de foyers dans l'ensemble des trois régions (41 % de risque pour la Flandre et 54 % pour la Wallonie et Bruxelles). De plus, les auteurs constatent que la part de mineurs vivant dans ces ménages en Belgique est élevée, il existe donc un nombre considérable d'enfants en situation de risque. C'est la Wallonie qui semble la plus vulnérable et qui se caractérise par une proportion élevée d'enfants vivant dans une famille à très faible intensité de travail (environ un enfant sur cinq). Selon l'enquête EU-SILC (2016), le taux de personnes vivant dans un ménage à faible intensité de travail (< 0,2 mois) atteint presque 15 % en Belgique. De plus, les mineurs de 0 à 17 ans vivant dans ces ménages sont de l'ordre de 13 %.

Les revenus moyens par déclaration

Vivre en société de manière décente avec un faible revenu reste la problématique majeure de la pauvreté. En Belgique, 15,5 % de la population est considérée comme étant à risque de pauvreté monétaire (AROP). Dans ce cas, le revenu du ménage se situe sous la barre des 60 % du revenu médian national (13 670 euros par an en 2017).

De manière générale, l'importance du revenu apparaît également dans la forte corrélation qui existe entre la pauvreté monétaire et la déprivation matérielle. Logiquement, les individus qui vivent sous le seuil de pauvreté ont plus de risques d'être concernés par la privation matérielle, ainsi que par une faible intensité de travail.

En ce qui concerne la mesure de la déprivation infantile, les risques sont également plus élevés pour les enfants issus de ménages vivant sous le seuil de pauvreté monétaire. Guio et Vandebroecke (2018) établissent qu'environ 22 % des enfants vivant dans ces ménages cumulent au moins trois items en Wallonie.

Les types de ménages en Belgique – focus sur les ménages monoparentaux

Comme nous l'avons déjà précisé, cet indicateur ne reflète pas directement la pauvreté. Néanmoins, les résultats de l'enquête EU-SILC (2016) indiquent une plus grande vulnérabilité des familles monoparentales, dont 40,4 % sont à risque de pauvreté monétaire (contre seulement 8,2 % pour les familles composées de deux adultes et deux enfants). Le risque de pauvreté et d'exclusion sociale est également plus élevé dans les familles monoparentales d'après les résultats de l'indicateur européen de pauvreté (53 %). Ces constats concordent avec les résultats obtenus par Guio et Vandebroucke (2018) qui démontrent, via un test d'impact, que la monoparentalité augmente le risque de déprivation matérielle de l'enfant de manière significative dans l'ensemble des 3 régions.

Cet indicateur a également été choisi en raison d'études (Casman, Nibona & Peemans- Poulet, 2006) démontrant que les familles monoparentales sont plus à risque de pauvreté que les autres types de ménages. Saks et Delhez (2010) indiquent également que les familles monoparentales sans emploi sont les foyers dans lesquels les enfants sont le plus souvent en situation de pauvreté, et ce, dans tous les pays européens.

II. FRANCE

Il n'existe pas en France de définition unique de la pauvreté. La statistique publique dispose de plusieurs outils permettant d'évaluer le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, d'autres approches complètent cette vision avant tout financière.

1. La pauvreté monétaire

Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Dans l'approche en termes relatifs, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Eurostat et les pays européens utilisent en général un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie. La France privilégie également ce seuil, mais publie des taux de pauvreté selon d'autres seuils (40 %, 50 % ou 70 %), conformément aux recommandations du rapport du Conseil national de l'information statistique (Cnis) sur la mesure des inégalités. Ce calcul met en évidence l'écart qui sépare les pauvres des autres et les éloigne d'une vie jugée « normale », symbolisée par les ménages proches du revenu médian. L'approche dite relative permet de suivre le niveau de pauvreté selon l'évolution des revenus de l'ensemble de la population. Reste que cette conception de la précarité exclut de la pauvreté des ménages dont les ressources financières sont proches des ménages considérés comme pauvres. C'est la limite bien connue des effets de seuil qui « contribue à établir une coupure radicale parmi un ensemble de personnes qui dans la réalité, vivent dans des

conditions probablement similaires ». Une autre limite de l'approche relative est liée aux variations du revenu médian d'une année sur l'autre. Entre 2009 et 2013, le niveau de vie médian des Français a diminué, provoquant ainsi une baisse du seuil de pauvreté. Si bien que d'une année sur l'autre, des personnes peuvent « artificiellement sortir » de la pauvreté (au sens monétaire), bien que leurs revenus n'aient pas changé.

En prenant comme définition la notion de pauvreté monétaire, ce sont 8,8 millions de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté (fixé à 60 % du niveau de vie médian, soit 1 041 euros par mois) en France en 2017. Le taux de pauvreté s'élève ainsi à 14,1 % de la population. Si on se place dans une perspective plus longue, la pauvreté monétaire en France a diminué entre 1970 et 1990. Le taux de pauvreté monétaire, c'est-à-dire la part de personnes pauvres dans la population, est quasi stable en 2017 : il s'élève à 14,1 %, soit une hausse de 0,1 point par rapport à 2016 qui n'est pas statistiquement significative. Au cours des vingt dernières années, le taux de pauvreté a atteint son minimum en 2004, à 12,7 %. Il est ensuite remonté en 2005 et 2007, puis plus fortement après la crise économique de 2008. Après une baisse en 2012 et 2013, il se stabilise depuis à un niveau supérieur de près d'un point à celui de 2008 (13,2 %).

L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) souligne que la mesure de la pauvreté monétaire ne permet pas de montrer que « certains groupes sont particulièrement touchés » ainsi que le phénomène de « persistance » ou de « récurrence » de cette pauvreté pour certaines catégories de la population.

37,6 % des chômeurs sont en situation de pauvreté monétaire en 2017. Le taux de pauvreté des indépendants est nettement supérieur à celui des salariés (17,2 % des indépendants contre 7,1 % pour les salariés). Au sein des inactifs, le taux de pauvreté des retraités est beaucoup moins élevé (7,6 % des retraités sont en situation de pauvreté monétaire) que les autres inactifs. Ainsi, 31,3 % des inactifs (autres que retraités) sont en situation de pauvreté monétaire en 2017, parmi lesquels figurent notamment les étudiants.

Parmi les travailleurs indépendants, 6 sur 13 n'avaient jamais bénéficié d'une couverture prévoyance en raison d'un montant trop élevé de la cotisation au regard de leurs revenus d'activité.

2. La pauvreté en termes de conditions de vie

L'indicateur français de pauvreté en conditions de vie des ménages mesure la part de la population incapable de couvrir les dépenses liées à au moins huit éléments de la vie courante sur 27 considérés comme souhaitables, voire nécessaires, pour avoir un niveau de vie acceptable. Les difficultés portent sur un total de 27 composantes dans 4 dimensions suivantes : insuffisance de ressources, retard de paiement, restrictions de consommation et difficultés de logement.

Selon cette définition, **11 % de la population française était touchée par la pauvreté en 2017 et 11,7 % selon les données provisoires de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en 2018**. La pauvreté en conditions de vie des ménages varie selon l'âge de la personne de référence du foyer. Elle atteint son plus haut niveau entre 45 et 59 ans (13,9 % en 2017). Elle est à l'inverse la moins élevée à partir de 75 ans (7,0 %), et à un niveau intermédiaire de 16 à 29 ans (10,4 %). La nature des difficultés rencontrées diffère selon l'âge. Ainsi les jeunes de 16 à 29 ans sont les plus affectés par les difficultés liées au logement (9,5 %). Les personnes au chômage sont particulièrement affectées par la pauvreté en conditions de vie (44,1 % vs 8,9 % des personnes en emploi). Par ailleurs, la pauvreté touche particulièrement **les familles monoparentales**, dont 25,9 % sont pauvres en conditions de vie. Cette situation s'explique d'abord par le fait que ces familles n'ont comme ressources que les revenus d'une seule personne, le plus souvent suite à une séparation et que ce parent seul doit faire face aux charges courantes avec son seul revenu. Ce n'est pas la seule raison. Dans presque 9 cas sur 10, cette personne est une femme. Et ces femmes sont en moyenne bien plus souvent inactives, et, sinon, moins bien rémunérées, et davantage en temps partiel, que les hommes. Elles peuvent être confrontées à l'épuisement, à l'absence de répit dans le quotidien, cumulant parfois plusieurs emplois pour des raisons financières, seules à gérer les tâches quotidiennes, à s'occuper de l'éducation des enfants, ajoutant la détresse à la fragilité économique.

3. La pauvreté selon les minima sociaux

Les minima sociaux sont attribués sous conditions de ressources. Leur versement permet à « des familles ayant de très faibles ressources d'atteindre un revenu minimum garanti ». Il existe en France 10 minima sociaux : le Revenu de Solidarité Active (RSA) ; l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) ; l'Allocation Equivalent Retraite de Remplacement (AER-R) ; l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ; l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI) ; l'Allocation Veuvage (AV) ; l'Allocation de minimum vieillesse : Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV) et Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) ; l'Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA) ; l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA). L'approche par les minima sociaux évalue à **4,22 millions** le nombre de personnes qui perçoivent un minimum social à la fin de l'année 2017. En tenant compte des conjoints et des enfants à charge, ce sont environ **7 millions de personnes** qui sont couvertes par ces dispositifs, soit **11 % de la population française**. En 2017, le nombre d'allocations versées se stabilise (+0,1 %) après avoir diminué en 2016 (-1,3 %).

4. La pauvreté ressentie

La dernière approche de la pauvreté s'intéresse quant à elle au point de vue des Français sur leur propre situation. La pauvreté est ici qualifiée de **pauvreté ressentie** dans le sens où elle s'appuie sur l'opinion des personnes, indépendamment de leurs revenus. C'est une définition avant tout subjective de la précarité. Dans son ouvrage sur la question de la pauvreté, Georg Simmel défendait l'idée que chaque classe sociale a des besoins spécifiques et que l'impossibilité de les satisfaire peut provoquer un sentiment de pauvreté. Dans cette logique, les ménages appartenant aux classes sociales supérieures peuvent se considérer comme étant dans le besoin à certains moments de leur vie. Les travaux menés par le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC) et l'Institut de Recherches Economiques et Sociales (IRES) pour

l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) donnent en effet une mesure du décalage pouvant exister entre les seuils de pauvreté et les « **budgets de référence** » nécessaires pour faire face aux contraintes de la vie quotidienne et s'intégrer dans la société. Ils mettent à jour les nombreux compromis réalisés par les ménages vivant en dessous de ce budget. Ils dévoilent ainsi certes la distance des plus pauvres à ce nouveau seuil d'exclusion sociale, mais également la situation précaire d'une frange de la population qui n'est pas pauvre sur un plan monétaire au sens de la définition officielle de la pauvreté monétaire en France. Pourtant, les privations et renoncements ont été en partie identifiés en dépit des stratégies de « débrouille » qu'elle déploie.

Dans la même idée, plus récemment, les chercheurs Nicolas Duvoux et Adrien Papuchon pointent à partir notamment du baromètre de la Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), un décalage entre ces indicateurs statistiques et la pauvreté ressentie. Les publics qui ne sont pas considérés comme « pauvres » au sens de la statistique mais qui se sentent pauvres, se distinguent notamment par une **insécurité sociale durable** et une vision dégradée de l'avenir.

A période comparable, en 2018, 17 % des Français se sentent pauvres selon les résultats du Baromètre d'opinion de la DREES. Un an auparavant, 13 % des Français s'étaient exprimés en ce sens (soit plus 4 points en un an). **Sur la base des résultats du baromètre d'opinion de la Drees, il ressort que la proportion de Français qui se « considère déjà comme pauvre » a progressé de 9 points en passant de 8 % à 17 % entre 2014 et 2018.**

Si le sentiment de pauvreté touche directement 17 % de la population, elle préoccupe une part beaucoup plus importante de la population. Toujours selon les résultats du baromètre 2018 de la DREES, un Français sur cinq (22 %) craint de devenir pauvre dans les 5 prochaines années.

III. CAUSES DE LA PAUVRETE

1. Revenus

La situation des personnes sur le marché du travail détermine en grande partie leur revenu actuel (et futur) et par conséquent leurs opportunités de dépenses ainsi que leurs conditions de vie. Les personnes vivant dans la pauvreté ont souvent un parcours difficile sur le marché du travail ou sont sorties de ce circuit depuis quelque temps déjà. Il n'est donc pas surprenant que les risques de pauvreté soient plus élevés lorsque les personnes dépendent d'allocations de longue durée ou sont seules à assumer l'éducation d'un ou de plusieurs enfants avec le revenu d'un emploi à temps partiel. Néanmoins, toutes les personnes en situation de pauvreté ne sont pas forcément sans travail : une personne sur cinq vivant dans la pauvreté a un emploi. Bien que le revenu soit principalement lié à l'activité des parents, diverses prestations familiales offrent une aide financière ciblée sur la prise en charge des enfants. D'après Van Lancker et Coene (2013), ce type d'aide contribue à réduire le taux de pauvreté en général.

Ces prestations familiales englobent les allocations familiales ordinaires, les allocations d'orphelin, les allocations pour les enfants placés, les suppléments (sociaux, enfants atteints d'une maladie ou d'un handicap, supplément d'âge, familles monoparentales...), l'allocation de naissance et la prime d'adoption. Les allocations familiales sont des aides financières forfaitaires non imposables qui permettent de répondre aux besoins de l'enfant. Celles-ci sont octroyées mensuellement à toutes les familles ayant au moins un enfant à charge, pour tout enfant du ménage jusqu'à 18 ans ou jusqu'à 25 ans s'il est étudiant, en stage d'attente ou apprenti.

2. Types de ménages – familles monoparentales

Les familles monoparentales constituent un public particulièrement vulnérable dans notre société (Fondation Roi Baudouin, 2017). Les parents isolés

– des mères dans la majorité des cas – doivent assurer seuls l'éducation des enfants et supporter les dépenses du ménage – des responsabilités qui peuvent être partagées quand il y a deux partenaires. Les parents et les enfants de familles monoparentales courent donc un plus grand risque de précarité ; leur situation s'est détériorée ces dernières années, tant en matière de risque de pauvreté que de déprivation matérielle et d'intensité de travail. Les recherches montrent par ailleurs que même si le parent isolé travaille, il peut malgré tout être confronté à la pauvreté et à la déprivation : un emploi ne l'empêche pas de disposer de moyens financiers insuffisants pour assurer sa subsistance. À cela peut s'ajouter le non-paiement des pensions alimentaires, dans un grand nombre de cas.

3. Logement

Bien qu'il soit très difficile de le démontrer, plusieurs signaux émanant du terrain indiquent qu'un logement de qualité est important, tant pour la santé des enfants que pour leur scolarité. La question de la suroccupation des logements est problématique : pas de place et pas de calme pour faire ses devoirs. De plus, un logement de mauvaise qualité provoque des maladies, ce qui se répercute sur la fréquentation scolaire et donc sur les résultats scolaires. En Belgique, environ 21 % des ménages vivent en situation de précarité énergétique. Le risque de précarité énergétique chez les locataires est deux à trois fois supérieur au risque couru par les propriétaires et l'écart se creuse de plus en plus. Les locataires sont confrontés à la précarité énergétique de manière structurelle. Les familles monoparentales font face à la situation la plus critique : alors que « seulement » 4,2 % des couples avec enfant(s) vivent en situation de précarité énergétique mesurée, 19,4 % des familles monoparentales y sont confrontées. Il est difficile de déterminer si une mauvaise santé entraîne la précarité énergétique ou l'inverse. Mais ce qui est clair, c'est que les publics qui y sont confrontés disent souffrir beaucoup plus souvent de problèmes de santé. Alors que 8,6 % de l'ensemble de la population déclarent être en mauvaise ou très mauvaise santé, ce chiffre s'élève à pas moins de 18,3 % chez les personnes en situation de précarité énergétique mesurée.

IV. CONSÉQUENCE DE LA PAUVRETÉ

La crainte d'être stigmatisés, disqualifiés socialement, de ne pas être des citoyens à part entière parce qu'ils sont traités différemment renforce cette logique de non-recours aux aides. Sans cesse définies par les autres à travers des stigmates de leur condition, les personnes vivant dans la pauvreté finissent par les intérioriser et à s'enfermer dans une identité qui leur est assignée. Il devient difficile pour les personnes vulnérables de garder une bonne image d'elles-mêmes lorsqu'elles sont socialement définies par le manque (sans travail, sans diplôme, sans logement...). Enfin, la pauvreté, conséquence des inégalités sociales, est souvent renvoyée à un destin et une responsabilité personnelle dans les discours du sens commun. Dans cette vision, l'individu se sent alors responsable de sa condition accompagnée fréquemment d'un sentiment de honte.

Certaines catégories de la population ne reçoivent pas le même type de soins que d'autres. En effet, les femmes en situation de précarité sont plus vulnérables aux maladies car elles sont soignées plus tardivement. La qualité et le contenu de la relation sont également moins bons (moins d'informations divulguées, temps de consultation plus court, moins de temps consacré à la prévention).

Des travaux de sociologie ont ainsi révélé l'importance de l'origine sociale des élèves, en insistant notamment sur le rôle joué par « l'environnement familial et social », et plus particulièrement par le niveau d'instruction des parents et sur la réussite scolaire. Ces recherches ont également montré comment inégalités sociales et disparités spatiales se conjuguent et se renforcent. De fait, elles conduisent à la concentration d'élèves ayant de grandes difficultés scolaires au sein de certaines zones. Ces constats ont abouti à la création de politiques d'éducation prioritaire dans certains pays d'Europe. En France, plusieurs études ont montré que l'éducation prioritaire a pour effet pervers d'accentuer la ségrégation scolaire et ne mobilise pas suffisamment les méthodes pédagogiques permettant de développer la motivation et l'estime de soi des élèves les plus vulnérables.

La précarité sociale des parents, lorsqu'elle entraîne mal-être et souffrance, rejaillit fréquemment sur les enfants, et plus particulièrement sur leurs développements cognitifs et relationnels (attitudes de repli, comportements inadaptés, difficultés dans l'acquisition d'outils essentiels comme la lecture ou l'écriture). Les conditions de logement précaires (suroccupation, précarité énergétique...) ont aussi un impact négatif sur le développement scolaire des enfants (difficultés aux devoirs, sommeil perturbé...) contribuant à leur échec scolaire. De nettes différences apparaissent aussi en matière de repérage précoce des troubles du développement psychomoteur et troubles sensoriels qui sont moins souvent corrigés.

La France offre des aides... Toutefois, pour disposer de ces aides, la non-maîtrise de la langue française peut être un handicap majeur, entravant l'insertion des populations vulnérables et, de ce fait, leur accès aux services de droit commun (santé, social...). Tous les dispositifs facilitant l'accès à l'instruction de la langue française des adultes sont positifs et développent l'autonomie et le bien-être de ces publics.

Quant à l'accès aux soins, il ne va pas de soi non plus. Se soigner peut leur paraître même une préoccupation secondaire par rapport à leur souhait de retrouver un travail et/ou un logement, gage d'une insertion réussie. Et pourtant, retrouver un emploi peut être largement conditionné par leur état de santé. L'accompagnement social de ces personnes est alors indispensable pour leur faire prendre conscience de la nécessité de se soigner et de les accompagner dans leur démarche de soins.

Avoir une condition socio-économique défavorable, diminue l'espérance de vie de 2,1 années et augmente le risque de décès prématuré de 26 % (maladie cardio-vasculaire 29 %, cancer 26 %, autres causes 25 %). Selon l'enquête de l'Insee (2003), les personnes vulnérables ont une plus forte propension à la migraine (20 %), aux maladies respiratoires (14 %) ; elles souffrent 5 fois plus du système digestif, 2 fois plus d'hypertension artérielle, de troubles cardio-vasculaires (diabète...) et de problèmes dermatologiques. De nombreuses recherches montrent clairement un risque de maladies infectieuses, une surconsommation de médicaments, une hausse des taux de tabagisme

et des taux de consommation d'alcool... Les personnes vulnérables fument plus que la moyenne (37,5 % pour les moins aisés, 20,9 % pour les plus riches). Le tabac est souvent utilisé, par les populations vulnérables pour faire face au stress et à l'anxiété, leur consommation quotidienne ne diminuant pas comme dans le reste de la population (augmentation de 2,3 points en 2017). Même constat chez les jeunes adultes qui commencent à fumer et à boire plus tôt que les autres.

Les femmes en situation de vulnérabilité révèlent une santé plus dégradée que les femmes à la situation sociale plus favorable. Cela s'explique par des conditions de vie et de travail plus difficiles, consommation de tabac, grossesses précoces. Les maladies cardio-vasculaires sont plus présentes chez les femmes en situation précarisée. Parmi les femmes, la mortalité est multipliée par trois pour les catégories socio-professionnelles les plus défavorisées. Les femmes en situation de précarité mais également les jeunes adultes sont également surexposés à des violences multiples (psychologiques, physiques et/ou sexuelles).

Elles sont également plus nombreuses à rencontrer des problèmes autour de la naissance de leur enfant et de leur grossesse (suivi de grossesse moins fréquent et régulier, hospitalisations en hausse, taux de prématurité et de petit poids de naissance plus élevés, mortalité infantile plus forte pour les mères de moins de 20 ans, de nationalité d'Afrique Noire, ou encore lorsque le père est ouvrier).

La santé mentale des personnes vulnérables est marquée par une forte prévalence des troubles psychotiques ainsi que des conduites suicidaires, accompagnée d'un faible taux de recours aux soins psychiques. Pour un travailleur, connaître des problèmes de santé et notamment de santé mentale, peut favoriser la survenue du chômage et de la précarité.

On observe également des conséquences sur le plan social, psychique et physique pour les personnes vulnérables : dégradation de l'image de soi et repli sur soi, développement d'un sentiment de honte, risque d'accidents domestiques chez les enfants, risques plus élevés de maladies chez les plus jeunes, risque d'intoxication (CO...), de développer des maladies chroniques et aiguës...

Concernant les soins, les personnes vulnérables présentent un taux de renoncement beaucoup plus élevé (jusqu'à 50 %) pour les personnes dont le revenu net du foyer est inférieur à 1200€/mois. Alors que leurs besoins de soins sont plus importants, elles déclarent renoncer plus souvent à consulter un médecin ou à recevoir des soins dentaires pour des raisons financières : 18 % disent avoir renoncé à une consultation médicale au cours de l'année écoulée et 27 % à des soins dentaires. Même constat chez les enfants scolarisés en « Zone d'Education Prioritaire » ou en zone rurale qui consultent moins souvent les dentistes et les ophtalmologistes à cause des coûts et des représentations des parents (crainte du dentiste, intérêt de soigner des dents non définitives...). Cette absence de soins ainsi que les habitudes de ces personnes (manque d'hygiène bucco-dentaire, habitudes alimentaires...) aggravent leur état de santé bucco-dentaire.

En ce qui concerne la prévention, il est avéré que les campagnes actuelles sont moins efficaces sur les personnes vulnérables. Les femmes, par exemple, ont un accès et une participation moindre à la prévention et aux campagnes de dépistage, notamment des cancers du sein et du col de l'utérus. Il en est de même pour la couverture vaccinale dont le taux est inférieur parmi les enfants issus de familles vulnérables.

Des travaux qualitatifs britanniques ont montré la perception que pouvaient avoir les catégories sociales défavorisées interrogées sur l'arrêt du tabac et sa prise en charge. Premièrement, les difficultés et le stress de leur vie quotidienne sont des obstacles à l'arrêt du tabac ; deuxièmement, elles ont plus souvent une opinion négative des aides médicamenteuses, considérées comme chères et inefficaces et enfin, elles ne connaissent pas ou mal les dispositifs d'aide à l'arrêt ou craignent d'y être mal accueillies et/ ou jugées. Face à un tel constat, il apparaît prioritaire de renforcer les actions de prévention, notamment de proximité et de faire face aux réticences de ce public face aux campagnes de prévention (dépistages...).

La pauvreté et l'exclusion sociale contraignent en effet les individus à faire des choix sous-optimaux en matière d'éducation et de santé pour raison financière ; elle peuvent en outre engendrer des problèmes de criminalité et d'insécurité.

Ainsi le « piège à pauvreté » semble avoir des ressorts solides : le revenu des parents détermine de manière prépondérante la réussite scolaire et le diplôme, et donc in fine la probabilité d'être sans emploi et d'être pauvre. Si le meilleur antidote contre la pauvreté est l'emploi, le meilleur antidote contre l'inactivité et le chômage est l'éducation. Au total, les déterminants de la pauvreté sont donc essentiellement le non-emploi, le faible niveau de formation initiale et le lieu de résidence. Ces constats sont autant de défis pour les politiques publiques de prévention de la pauvreté.

Quelques pistes d'action

- ▶ Prévenir la pauvreté par l'éducation et la formation initiale. L'accès à l'emploi reste le meilleur moyen de se prémunir contre le risque de pauvreté. Or, les gens sans emploi sont à risque (même avec le chômage) surtout lorsqu'il y a des enfants à charge, si on vit dans une famille monoparentale. Le problème est particulièrement préoccupant parmi les jeunes adultes dont le taux de pauvreté a significativement augmenté depuis 10 ans. Une période de non-emploi en début de vie active peut avoir des conséquences durables sur la pauvreté, par un effet dit « *de cicatrice* » (les jeunes touchés par le chômage sont davantage susceptibles d'être touchés plus tard dans leur carrière par le chômage, ou de percevoir de plus faibles revenus). Les chances d'être en emploi sont elles-mêmes fortement liées aux qualifications. On observe un taux de pauvreté plus élevé pour les personnes peu qualifiées (encore plus marqué en France).

L'éducation prioritaire a pour effet pervers d'accentuer la ségrégation scolaire et elle ne mobilise pas suffisamment les méthodes pédagogiques permettant de développer la motivation et l'estime de soi des élèves moins performants. La formation des enseignants à la pédagogie « *positive* » devrait également être réalisée.

Pour les jeunes qui ont raté la marche de l'école et sortent du système sans diplôme, deux séries de mesures semblent prioritaires. Il s'agit d'une part de promouvoir les voies

de qualification alternatives à l'enseignement traditionnel, en créant une garantie nationale d'apprentissage pour les jeunes sans emploi ni formation et en triplant les effectifs des écoles de la deuxième chance. D'autre part, pour les personnes les moins qualifiées et pouvant difficilement participer à un programme de formation intensif, le coût du travail pourrait être encore abaissé en fusionnant les dispositifs d'allégement de charges et en les ciblant sur les salaires inférieurs au SMIC.

- ▶ Repenser la prévention de l'échec scolaire et du décrochage. Si la loi de refondation de l'école de 2013 alloue des moyens supplémentaires aux élèves en difficulté, elle ne s'attaque ni à la ségrégation scolaire, ni au manque d'estime de soi et à la démotivation qui pénalisent les élèves peu performants.

Pour progresser dans la lutte contre l'échec scolaire et le décrochage, il est nécessaire de s'attaquer simultanément à quatre verrous : la ségrégation sociale à l'école, les pratiques pédagogiques, la prise en charge des décrocheurs et l'autonomie des établissements.

Différentes méthodes pédagogiques sont à exploiter : mettre en avant la motivation des élèves, le bien-être psychologique et l'estime de soi ; travailler la pédagogie positive avec la mise en retrait de l'évaluation, plus l'implication individuelle, plus l'ambition scolaire des élèves d'origine défavorisée (meilleure connaissance des orientations possibles).

- ▶ Créer des cellules de suivi des jeunes en risque de décrochage dans les écoles.
- ▶ Donner le choix de l'autonomie de gestion aux établissements, augmentation des capitaux.
- ▶ Créer une garantie nationale d'apprentissage ou de pré-apprentissage pour les jeunes sans emploi ni formation. Augmenter le nombre total de places disponibles dans les dispositifs d'accompagnement intensif de type d'écoles de la deuxième chance.
- ▶ Baisser le coût du salaire sur les bas salaires.
- ▶ Mieux cibler les moyens de la politique de la ville sur les quartiers où le taux de non-emploi, notamment parmi les jeunes est le plus élevé,

et réallouer une partie des budgets vers l'aide à la mobilité.

- ▶ Créer un droit au logement social transférable d'une commune à l'autre afin de ne pas pénaliser les bénéficiaires qui envisagent de déménager pour prendre un emploi éloigné de leur lieu de résidence.

V. RISQUE DE LA PAUVRETÉ CHEZ L'ENFANT

La définition de ce phénomène nous permet de déduire quels sont ces leviers : Un enfant vit en situation de pauvreté si le revenu et les ressources disponibles pour son éducation sont insuffisants au point de l'empêcher d'avoir un niveau de vie considéré comme acceptable dans la société dans laquelle il vit et suffisant pour garantir son bien-être émotionnel et physique ou son développement. En raison de la pauvreté, cet enfant et sa famille peuvent se trouver défavorisés de multiples manières : faible revenu, logement et environnement insalubres, soins de santé inadéquats ; cet enfant est souvent exclu des activités sociales, sportives, récréatives et culturelles qui sont la norme chez les autres enfants. Son accès aux droits fondamentaux peut être restreint, il peut faire l'expérience de discriminations et de stigmatisations et sa voix peut ne pas être entendue. Cette définition indique que grandir dans la pauvreté peut affecter différents domaines de l'existence. Elle souligne en même temps la relation importante entre la pauvreté des enfants et celle des familles : la situation des parents a un effet direct sur celle des enfants.

Implications de la pauvreté infantile

Santé et développement des enfants

Certaines données scientifiques récentes établissent un lien entre la vulnérabilité socio-économique et les troubles du développement du jeune enfant, et ce, dès la grossesse. Les enfants qui naissent dans une famille en situation de pauvreté risquent davantage d'avoir un faible poids à la naissance et connaissent en moyenne une durée de grossesse plus courte que les autres enfants. Ces bébés ont un plus grand risque de présenter un retard de croissance dans le développement physique et mental et de connaître plus tard des problèmes de santé, dont des affections chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Enseignement et école - Inégalités sociales

La pauvreté entrave l'acquisition du langage dans le milieu familial. Ces entraves sont un important prédicteur de difficultés linguistiques ; un retard au niveau du vocabulaire au moment de l'entrée en maternelle influence négativement et durablement les chances ultérieures de réussite scolaire. De très nombreuses études mettent en évidence les liens entre les indicateurs d'inégalité et les caractéristiques sociales. En Belgique, il y a de grandes inégalités entre le niveau des élèves et une forte détermination sociale de ces résultats scolaires. Ainsi, les inégalités sociales se traduisent par une sélection scolaire croissante, qui débute dans l'enseignement maternel et s'accroît tout au long du parcours scolaire. Les transitions entre l'enseignement maternel, primaire, secondaire et supérieur sont des moments charnières lors desquels les inégalités scolaires se creusent. Parmi les autres constats marquants, citons le retard scolaire, le risque accru de non-obtention

du diplôme de l'enseignement secondaire (sortie du système scolaire sans qualifications) et l'orientation vers une forme d'enseignement spécialisé ou vers des filières peu qualifiantes de l'enseignement secondaire.

Participation sociale, culturelle et sportive

Même si la participation à des activités sociales, culturelles et sportives est considérée comme un droit fondamental, on constate que les personnes en situation de pauvreté sont découragées d'y participer.

Leur non-participation a des effets secondaires dont l'impact est important. Participer à toutes sortes d'activités permet de se détendre, d'entrer en contact avec d'autres, de développer des compétences sociales et de stimuler la créativité et le développement personnel. Il est donc incontestable que le manque de participation des enfants pauvres est très néfaste. Tout cela indique que la pauvreté infantile est un problème coriace et multidimensionnel. Une mauvaise alimentation, un sentiment de honte et de dépréciation, des opportunités scolaires limitées, l'exclusion des activités sociales ne sont que quelques-uns des facteurs qui ont un impact négatif sur la vie et le développement des enfants en situation de pauvreté. De plus, il s'avère que la pauvreté vécue dans les premières années de la vie exerce un plus grand impact sur les possibilités de mobilité sociale que si on y est confronté dans l'adolescence. Ceux qui ont passé leur enfance dans une pauvreté extrême courent un risque significativement plus élevé de vivre aussi dans la pauvreté à l'âge adulte. C'est ce que Lahaye e. a. (2012) formule en ces termes : « *Les résultats des recherches sur les conditions de vie des enfants indiquent que plus on vit tôt et longtemps dans la pauvreté, plus celle-ci semble se transmettre d'une génération à l'autre... L'impact des privations et des mauvaises conditions de vie sur le bien-être, la santé, le développement et l'éducation de l'enfant est manifeste... À moyen et à long terme, ces conditions entraînent une faible mobilité sociale pour la plupart des personnes défavorisées.* ».

Conséquences

À court terme, les enfants qui grandissent dans la pauvreté sont susceptibles de rencontrer des difficultés scolaires qui peuvent entraîner des réorientations ou des décrochages, avec des conséquences négatives potentielles sur leur bien-être (psychique), au niveau tant personnel (manque de confiance en soi, incapacité à surmonter ses problèmes ou ses angoisses) que relationnel (avoir le sentiment d'être différent des autres élèves). À plus long terme, il leur sera peut-être plus difficile de trouver un emploi convenable, en raison d'un parcours scolaire semé d'obstacles, ce qui a bien sûr des conséquences dans d'autres domaines de l'existence (la difficulté à trouver un logement étant un élément essentiel).



LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (ISS)

« La tâche de réduire les inégalités en matière de santé est complexe et a été qualifiée de « problème vicieux » (Blackman et coll., 2006). Elle se caractérise par de multiples définitions, avec plusieurs niveaux de causalité et de solutions complexes, sans promesse d'une réponse claire (Blackman et al., 2006). La lutte contre les inégalités sociales de santé nécessite plusieurs stratégies complémentaires (Solar and Irwin, 2010), allant de l'intervention au niveau de la population, en passant par des stratégies ciblées visant à améliorer la santé des plus démunis. »



Les inégalités peuvent être présentes tout au long de la vie (dès la naissance). Alors que la plupart sont en principe évitables, inégales et injustes... Les réduire est un des enjeux majeurs de l'Union Européenne.

Les cercles académiques reconnaissent les progrès réalisés en Europe en matière de santé mais rappellent également que les inégalités se creusent sur le vieux continent et qu'il est nécessaire de développer la coopération et la recherche dans d'autres domaines que ceux du tabac, de la sécurité alimentaire et des maladies infectieuses.

Il existe en France un véritable besoin d'appui méthodologique pour la conception, le déploiement et l'évaluation des politiques de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Ce besoin est notamment présent en matière de stratégies de prévention, entendues ici comme *« l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »*. L'enjeu majeur pour l'action publique est d'apporter une réponse juridique, institutionnelle et organisationnelle au constat d'un effet socialement et territorialement différencié des stratégies de prévention, et de leur capacité à aggraver les inégalités de santé.

Christine Mahy, secrétaire générale du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté, souligne que *« notre société porte un regard particulier sur les personnes défavorisées en situant leurs besoins et leurs habitudes de vie dans le « trop peu ». Cette vision a pour conséquence de limiter les investissements politiques et sociaux à l'égard des plus démunis (ex : logements avec des contraintes plus élevés pour les personnes disposant de revenus les plus faibles ; scolarité avec les coûts des voyages scolaires...) »*.

Afin de lutter contre ces inégalités, que cela soit pour les corriger ou pour les prévenir, il est indispensable de disposer d'outils qui permettent de les observer, de les mesurer et de les suivre

dans le temps. Le manque actuel d'un système de surveillance des ISS a été souligné dans différents rapports. Ces derniers insistent sur la nécessité de produire des indicateurs de suivi des ISS de façon régulière.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) et, à sa suite, Santé publique France, de par ses missions – surveiller la santé des populations et ses déterminants – a un rôle à jouer dans la documentation des ISS et l'application de leur surveillance. Or, si la prise en compte des déterminants sociaux de la santé existe de longue date dans certains dispositifs de surveillance de l'InVS, celle-ci ne se fait pas de façon systématique et homogène dans l'ensemble des programmes. C'est en partant de ce constat qu'il a été décidé de mettre en place un programme transversal « Inégalités sociales de santé » en janvier 2013. L'objectif de ce programme était, dans un premier temps, de fournir aux départements scientifiques des outils permettant d'intégrer la dimension socio-économique dans les systèmes de surveillance. Ces derniers font appel à différents types de sources de données : enquêtes en population générale ou spécifique, exploitation des bases de données médico-administratives, systèmes de surveillance. Pour chacune de ces sources, il existe des contraintes différentes (absence de données socio-économiques dans les bases de données médico-administratives, difficulté de recueil des variables socio-économiques dans les systèmes de surveillance sanitaire, par exemple).

Il s'agissait donc de fournir des outils permettant par la suite aux départements scientifiques d'utiliser des indicateurs pertinents, en trouvant un juste équilibre entre les différentes contraintes existantes.

Pour améliorer la santé des populations, les modes d'action dirigés vers les individus (déterminants proximaux) doivent aller de pair avec des stratégies plus globales, intégrant un ensemble de déterminants structureaux.

Globalement, les modes d'action pour réduire les inégalités sociales de santé et leurs déclinaisons ont suivi cinq grandes tendances :

- ▶ De l'action sur l'accès aux soins primaires à l'action sur les déterminants sociaux de la santé ;
- ▶ Du renforcement des capacités individuelles à l'Empowerment⁶ global ;
- ▶ De l'action sur des cibles populationnelles privilégiées à l'inclusion sociale de tous ;
- ▶ De la promotion des investissements en santé à une régulation financière accrue ;
- ▶ Des politiques publiques favorables à la santé dans toutes les politiques.

Les modes d'action visant les cibles sectorielles, ont évolué d'une vision axée sur l'accès aux soins (Alma Alta en 1978) à une vision axée sur l'importance des milieux de vie jusqu'à évoluer vers une action globale sur les déterminants sociaux de santé.

En 2004, la notion de réduction du gradient de santé apparaît ; elle vise à réduire les écarts de santé constatés entre groupes au sein de toute la population.

En 2011, apparaît la notion d'Empowerment ; Il s'agit d'un processus qui permet de renforcer le pouvoir d'un individu, lui donner les moyens d'être autonome, de décider, de choisir ce qui est bon pour lui.

En 2013, la charte d'Helsinki introduit la notion de littératie en santé. Celle-ci constitue un renforcement spécifique des capacités individuelles qui vise à agir sur les connaissances que les individus ont du système de santé afin de les aider à utiliser les services de soins et de prévention.

6. L'empowerment est l'octroi de davantage de pouvoir à des individus ou à des groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques auxquelles ils sont confrontés.

I. LES APPROCHES POSSIBLES POUR LUTTER CONTRE LES ISS

1. Approche universelle

L'approche universelle représente une politique/une action où l'intervention est offerte à tous, et qui a le potentiel de soutenir l'ensemble de la population et de favoriser le bien-être de tous les niveaux socio-économiques. Il s'agit donc d'une intervention qui concerne indifféremment l'ensemble de la population, quels que soient les besoins ou la position sociale de chacun. Il est question d'égalité d'accès.

En prenant l'exemple des soins de santé, chaque individu a potentiellement accès aux soins de santé de base indistinctement de son âge, de son revenu ou de sa position sociale. Cependant, cette approche ne prend pas en compte les difficultés d'accès des individus les plus précarisés qui font face à un ensemble de barrières (le coût des soins, les moyens de se rendre à l'hôpital, le niveau de littératie en santé trop faible, ...) restreignant l'accès effectif aux soins de santé de base.

2. Approche ciblée

L'approche ciblée représente une politique/une action qui concerne une partie de la population en particulier. L'admissibilité et l'accès à l'intervention dépendent des critères de sélection (revenu, scolarité, état de santé,...). La majorité de la population n'en bénéficie pas. Il s'agit donc d'une action qui touche seulement une fraction de la population, considérée comme prioritaire (et souvent précarisée). Cette sélectivité peut entraîner une stigmatisation des bénéficiaires ainsi qu'une exclusion des personnes non-éligibles. Les approches ciblées visent en général les conséquences des inégalités sociales de santé et non leurs causes. Elles ont peu d'impact sur le gradient social de santé.

3. Principe d'universalisme proportionné

Les approches universelles et les approches ciblées présentent chacune des inconvénients qui impactent de manière limitée le gradient social de santé.

En combinant ces deux approches, Michael Marmot (2010) a développé le principe d'universalisme proportionné : « *Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. Une plus grande intensité d'action sera probablement nécessaire pour ceux qui ont un plus grand désavantage social et économique, mais se concentrer uniquement sur les plus défavorisés ne réduira pas le gradient de santé et ne s'attaquera qu'à une petite partie du problème* ».

Il s'agit donc d'offrir une intervention universelle concernant l'ensemble de la population (tout en éliminant les barrières d'accès pour éviter d'accentuer les inégalités sociales de santé) ; mais avec une intensité et des modalités qui varient en fonction des différents sous-groupes de la population et de leurs besoins.

Le principe d'universalisme proportionné ne s'intéresse pas uniquement à l'aspect quantitatif des actions mais surtout à leur aspect qualitatif via des actions différenciées et adaptées au contexte local.

Attention, utiliser une même action avec une intensité plus importante visant la population la plus défavorisée n'a que peu d'effets sur le gradient social de santé. Les politiques anti-tabac, qui ont un impact limité sur ces populations, illustrent ce phénomène : il n'est pas utile d'entreprendre les mêmes actions avec une intensité plus élevée chez les personnes précarisées, celles-ci ne fument pas forcément pour les mêmes raisons que les autres.

Dans les faits, il est assez rare de trouver des actions mettant en œuvre le principe d'universalisme proportionné et qui l'identifient comme tel.

La mise en œuvre d'une politique universelle proportionnée intègre à la fois des approches universelles et des approches ciblées qui prennent en compte les différentes barrières d'accès rencontrées par chaque personne. En pratique, il ne s'agit pas forcément d'un ensemble d'actions distinctes mais d'une action globale qui se décline en sous-actions à destination de publics définis.

Définir une proportionnalité représente un élément positif pour répondre à la différence de besoins de chaque individu, mais l'erreur consiste à penser que la solution repose sur une action identique pour tous ; les personnes les plus précarisées ne développent pas la même sensibilité aux messages de santé, et encore moins aux messages de prévention. Il est donc nécessaire de prendre en compte ces constats via les témoignages des « experts du vécu ».

Quelques recommandations pour agir et mettre en œuvre le principe d'universalisme proportionné :

- ▶ Agir précocement (périnatalité, petite enfance, modes de garde, santé scolaire)... ;
- ▶ Améliorer la situation sur le plan de l'emploi et de la formation ;
- ▶ Assurer de bonnes conditions de travail et des environnements de travail favorables ;
- ▶ Veiller à l'existence d'un revenu minimum décent ;
- ▶ Assurer la progressivité de l'impôt ;
- ▶ Veiller à l'accessibilité des transports publics ;
- ▶ Veiller à la qualité du logement ;
- ▶ Favoriser les actions intersectorielles ;
- ▶ Mettre en place des interventions communautaires sur l'alimentation, l'activité physique, l'alcool et le tabac, prenant en compte les contraintes environnementales et structurelles ;
- ▶ Agir dans le domaine du développement durable et lutter contre le changement climatique ;
- ▶ Prendre en compte les explications psychosociales des inégalités sociales de santé.

En France, les Agences Régionales de Santé (ARS) doivent contribuer à réduire les inégalités territoriales en santé, en menant des politiques de santé fondées sur une vision transversale des besoins de santé d'une région donnée et en adaptant les politiques de prévention aux besoins spécifiques de chaque population. C'est là l'opportunité d'une « organisation de la politique de prévention qui réconcilie, par le territoire de proximité et ses acteurs, les logiques géographiques et populationnelles des disparités de santé ».

Ainsi l'universalisme proportionné apparaît, au-delà des mots, comme un formidable levier opérationnel de la lutte contre les inégalités de santé.

4. Participation sociale et Empowerment

Les politiques mises en place pour réduire les ISS ne doivent pas se limiter à agir sur les déterminants de la santé (déterminants intermédiaires) mais incluent des actions visant à contrecarrer les mécanismes sociaux à l'origine de la répartition inégale des déterminants de la santé dans la population. Pour ce faire, la conception de telles politiques nécessite la prise en compte de stratégies relatives au contexte socio-économique et politique ; aux approches intersectorielles ; à la participation sociale et l'Empowerment.

II. COMMENT AGIR SUR LE TERRAIN ?

1. Renforcement des capacités individuelles

A ce niveau, il s'agit de renforcer les capacités des individus afin qu'ils acquièrent des compétences et puissent adopter des comportements favorables en matière/ à leur de santé. Les moyens envisagés sont l'information, l'éducation pour la santé et la formation des individus, qu'elle porte sur des questions de santé précises ou qu'elle vise plus largement à leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences à valoriser sur le plan professionnel.

2. Renforcement des capacités des groupes et communautés

On cherche à renforcer les capacités des groupes et communautés dans le but de créer de la cohésion et du soutien social et ainsi, agir contre l'exclusion et l'isolement, mais également à renforcer la capacité des communautés à se mobiliser pour améliorer la santé de leurs membres.

3. Améliorer les conditions de vie et de travail

Il s'agit à ce niveau, de créer des environnements favorables à la santé afin de diminuer les expositions aux risques des habitants et de favoriser l'accès aux biens et services ainsi qu'à des comportements favorables à la santé (ex : réhabilitation des lieux de travail, fourniture de biens matériels...).

4. Réorientation des services de santé

Ces services doivent permettre l'accès pour tous à des soins de qualité. Pour cela, ils doivent soutenir les individus et groupes dans une recherche d'une vie plus saine :

- ▶ Développement de services/consultations en dehors des structures de santé. Il s'agit d'aller à la rencontre des publics qui se trouvent à l'écart des circuits de soins et de proposer des services sur leurs lieux de vie ou d'activités (consultations organisées dans leurs foyers de migrants, équipes mobiles...) ;
 - ▶ L'importance de travailler dès la petite enfance pour réduire les inégalités à l'âge adulte ;
 - ▶ Mise à disposition d'informations adaptées aux populations (traduction des documents, recours à des médiateurs...) ;
 - ▶ Mise en place de dispositifs de soutien et d'accompagnement aux personnes et groupes qui en éprouvent le besoin, comme les aidants familiaux, les personnes souffrant d'un cancer... Ceci comprend des groupes de parole mais aussi des consultations et suivis psychologiques ;
 - ▶ Mise en place de mécanismes/services/structures spécifiques aux publics pouvant connaître des difficultés d'accès aux soins, notamment les jeunes ou les populations vivant dans des conditions précaires ;
 - ▶ Accompagnement et suivi social pour aider les personnes à naviguer au sein d'un système de soins peu connu et faire valoir leurs droits ;
 - ▶ Aménagement des services afin de prendre en compte les contraintes de certains groupes d'utilisateurs, des aménagements matériels facilitant l'accès pour les personnes handicapées au changement de plage horaire des services ;
 - ▶ Développement de la multidisciplinarité et création de structures d'exercice pluri-professionnel ;
- ▶ Mise en place de dispositifs intégrés, comme les réseaux, avec en amont l'organisation de groupes de travail, d'échanges sur les pratiques ;
 - ▶ Développement d'outils de travail favorisant l'intégration : cadre méthodologique, système informatique, répertoires...
 - ▶ Renforcement des capacités des professionnels et des services de santé au travers de formations et de sensibilisation notamment sur les ISS et sur la nécessité de travailler de manière globale et en réseau, mais aussi création/appui aux services de santé, recrutement de personnels et appui matériel (ex. offre de local pour la permanence de médecins bénévoles, appui en médicaments...) ;
 - ▶ Au niveau local, il s'agit de développer des partenariats intersectoriels afin d'aboutir à une action impliquant les secteurs sanitaires et non-sanitaires dans le but de lutter contre les inégalités de santé en combinant les moyens d'action de chacun de ces secteurs au niveau d'une ville ou d'une agglomération. Cela passe par des actions variées de lobbying et de plaidoyer mais également par une amélioration des connaissances sur l'intérêt des collaborations intersectorielles, notamment dans les diagnostics locaux de santé, avec une focalisation sur la problématique de l'équité en santé. Cela comprend également les évaluations des actions en vue de leur ajustement.

III. MOYENS POUR AGIR EFFICACEMENT AVEC LES PERSONNES PRÉCARISÉES

Les difficultés rencontrées chez les publics défavorisés sont souvent très nombreuses : l'expérience d'une vie en santé, la langue, les capacités de lire et écrire, les cultures, la distance avec les magasins, le coût... Il est donc important d'adopter un comportement adéquat :

- ▶ Manque de connaissance concernant une vie saine : frein principal pour faire changer de comportement de cette population. Il est important de focaliser l'intervention en éducation santé autour des styles de vie sains ;
- ▶ Ne pas commencer avec un discours moralisateur (pas de pression), sinon on risque de perdre des gens en route. Même si l'approche « no pressure » n'encourage pas spécialement les gens à s'engager dans quelque chose ;
- ▶ Les personnes ont un niveau d'éducation qui varie très fort d'une personne à l'autre (lire, écrire est parfois difficile)... ce n'est donc pas facile d'avoir une information qui convient à tout le monde. Une bonne technique est d'utiliser **des aides visuelles** plutôt que des photocopies (« montrer aux gens de quoi on parle ») ;
- ▶ Les cultures peuvent être très différentes. Un moyen de contrer ce problème est de former de groupes ciblant différentes communautés ;
- ▶ Avoir des séances de formation et d'information « gratuites » est crucial. Cependant, il y a parfois un risque que les gens voient les choses comme « être gratuit veut dire que c'est nul » ;
- ▶ Le rôle des grands-parents est parfois trop indulgent. Essayer donc que les interventions de santé puissent être délivrées à l'ensemble de la famille.

Etant donné la complexité des vies de ces personnes et les barrières liées à la langue, lire et écrire... un point de départ important est que les ménages en situation de pauvreté puissent effectivement exercer tous les droits auxquels ils peuvent faire appel. C'est une étape essentielle pour sortir de la pauvreté. On parle de non-recours ou de sous-protection lorsque des personnes ne parviennent pas à exercer leurs droits sociaux fondamentaux. Le non-recours aux droits par ceux qui en ont besoin peut nuire l'efficacité de la politique sociale et empêche d'atteindre (entièrement) des objectifs tels que la réduction de la pauvreté.

Les personnes précarisées devraient bénéficier de plus de support pour mettre en place leurs objectifs et s'assurer qu'ils puissent être réalisables. Pour pallier cela, on note, depuis un certain temps, le déploiement d'innovations :

- ▶ Les **services de navigation** sont les plus documentés. Les principaux services offerts par cette intervention concernent l'information et la sensibilisation sur les ressources existantes, ainsi que l'accompagnement des patients dans la prise de rendez-vous. Les services offerts comprennent aussi l'interprétariat, pour ceux qui ne parlent pas la langue officielle du pays.

Différents profils de navigateurs ont été identifiés, avec une prépondérance des éducateurs mais aussi des professionnels de la santé. Ces services sont généralement mieux acceptés par les personnes précarisées.

- ▶ **L'offre de soins en stratégie avancée** vise à rendre accessible les soins de santé primaires à des personnes généralement difficiles à toucher, qui ne se rendent pas aux structures de santé, et donc, n'y auraient pas accès autrement. Ces programmes se déroulent sous diverses formes (cliniques mobiles, interventions sanitaires en stratégie avancée pilotées par des infirmières ou des agents de santé communautaires). Ils offrent les mêmes services que le système ordinaire, mais avec des modalités de délivrance différentes alignées aux conditions de vie des personnes précarisées.

- ▶ **Les cliniques offrant des soins adaptés** sont souvent implantées en étroite collaboration avec le milieu communautaire. Les soins sont souvent fournis par des équipes interdisciplinaires (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux...) dans des endroits de confiance et selon des horaires adaptés aux réalités de vie (soirs et weekends). L'adaptation de ces cliniques peut aussi consister à intégrer, dans l'offre des soins, des acteurs comme des agents de santé communautaires qui ont vécu des expériences de vie similaires.
- ▶ **L'extra-scolaire** - De nombreux parents en situation de pauvreté n'ont recours ni aux crèches, ni aux garderies, ni aux activités extrascolaires auxquelles les autres enfants accèdent. Cela s'explique à la fois par une méconnaissance de ces services, par leur coût et par leur faible disponibilité. Or, les études montrent que ces services sont importants tant pour les enfants – qui y gagnent en autonomie et en sociabilité – que pour leurs parents, car devoir prendre soin d'enfants en bas âge est souvent un frein à la reprise d'un emploi ou d'une formation. L'accès aux services de garde d'enfants est facilité par la mise en réseau des institutions qui s'adressent aux publics précarisés. La recherche d'une place dans les services de garde dépend fortement des caractéristiques des familles elles-mêmes. Par exemple, certains parents ont des difficultés à obtenir des informations sur l'offre disponible, voire éprouvent une certaine méfiance à l'égard des services de garde. En résumé, en plus des problématiques financières, de nombreux autres facteurs peuvent jouer un rôle en matière d'accès aux services de garde d'enfants. Selon Vandebroek, Lazzari et Schiettecat (2013), l'existence d'un nombre suffisant de places d'accueil, la qualité de ces services, une bonne diffusion de l'information ainsi que la mise en réseau des acteurs sont autant de facteurs favorisant l'accessibilité des services de garde d'enfants.
- ▶ **L'enseignement** - On affirme souvent que l'enseignement constitue le principal tremplin vers un avenir meilleur. Mais ce tremplin n'agit pas de manière aussi puissante pour tout le monde. Pour les enfants en situation de vulnérabilité, quelle qu'en soit la cause, l'enseignement est même un élément qui

fait partie de leur condition défavorisée. Les politiques peuvent intervenir sur trois aspects liés à l'enseignement : ses coûts réels, l'accompagnement des familles et l'intégration de l'école dans le tissu social. Malgré la gratuité officielle de l'enseignement, de nombreux coûts annexes à la scolarité peuvent entraver le parcours des élèves en situation de pauvreté. Afin de réduire ces coûts, de nombreuses écoles ont déjà mis en place divers systèmes en faveur des publics les plus précarisés (intervention dans les frais liés aux repas scolaires et à la gratuité du potage aux écoliers ; l'utilisation d'un système de « chèques-enseignement » ou d'un « passeport d'égalité des chances » peut également alléger la facture ; la mise à disposition des classes d'informatique après les heures d'école ou pendant la pause de midi ; une aide aux devoirs, assurée par des professionnels, des bénévoles ou des étudiants qui se destinent à l'enseignement). L'école est un lieu de socialisation qui gagne à créer des collaborations avec les divers acteurs politiques. Bien que cela ne soit pas sa mission première, certaines mesures facilitent la mise en relation des familles, via l'école, avec d'autres institutions pouvant leur offrir des services (Kind en Gezin, l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), les écoles de devoirs ou l'offre d'activités extrascolaires, les cours de langue...). En matière d'enseignement aussi, il est important d'agir de manière proactive et préventive vis-à-vis des jeunes enfants dans la pauvreté, et ce avant même qu'ils n'entrent à l'école maternelle, compte tenu du rôle important que celle-ci joue dans leur développement.

- ▶ **Les figures-relais** - sont un autre moyen pour les pouvoirs locaux de lutter contre la pauvreté (des enfants) dans l'enseignement. Une figure-relais propose un soutien aux parents et aux écoles en partant de son propre vécu ou des connaissances qu'elle a acquises en matière de pauvreté, de fonctionnement scolaire et du paysage local des services d'aide. Elle mène un travail de terrain et sert de point de contact auprès de parents difficiles à toucher, elle crée un lien entre la famille, l'école et la société et accroît ainsi l'implication des parents. Une commune peut investir elle-même dans ces figures-relais ou soutenir une association qui en assure cette fonction.

- ▶ **L'outil extrascolaire** - Tout comme la garde d'enfants, les activités extrascolaires permettent non seulement à l'enfant de se développer personnellement et socialement, mais elles permettent aussi aux parents de disposer de temps pour leurs activités professionnelles, administratives et personnelles. Dans le cas de ce levier également, les communes peuvent avoir un impact sur les coûts, la visibilité de l'offre et la mise en réseau des acteurs et actrices locaux.
- ▶ **Soutien aux familles et à la parentalité** - Offrir une attention particulière à l'accompagnement et au soutien parental des familles précarisées permet de limiter les conséquences négatives de la pauvreté sur le développement des enfants. Il est important d'intégrer les parents de manière participative dans les divers services. Par exemple, soutenir les lieux de rencontre parents-enfants, notamment en garantissant un nombre de places suffisant pour tous, c'est favoriser le tissage de relations parentales stables et rompre l'isolement social des familles en situation de précarité.
- ▶ **Logement** - Les pouvoirs locaux, comme les communes, peuvent prendre différentes initiatives dans le domaine du logement et rendre ainsi le droit au logement effectif pour les familles en situation de précarité. Pour les familles qui habitent sur leur territoire, elles peuvent veiller à l'existence d'une offre suffisante de logements sociaux, de logements d'urgence pour l'accueil de personnes sans-abri ou de logements de transit. En matière d'énergie, les communes peuvent agir sur le coût à travers des primes ou des tarifs préférentiels, mais aussi en favorisant l'augmentation de la part de logements sociaux à basse consommation d'énergie. Une administration locale qui s'investit dans la lutte contre les logements inoccupés et contre les vendeurs de sommeil, par exemple, et mène une véritable politique d'aménagement du territoire, montre qu'elle met en avant le droit au logement. Les investissements dans les logements sociaux s'inscrivent dans un tel cadre. Par ailleurs, les Centres Publics d'Action Sociale⁷ (CPAS) peuvent exercer une fonction majeure en prévoyant des hébergements de crise, comme des centres d'accueil pour sans-abri et des logements de transit. Les

pouvoirs locaux peuvent aussi peser sur les frais d'énergie et de loyer des habitants précarisés en octroyant des primes ou des interventions. Les exemples vont d'une prime annuelle pour les personnes contraintes de louer un logement très énergivore à une intervention mensuelle dans les frais de loyer. D'autre part, un CPAS (guichet d'énergie) peut aider ses bénéficiaires à vérifier que leur fournisseur d'énergie leur convient et les aider à en changer au besoin. Il est aussi possible d'organiser des achats groupés d'énergie.

Disposer d'un logement social offre aux personnes en situation de pauvreté les garanties nécessaires en matière d'accessibilité financière, de sécurité et de qualité du logement. C'est pourquoi le développement d'un parc de logements sociaux est une priorité dans la lutte contre la pauvreté. À côté des sociétés de logement social, les agences immobilières sociales (AIS) constituent un outil utile pour créer des logements abordables, louables sur la base de critères sociaux transparents. Les pouvoirs locaux peuvent soutenir, via des subventions, une AIS. En outre, il faut s'intéresser non seulement au nombre de logements, mais aussi à leur typologie : il est important de veiller à ce que les familles nombreuses puissent avoir également accès aux logements sociaux adaptés à leurs besoins.

- ▶ **Travail** - Une approche intégrale, qui prend en compte à la fois la question de l'emploi et du bien-être des parents en situation de précarité, permet de mieux répondre aux besoins de leurs enfants. Pour ce faire, la collaboration des communes avec les services de transports publics, les agences pour l'emploi et leurs CPAS sont une clé de succès. Les communes peuvent également créer de l'emploi, en particulier dans les secteurs recourant à de la main-d'œuvre peu qualifiée, que ce soit via des entreprises d'insertion sociale, l'économie de services au niveau local...

7. En France, toute proportion gardée, il existe les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS)

- ▶ **Revenus** - Les communes disposent de plusieurs outils leur permettant d'augmenter les revenus des personnes les plus précarisées sur leur territoire : elles peuvent augmenter leur soutien au CPAS, accorder des aides financières pour certaines thématiques ou dans certaines situations ou adapter les impôts qu'elles prélèvent en fonction de différents critères en faveur des familles en situation de pauvreté. Le revenu d'intégration est l'une des formes que peut prendre le droit à l'intégration sociale. Il s'agit d'un revenu minimum destiné aux personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes et accordé par le CPAS. Il est donc essentiel que ce droit soit appliqué par celui-ci de manière correcte et humaine. D'autre part, l'aide complémentaire est un outil qui peut être utilisé comme réponse très ciblée à certains besoins et produire des effets importants. Cela peut par exemple se faire en tenant compte du nombre et de l'âge des enfants dans le calcul de l'aide complémentaire, afin d'examiner les frais minimums de scolarité qui peuvent être pris en charge (en fonction de l'âge).

Primes, allocations et interventions : Ces primes font souvent une grande différence en ce qui concerne le revenu des ménages. Tout comme l'aide complémentaire, elles constituent un instrument important dans la lutte contre la pauvreté. De nombreux pouvoirs locaux attribuent des primes, par exemple, en remboursant les couches culottes réutilisables, en offrant une prime de naissance ...

On peut aussi contribuer à améliorer indirectement le pouvoir d'achat de familles vulnérables en créant des « baby cafés », où les parents peuvent se procurer toutes sortes d'accessoires, en organisant des opérations de collecte et de distribution de nourriture ou en mettant en place un magasin où des vêtements sont vendus à prix réduit. Une épicerie sociale peut aussi apporter une réponse aux besoins de familles vulnérables.

Une des revendications constantes du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP) est l'individualisation et l'automatisme des droits. Les aides devraient être automatiques quand

on remplit les conditions et non quérables. Le statut de cohabitant est aussi pénalisant d'où l'idée de créer des aides à la personne qui ne tiennent pas compte de sa situation de couple ou non.

- ▶ **L'apprentissage de la langue** - L'apprentissage de la langue constitue un levier d'intégration sociale, culturelle ou professionnelle des personnes étrangères et a un impact direct sur celle des enfants. Plusieurs moyens peuvent être mis en œuvre pour prendre en charge l'alphabétisation et l'apprentissage de la langue au niveau local. Tout d'abord, il s'agit de s'appuyer sur les différentes parties prenantes potentiellement activables, comme les asbl spécialisées dans l'apprentissage de la langue et les opérateurs d'insertion professionnelle. Les Centres régionaux d'intégration ont une bonne connaissance du public cible et sont chargés de la coordination des plateformes. Différents services peuvent être activés au niveau de la commune pour soutenir l'initiative d'apprentissage. La bibliothèque communale est un bon moyen de se procurer des ressources didactiques. En Wallonie, le Plan de Cohésion sociale (PCS) des villes et communes peut octroyer des ressources financières garantissant le fonctionnement des activités et, enfin, le service population occupe un rôle primordial d'information auprès du public, puisqu'il est présent au sein de chaque commune et constitue le point de contact prioritaire.

- ▶ **Temps libre** - Les pouvoirs locaux peuvent aussi faire la différence dans le domaine des loisirs en faisant des activités de détente un levier de la participation (culturelle, sportive et sociale). Outre sa valeur intrinsèque, cette participation permet aux personnes d'entrer en contact avec d'autres, contribue à ce qu'elles se constituent différentes ressources et peut favoriser l'intégration sociale et l'émancipation.

Mais cela ne va pas de soi pour les enfants en situation de pauvreté (et leur famille). En plus du manque d'argent et des difficultés de transport, il n'est pas toujours facile pour les familles précarisées de découvrir la diversité de l'offre d'activités de loisirs pour leurs enfants.

La participation à des activités de loisirs entraîne généralement toute une série de coûts, comme le paiement d'une cotisation, l'achat de l'équipement sportif, les frais de déplacement... Ce facteur financier peut entraver l'accès aux activités.

Le gouvernement veut remédier à cette situation et fait appel aux CPAS pour que les personnes fragilisées puissent également participer à des activités de loisirs. En mettant une subvention à leur disposition, le gouvernement veut encourager les CPAS à prendre des initiatives susceptibles de stimuler la participation sociale, culturelle et sportive de leurs usagers. Il appartient aux CPAS de décider eux-mêmes de faire appel à ce fonds. La Province de Luxembourg accorde également une prime pour la participation à une activité sportive.

D'autre part, un réseau local visant à rendre la participation aux activités de loisirs financièrement accessible peut apporter une contribution considérable. Un exemple est l'utilisation d'un passeport loisirs, qui permet d'accéder à ce droit fondamental. On peut aussi encourager les associations et institutions à réserver un certain nombre de places pour les personnes en situation de pauvreté et à leur accorder l'accès gratuit à des activités culturelles et sportives, à charge pour les organisations sociales de répartir ces places entre leurs usagers. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, par exemple, 30 musées ouvrent gratuitement leurs portes à ce public cible et 30 autres sont gratuits certains jours de la semaine. Il y a aussi 150 musées à Bruxelles et en Wallonie qui sont gratuits chaque premier dimanche du mois. À La Louvière, on trouve une initiative semblable qui répond à la problématique de la pauvreté des enfants.

Afin de rendre les activités de loisirs plus accessibles aux familles précarisées, la commune peut proposer des activités d'été ouvertes à tous les enfants (et pas seulement aux enfants des bénéficiaires des CPAS), afin de mettre en avant la mixité sociale. Dans le même ordre d'idée, on peut conseiller de réserver des places destinées en priorité

aux enfants de familles précarisées afin qu'ils participent à des plaines de jeux pendant les vacances d'été. Toujours dans l'optique de rendre les activités de loisirs plus accessibles aux enfants vulnérables, on peut encourager les initiatives des maisons de quartier dont les projets veulent construire un pont entre l'école et la famille.

La mise en réseau des acteurs locaux, ainsi que leur concertation, semblent constituer une action à ne pas négliger. La Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant (2018) soutient l'idée d'un tissage de liens étroits entre l'école, les parents et les structures extrascolaires, dans une perspective d'alliance éducative, créée autour de l'enfant.

- **Soutien familial** - Investir dans le soutien familial avec une attention particulière pour les familles les plus vulnérables. On regroupe sous le nom de soutien familial l'ensemble des activités qui ont pour but de favoriser le bien-être des familles et de leurs membres. Il ne s'agit pas seulement d'éducation et de soins, mais aussi de questions financières, de relations, d'emploi... De nombreux services s'adressent d'ailleurs à tous les parents où le travail en réseau constitue un élément important.

Cela montre l'importance de ne pas imposer l'accompagnement et le soutien aux parents, mais de les impliquer. Cela permet de développer un accompagnement à leur rythme et de les reconnaître dans leur rôle de parents. Quand on propose un soutien familial, il importe tout autant de créer un seul point de contact, comme le démontre le Kinderarmoedefonds (FRB, 2018).

D'autres projets locaux ont pour vocation de recréer un tissu social autour des parents précarisés, mais également autour des enfants. En leur proposant des activités ludiques, il est possible d'interpeller les parents sur des questions d'éducation. La mise en place en parallèle d'ateliers thématiques (sur la scolarité, les limites dans l'éducation...) destinés aux parents leur permet de se confier librement sur les difficultés rencontrées, de partager des expériences et de tisser du lien. Une équipe d'animation prend en charge

les enfants en bas âge durant les ateliers.

Il est important que les familles précarisées puissent avoir accès aux différents services de soutien à la parentalité proposés par leur commune. Cependant, les problèmes de mobilité, la multiplicité d'acteurs et de services ou les défaillances en matière de prise d'informations incitent certaines communes à améliorer la visibilité, l'accessibilité et la qualité des interventions des acteurs locaux en créant, par exemple, un service spécialisé dans les droits des familles avec de jeunes enfants.

- **Santé** - Les autorités locales ont aussi la possibilité de jouer un rôle dans le domaine de la santé, notamment via l'accessibilité des soins ou un soutien financier. Dans ce domaine, il est important d'investir dans la prévention, ce qui inclut également les aspects relatifs à l'alimentation saine, durable et locale.

Dans le domaine de la santé, il est incontestablement possible d'agir de manière préventive grâce à des campagnes de vaccination ou des services de sensibilisation à l'hygiène. Pour les autorités locales, il s'agit à nouveau d'un travail de centralisation des informations. Par exemple, on peut envisager la possibilité de distribuer aux médecins de famille des brochures sur les modalités d'intervention du CPAS. En plus d'être des acteurs de première ligne, les médecins peuvent ainsi orienter les familles pendant leurs consultations.

Concernant l'aspect préventif, les autorités locales peuvent développer un certain nombre d'initiatives pour promouvoir un mode d'alimentation sain, telles que l'encouragement des banques alimentaires ou la mise à disposition de colis alimentaires.

Une autre possibilité intéressante concerne la fourniture de repas sains. Ils permettent aux personnes qui en bénéficient d'accéder à une alimentation de qualité, équilibrée et bon marché. Ces repas peuvent constituer également des lieux d'échanges, de rencontres et de sensibilisation au développement de compétences alimentaires et culinaires, selon la formule choisie.

Une autre initiative consiste à créer des jardins

partagés. Ils donnent l'occasion d'accéder à une alimentation saine, bon marché et diversifiée, ils développent les compétences en jardinage, peuvent constituer un levier vers une formation d'insertion socioprofessionnelle et sont l'occasion de reconstruire un tissu social.

Même si toute grossesse comporte des risques, ceux-ci sont plus élevés chez les femmes enceintes fragilisées. Il est donc crucial d'assurer un suivi prénatal précoce et de qualité, afin de réduire la morbidité et la mortalité périnatale. Le Kinderarmoedefonds insiste également sur la nécessité de développer un soutien structurel auprès des femmes fragilisées enceintes ou qui viennent d'accoucher.

Faire appel aux services médicaux a un coût. Les CPAS peuvent intervenir dans les frais médicaux de personnes en situation de pauvreté. Les pouvoirs locaux peuvent aussi faciliter le droit à l'aide médicale urgente en veillant à ce que les médecins soient suffisamment informés et à ce qu'il y ait une procédure claire garantissant l'aide médicale dans les cas d'urgence.

- **Emploi** - Il est pertinent de s'intéresser au domaine de l'emploi dans le contexte de la pauvreté des enfants (cf. le taux de pauvreté des enfants qui grandissent dans un ménage où les parents ne travaillent pas). Il ne suffit pas de créer des emplois supplémentaires, encore faut-il s'attaquer aux obstacles de toutes sortes qui entravent l'accès au travail (problèmes de mobilité, crèches abordables, expérience professionnelle...). Il convient donc d'adopter une approche intégrée, attentive aussi bien aux questions d'emploi que de bien-être. Une administration locale a intérêt à collaborer avec le public cible et avec des partenaires tels que le CPAS et le Forem/Pôle Emploi.

Un pouvoir local peut parallèlement mener diverses initiatives dans le domaine de l'emploi. En investissant dans des emplois pour personnes peu qualifiées, comme des entreprises de travail adapté et des services locaux, on donne l'occasion aux publics précarisés d'acquérir une expérience professionnelle de qualité. Le lancement d'une épicerie sociale, d'une boutique de deuxième

main, d'un restaurant de quartier ou d'un « repair-café », par exemple, offre d'excellentes possibilités d'emploi aux publics fragilisés.

Les pouvoirs publics locaux sont aussi des employeurs et ils peuvent l'être pour des personnes en situation de pauvreté. Par exemple, en veillant à ce que les offres d'emploi n'imposent pas d'exigences inutiles et en permettant, le cas échéant, de combiner un emploi avec des cours de langue.

L'emploi reste l'un des meilleurs remparts dans la lutte contre la pauvreté. Cependant, les offres d'emploi ciblent plus souvent une population qualifiée laissant de côté les demandeurs d'emploi peu qualifiés, ce qui renforce leur exclusion sociale et le risque de pauvreté. Des efforts sont consentis désormais pour améliorer la formation et l'orientation du public peu qualifié, et les pouvoirs locaux ont, à ce niveau, la possibilité d'apporter leur pierre à l'édifice. En effet, en analysant au préalable les besoins de la population (une analyse rendue possible par la concertation), les communes peuvent œuvrer à une validation des compétences, en prêtant une attention particulière aux métiers en pénurie. Il convient également de travailler à une meilleure qualification des adultes (projets d'alphabétisation, préqualification, enseignement de promotion sociale...). Une analyse du territoire semble donc primordiale à ce niveau. La centralisation des services relatifs à l'emploi et à la formation facilite les démarches des demandeurs et limite leurs déplacements. Cette centralisation peut s'effectuer à travers la création d'un centre de formation et d'orientation vers le travail. De surcroît, une telle centralisation (quelle que soit sa concrétisation) permet d'accompagner les personnes vulnérables (sur le plan administratif, dans la recherche d'un emploi...).

Il faut, toutefois, également préciser qu'il y a aussi beaucoup de jeunes qui disposent de baccalauréat ou de master et qui ne parviennent pas à s'insérer sur le marché de l'emploi malgré leur qualification. Un accompagnement ciblé de ces jeunes travailleurs devrait aussi être prévu.

► **Fiscalité** - Accroître les perspectives d'emploi de parents isolés et peu qualifiés par le renforcement des mesures fiscales et sociales axées sur ces personnes, augmenter le nombre d'emplois dans l'économie sociale et renforcer l'accessibilité (financière) des services d'accueil de la petite enfance sont autant de mesures à prévoir.

Le niveau local a donc un rôle important à jouer pour **coordonner, créer ou faciliter des réseaux entre les acteurs locaux concernés**. Sans négliger l'importance essentielle que peuvent exercer les politiques structurelles, l'ensemble des leviers présentés démontre que les communes ont un rôle central à jouer dans la lutte contre la pauvreté des enfants. Le point de départ des nombreuses illustrations recensées dans cette recherche pour les différents leviers est le même : rendre les citoyens et citoyennes précaires acteurs et non victimes de leur situation. C'est la raison pour laquelle leur participation est un point crucial dans les politiques menées.

IV. QUELQUES EXEMPLES DE PROGRAMMES/OUTILS DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LE MONDE

Améliorer la santé des personnes en situation d'exclusion pose des difficultés aux acteurs du champ de la santé : multiplicité des déterminants, fossé socioculturel, complexité relationnelle... Les professionnels ont été façonnés par leur histoire, le plus souvent étrangère au monde de la misère, et par leur cursus scolaire et universitaire, sans transmission d'un savoir par les très pauvres eux-mêmes : ils ne s'appuient pas sur les connaissances des principaux concernés. De plus, les personnes en difficulté sociale ont peu accès aux espaces institutionnels de démocratie sanitaire. La méconnaissance de la réalité de vie des personnes en difficulté est une barrière entre elles et les professionnels de santé,

connaître et comprendre cette réalité sont deux choses différentes.

Dans un contexte de contraintes et d'influences multiples, l'action sur l'équité et le développement des compétences professionnelles associées doit évoluer vers un modèle d'action collaboratif et réflexif centré sur le « comment agir » où les parties prenantes vont pouvoir développer une compréhension collective de ce en quoi consiste le problème et trouver un terrain d'entente sur les approches possibles et les mesures conjointes à prendre pour l'aborder.

Si de nombreux outils et ressources sont aujourd'hui disponibles pour mieux intégrer l'équité dans les programmes politiques, très peu de littérature leur est consacrée.

Alors qu'une analyse de leurs contenus reste à faire, quelques acteurs ont cherché à comprendre les freins et leviers à leur utilisation par des professionnels de la santé publique. Leurs observations indiquent un faible niveau d'utilisation qui peut tenir, au-delà des compétences et de la volonté des professionnels, aux caractéristiques de l'outil. Ces outils présentent souvent des contenus jugés difficiles d'accès pour les utilisateurs, difficultés renforcées par le fait que, souvent, ils ne s'accompagnent pas de guide pratique. Leur utilisation est parfois jugée lourde, complexe et coûteuse, que ce soit en ressources humaines, documentaires et en temps. Ces outils ne sont pas toujours transférables en dehors de leur contexte de développement. Enfin, ils se révèlent peu adaptés à la réalité des pratiques professionnelles dans leur environnement organisationnel.

Puisque les professionnels et les gestionnaires (cadres) constituaient les principaux intéressés par l'outil, il était essentiel de les impliquer dans la démarche d'adaptation de l'outil.

Pour que l'outil s'intègre davantage dans les pratiques, les participants sont unanimes sur l'importance d'un positionnement stratégique fort et explicite au regard des ISS au sein de l'organisation. Plus encore, il est question de la nécessité d'un leadership organisationnel pour soutenir les professionnels et les changements de pratiques qui sous-tendent toute action qui prendrait plus systématiquement en compte les ISS. L'engagement et l'affirmation de ce leadership devraient transparaître à tous les échelons de

l'organisation. Les rôles, les responsabilités et les attentes à l'égard des uns et des autres doivent être explicites, voire formalisés. Pour que l'outil puisse nourrir une réflexion d'équipe de professionnels et de partenaires issus de différents secteurs ou services, un plus grand décloisonnement des activités (ex : organisations en silos) serait incontournable.

L'idée de disposer d'un outil généraliste et polyvalent, susceptible d'être appliqué à différents domaines d'activités en santé publique est un élément central pour les participants.

Le besoin d'un outil flexible dans son application aux différentes étapes de développement des interventions (préparation/planification/implantation/évaluation) est fortement exprimé. Cette souplesse intègre aussi la manière de le compléter (en équipe-projet, avec des partenaires de secteurs connexes et des bénéficiaires) et sa capacité à s'intégrer dans les pratiques et les priorités du moment (être en phase avec des projets ou des pratiques en cours ou en émergence, ne pas dupliquer des outils déjà existants).

Il est nécessaire de simplifier le langage pour que l'outil soit compréhensible par le plus grand nombre d'acteurs et de partenaires. La longueur de l'outil devrait être raisonnable pour ne pas faire obstacle à son utilisation. Exerçant dans des milieux souvent bilingues, les participants soulignent l'importance de disposer de l'outil en langue anglaise. L'outil devrait être accompagné de ressources et de conseils pratiques, comme un lexique, un guide d'utilisation, un aide-mémoire, ou bien des illustrations de son utilisation. Une formation et/ou un accompagnement méthodologique à l'utilisation de l'outil faciliteraient son intégration dans les pratiques.

Les participants expriment le besoin plus fondamental de développer des compétences théoriques et pratiques en lien avec l'action en santé publique contre les ISS. Le développement de connaissances, d'une compréhension et d'un langage, si possible, commun au sujet des ISS est une condition essentielle à l'utilisation de l'outil. En contrepoint, les professionnels auraient besoin de pouvoir disposer de connaissances plus approfondies des approches, stratégies, données probantes ou pratiques prometteuses pour guider leurs actions sur les ISS. Voici, en illustration, quelques exemples :

1. De nombreux centres médicaux universitaires sont situés au milieu des quartiers urbains défavorisés dans lesquels les soins de santé sont sous-utilisés, la participation aux études de recherche est faible et le besoin d'amélioration de la santé est immense. L'Université de Temple (Philadelphie, USA) a lancé un programme innovant pour interagir directement avec la communauté « Block-by-block » :

- ▶ Favoriser la participation des classes socio-économiquement défavorisées via l'accès aux essais cliniques ;
- ▶ Optimiser les recherches en fournissant des données de santé ;
- ▶ Contribuer à l'amélioration de santé de la population.

2. Health in All Policies (HiAP) en Norvège encourage la coordination et la collaboration (horizontalement à travers toute une série de services et verticalement via les autorités locales, régionales et nationales). HiAP a pour but de mettre un accès particulier sur la santé via l'entière du gouvernement avec des politiques qui supportent et améliorent la santé publique, qui donc est vu comme une large responsabilité gouvernementale plutôt que du secteur de la santé uniquement.

3. En 2012, le Norwegian Public Health Act (PHA) est né, basé sur des politiques d'équité en santé, le HiAP, développement durable, le principe de précaution, des approches basées sur la connaissance et une participation du citoyen. Le PHA donne des rôles clairs et des objectifs à réaliser pour l'Etat, la région et les communes. Le PHA demande aux communes de développer un aperçu local de santé des facteurs positifs et négatifs déterminant la santé de leur population. L'aperçu est supposé identifier les défis de santé locaux avec un focus spécial sur les inégalités de santé. Le PHA recommande d'employer un public health coordinator (PHC) pour faciliter la collaboration et la coordination à travers tous les secteurs.

4. Know-do gap = différence entre ce qui est connu concernant un problème de santé particulier et ce qui est réellement mis en place en terme de promotion santé et prévention des maladies. « Knowledge to action approaches » peuvent diminuer l'écart entre ce que nous savons concernant les inégalités de santé et ce qui doit être fait pour réduire ces dernières.

5. 48 modèles ont été identifiés et critiqués sur base de 6 caractéristiques en équité santé. Il n'y a pas de modèle parfait mais 6 modèles existent comme exemples prometteurs qui pourraient être utilisés pour favoriser l'équité en santé. Chacun d'eux pourrait évidemment être renforcé pour les rendre encore plus performants :

- ▶ Knowledge Brokering Frameworks ;
- ▶ The Framework for research transfer ;
- ▶ The Joint Venture Model of Knowledge Utilization ;
- ▶ The Translational Research Framework to address Health Disparities ;
- ▶ The model of knowledge translation and exchange with northern aboriginal communities ;
- ▶ The Ecohealth model applied to knowledge translation.

6. Pour réussir à réduire les inégalités, il est important de s'assurer qu'on ait des capacités d'action suffisantes. Le « capacity building » est une approche pour le développement de compétences durables, structures organisationnelles, ressources et engagement dans l'amélioration du secteur de la santé et autres secteurs pour prolonger et multiplier des gains de santé.

« Capacity building » peut être appliqué à différents niveaux (national, régional ou même local). Il doit amener des changements pertinents à long terme qui agissent à différents niveaux et en intersectorialité. Un des enjeux de « Capacity Building » est de développer la connaissance et les compétences de chaque professionnel de santé.

7. Projet ACTION FOR HEALTH est un projet qui utilise une approche de planification stratégique à un niveau régional pour mettre en place des priorités et sélectionner des actions qui visent à réduire les ISS à travers des approches de promotion santé au niveau local dans différents pays européens.

Action 1 : développement de connaissances et compétences :

- ▶ Via des workshops où les participants apprennent à propos des fondations et principes de promotion santé ; les déterminants des inégalités de santé et les stratégies pour réduire les ISS ;
- ▶ En créant un aperçu de la situation de chacune des régions concernées (statut de santé, inégalités de santé, politiques de santé...). Ceci a pour objectif de voir ce qui est réellement nécessaire de faire dans leur région.

Action 2 : Construction de partenariats afin de créer un réseau d'experts avec lesquels ils pourraient consulter et favoriser l'échange de bonnes pratiques.

Action 3 : Création de plan d'actions pour réduire les ISS (en se basant sur l'analyse situationnelle et les besoins ressentis).



8. Utilisation d'une grille « LOR'IS » (Lorraine Inégalités de Santé). Cette grille de 16 pages s'adresse à tout professionnel ou, préférentiellement, à toute équipe souhaitant mener une réflexion relative aux ISS. Elle est articulée en cinq parties :

- ▶ Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des inégalités ;
- ▶ L'action est basée sur une analyse de la situation globale intégrant les ISS (nécessaire réalisation d'un diagnostic partagé afin de déterminer les priorités, en cohérence, avec les besoins identifiés par les professionnels de santé, les préoccupations des citoyens et les actions et dispositifs existants sur le territoire) ;

- ▶ Le projet privilégie une approche globale et positive de la santé visant la réduction des ISS (vérifier la cohérence du projet avec les valeurs et stratégies plurielles et complémentaires de promotion de la santé) ;
- ▶ L'action vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus (participation de la population) ;
- ▶ L'évaluation, prévue et structurée, interroge les effets du projet sur les Inégalités sociales et territoriales. Cette étape permet de faire évoluer la pratique des acteurs et d'identifier les actions concourant à la réduction des inégalités.

LOR'IS a été élaborée afin de pouvoir être utilisée en amont, pendant, et en aval d'un projet. En amont, elle guide les porteurs sur l'intégration de la question des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) dans la construction du projet. Pendant la mise en œuvre, elle permet à l'équipe de s'interroger sur les éventuelles réorientations et/ou éléments à retravailler prioritairement pour inscrire le projet dans une démarche de réduction des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS). En aval, elle vise à réfléchir sur les perspectives d'évolution des projets dont la mise en œuvre est renouvelée.

L'une des premières conclusions de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé dans son rapport fait valoir la légitimité de tous les acteurs, de domaines aussi variés que le sont les déterminants de la santé, à prendre place dans la lutte contre les inégalités.

LOR'IS reconnaît et valorise la nécessaire prise en compte des spécificités et logiques contextuelles et politiques de chacun des partenaires.



9. L'évaluation d'impact sur la santé (EIS), combinaison de procédures par laquelle une action peut être jugée selon ses effets potentiels sur la santé, apparaît alors comme une démarche efficace de lutte contre les ISS. L'EIS se préoccupe en effet de la distribution des impacts sur la santé au sein d'une population et de l'impact particulier sur certains groupes spécifiques.

L'EIS est un outil qui a pour objectif d'estimer les impacts potentiels d'un projet en vue de proposer, sur la base d'informations scientifiques et contextuelles, des recommandations qui maximisent les impacts positifs pour la santé et minimiser les impacts négatifs.

L'objectif de l'EIS est donc (par exemple) d'identifier l'influence potentielle du projet de rénovation sur la mobilité des enfants et d'émettre des recommandations afin de lutter contre la sédentarité en favorisant la pratique spontanée d'activité physique (ex : amélioration de la qualité de l'air pour aider les asthmatiques, protection végétale apportant une protection à la fois acoustique et « dépolluante »). Au final, une trentaine de recommandations ont été prises. L'EIS pose ainsi les grandes questions de société et remet la santé au cœur des choix, bien avant les considérations d'économie d'énergie. Portée par un regard extérieur, elle apporte une vision de la santé qui dépasse largement le monde de la santé pour concerner tous les acteurs de la ville. On ne se situe pas simplement au niveau de l'urbanisme mais dans un contrat local de santé. Elles deviennent un outil d'aide à la décision opérationnel, facilitant la mise en œuvre dans les différentes politiques menées par la ville. L'EIS se base sur quatre valeurs principales : la démocratie sanitaire, l'équité et la réduction des ISS, le développement durable et une meilleure utilisation de données probantes. Elle favorise la prise de conscience de l'ensemble des acteurs et des habitants. L'EIS représente une méthodologie cadrante permettant à chacun d'avoir la juste place (des décideurs aux parties prenantes et favorise un travail collaboratif). Les perspectives de l'EIS doivent être, pour les décideurs, un moyen de travailler sur une approche de santé en termes de déterminants afin de confronter une prise de décision éclairée. Cet outil doit permettre aux porteurs de projets de prendre conscience de l'impact de leurs décisions sur la santé, quelle que soit la politique mise en place. Cette démarche apporte une vision plus qualitative et sociale sur les outils techniques existants et permet de mettre en œuvre des stratégies qui visent à transformer les conditions de vie à l'origine des ISS.

La ville de Villeurbanne, ville santé OMS, a fait le choix politique de réduire les ISS. Le service santé-environnement à travers son contrat local

de santé s'est engagé à la réalisation d'une EIS documentant les liens entre urbanisme et santé. L'attention s'est portée sur un quartier de 6 000 habitants qui fait l'objet d'un plan de rénovation urbaine. Le bouleversement provoqué par cette opération de rénovation doit permettre d'évaluer les impacts potentiels sur la santé des habitants. Quartier montrant une certaine précarité, le taux d'adultes sous traitement antidiabétique est élevé. La médecine scolaire a de plus noté une forte proportion d'enfants en surpoids dans les écoles du quartier, plus important que dans l'ensemble des écoles de la ville. L'objectif de cette EIS est donc d'identifier l'influence potentielle du projet de rénovation sur la mobilité des enfants et d'émettre des recommandations afin de lutter contre leur sédentarité en favorisant la pratique spontanée d'activité physique. Elle doit également servir de levier de promotion de la santé et de réduction des ISS.

10. Big Local (BL) est une initiative citoyenne dans le but de transformer et d'améliorer les conditions de vie de différentes communautés de Grande-Bretagne. Ces initiatives sont axées sur l'autonomisation (Empowerment) des collectivités qui occupent une place de plus en plus importante dans les politiques et les pratiques de santé publique à l'échelle mondiale... Elle a pour but d'aider les résidents de 150 quartiers défavorisés d'Angleterre à faire de leurs régions des meilleurs endroits où vivre. Chaque zone se voit attribuer une somme d'1 millions de livre Sterling tous les 10 ans. Cette somme est à dépenser ou à investir selon les décisions des résidents. BL diffère des initiatives similaires déjà présentes au Royaume-Uni, puisqu'elle s'éloigne des gouvernements nationaux et locaux au niveau organisationnel et financier... Le programme est flexible et la prise de décision revient aux membres du BL. Les partenariats du BL sont également des conseillers et ils reflètent « un éventail par la diversité des personnes qui vivent dans la région - par exemple, en ce qui concerne l'âge, l'origine ethnique, le sexe, la foi, l'invalidité ou les niveaux de revenu ». En théorie, BL donne donc aux résidents la liberté de répondre aux besoins qu'ils ont eux-mêmes identifiés, de la manière dont ils décident et à un rythme qui leur convient.

11. Le Public Health England (PHE) est la principale agence de santé publique en Angleterre. Elle a publié un guide des approches centrées sur les communautés, qui visait à « mobiliser les actifs au sein des communautés, promouvoir l'équité et accroître le contrôle des gens sur leur santé et leur vie ». Dans l'avant-propos, les PDG de PHE et du NHS England déclarent « qu' il existe de nombreuses preuves du fait que les communautés connectées et responsabilisées sont des communautés saines et là où les voisins se regardent, on voit un impact positif sur la santé et le bien-être des gens ».



12. Le choix du nom de l'outil « Reflex-ISS » repose sur l'idée d'engager une réflexion collective systématique sur les interventions en santé publique et dans les secteurs connexes afin de s'assurer qu'elles prennent bien en compte les ISS. L'outil s'adresse à tous les acteurs (gestionnaires, professionnels, bénévoles, élus...) impliqués dans la planification, la mise en œuvre ou réévaluation d'une intervention conçue dans une perspective d'amélioration de la santé des populations.

L'outil Reflex-ISS dispose d'une grille d'analyse et d'un guide d'utilisation. Bien qu'il soit toujours souhaitable d'utiliser l'outil le plus tôt possible dans la planification ou l'élaboration d'une intervention, il peut être utilisé indépendamment de son cycle de vie, c'est-à-dire au moment de réaliser une planification concertée, d'ajuster une intervention existante, de la mettre en œuvre, d'évaluer son adéquation, de préparer les activités nécessaires à sa pérennisation. Reflex-ISS se démarque de la plupart des outils pour soutenir la prise en compte des ISS (Evaluation d'impact sur la santé, listes de vérification, indicateurs et mesures d'impact) qui visent principalement à évaluer/mesurer le degré d'intégration de l'équité en santé dans les programmes et politiques en suivant un modèle d'action linéaire fondé sur des données probantes. Sans négliger ces aspects fondamentaux, Reflex-ISS vient enrichir la palette d'outils et de ressources disponibles.

La version adaptée de l'outil au Québec s'inscrit délibérément dans la vision d'un outil pragmatique utile et utilisable sur le terrain. Il participe au développement des compétences et au renforcement de la capacité à agir collectivement

pour mieux prendre en compte les ISS en soutenant les processus de l'action en partenariat. Reflex-ISS est perçu par les équipes comme un outil qui permet d'innover en portant un « regard nouveau sur les interventions ». L'outil est porteur de sens pour les professionnels confrontés à des situations organisationnelles et de terrain de plus en plus complexes et difficiles à décrypter.

L'adaptation et l'expérimentation de l'outil en contexte québécois montrent que Reflex-ISS tient une place légitime et originale dans l'arsenal des ressources disponibles en santé publique pour mieux intégrer l'équité. Ancré dans une vision d'évaluation développementale, il vise d'abord à renforcer la capacité des professionnels de santé publique et de leurs partenaires à agir pour réduire les écarts de santé entre les groupes sociaux - ou du moins, à ne pas les aggraver. Il n'a pas la prétention de servir de référentiel, ni de méthodologie pour l'action. Il n'invite pas à la rencontre d'exigences, ni à l'exemplarité, mais à la mobilisation et au dialogue entre parties prenantes d'une intervention. Il pose plus modestement les repères d'une démarche réflexive pour faire évoluer les pratiques au regard des ISS. Une démarche réflexive somme toute assez rare en santé publique et à laquelle les acteurs sont aujourd'hui de plus en plus appelés pour transcender les multiples obstacles de la lutte contre les ISS.



13. Afin de caractériser l'action du dispositif sur les inégalités sociales de santé, les chercheurs ont utilisé la classification de Diderichsen et al. Cette classification permet de caractériser les effets d'une intervention sur les inégalités sociales de santé. Elle s'appuie, tout d'abord, sur la description des stratégies mises en œuvre, classées en fonction de leurs populations cibles : ensemble de la population, groupes de population, individus présentant un risque particulier. Elle décrit ensuite deux modes d'action possibles pour agir sur les inégalités sociales de santé :

- ▶ Réduction du gradient de santé (c'est-à-dire une diminution des écarts proportionnels entre les états de santé constatés au sein d'une population dans son ensemble) ;

- ▶ Rattrapage des écarts de santé constatés entre différents groupes de population. En fonction de ces deux critères, la classification propose six interventions-types.

14. Les inégalités en matière de santé sont un problème complexe causé par l'interaction entre les individus, les groupes, les communautés, et de multiples facteurs sociaux, physiques et économiques. À ce jour, les programmes de promotion de la santé n'ont pas réussi à réduire substantiellement l'écart de santé entre les groupes socio-économiques supérieur et inférieur. Il est donc difficile de développer des stratégies plus efficaces. Ces stratégies devraient être fondées sur une perspective écologique, visant différents facteurs et en regardant l'interaction entre ces facteurs.

De telles stratégies sont développées dans la communauté de programmes de promotion de la santé appelé Voorstad on the Move (VoM). Conformément aux objectifs politiques nationaux et locaux, l'objectif du programme néerlandais est de contribuer à l'amélioration de la santé et de trouver des moyens de réduire les inégalités. Ce programme a été mis en place dans les quartiers défavorisés de la ville (Deventer) entre juillet 2016 et janvier 2020.

VoM place 3 actions principales au cœur de sa démarche : la participation du citoyen, la collaboration intersectorielle et un environnement de santé favorable.

L'avis des habitants est le point central de commencement du projet. Cela signifie que les activités du programme ne sont pas choisies ou planifiées auparavant mais plutôt développées et implémentées comme un résultat aux questions et besoins exprimés par les habitants (1^{ère} action).

Collaboration intersectorielle entre les soins primaires, les services sociaux et les travailleurs de santé (2^{ème} action du programme).

Le programme VoM est innovant car il diffère des programmes traditionnels qui sont mis en place par des professionnels. Il s'agit ici d'une approche ouverte avec un focus sur des éléments d'action.

15. La participation et l'inclusion sociale sont des conditions nécessaires aux communautés. L'approche inclusive consiste à diminuer les barrières qui excluent et qui limitent ou empêchent la participation. Elle favorise aussi l'accès et la participation de tous (contrôle collectif) sur les décisions et les actions qui auront un impact sur leur vie. Mais elles ne sont pas nécessairement suffisantes. Nous soutenons que la suffisance requiert une attention particulière quant à l'ampleur de la participation (c.-à-d. à l'inclusion sociale) et à la profondeur de la participation (c.-à-d. la mesure par laquelle on peut percevoir une certaine autonomie et permettre un contrôle collectif sur les décisions et les actions).



RÔLE DES POLITIQUES



Des études ont noté que réduire les inégalités peut être difficile pour les communes en raison de manque de compétences spécifiques.

Les communes qui collaborent avec des acteurs externes sont presque 3x plus enclines à donner la priorité à une distribution équitable dans la prise de décision politique ; C'est un moyen de mener des actions concrètes entre des communes voisines qui rassemblent leurs forces et leurs moyens (par exemple en partageant des infrastructures culturelles ou sportives). De plus, la collaboration évite aux pouvoirs locaux de devoir supporter seuls, y compris sur le plan financier, les initiatives qu'ils souhaitent prendre. Ce ne sont d'ailleurs pas toujours les interventions les plus coûteuses qui font la différence. Songeons, par exemple, aux actions qui peuvent être menées pour lutter contre la sous-protection et le non-recours. Une plus grande vigilance à l'égard des situations précaires, une mise en réseau des acteurs et un travail proactif constituent déjà un premier pas important dans le processus qui permet aux personnes d'améliorer leur situation, du simple fait qu'elles exercent effectivement les droits auxquels elles peuvent prétendre.

Le Rapport de l'Observatoire décrit⁸ la situation actuelle de ceux et celles qui passent entre les mailles du filet des systèmes de santé européens et appelle les parties prenantes aux niveaux international, européen et national à faire de la couverture santé universelle une priorité. La couverture sanitaire universelle est un choix politique. Il incombe à chaque pays et à chaque gouvernement national de la mettre en place. Malgré cela, l'accès universel aux soins s'est détérioré en 2016 en Europe, en particulier pour les personnes vulnérables.

Peu importe les thématiques abordées, les Etats membres ne peuvent plus travailler seuls. La plupart des gouvernements européens reconnaissent qu'il est indispensable de protéger la santé, à travers l'accès à la vaccination, au dépistage des maladies infectieuses et à leur traitement, pour tous et toutes. Les décideurs politiques doivent adopter une approche progressive et plus large de la santé publique concernant l'accès aux soins. Priorité à la mise en place d'un accès aux soins de santé primaires, prénataux et postnataux, aux services publics de santé mentale, ainsi qu'à la promotion de la santé.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation des Nations Unies (ONU) exhortent tous les gouvernements à établir une couverture universelle. Malgré tout, la moitié des personnes que nous avons interrogées ont déclaré ne pas avoir de couverture santé et près d'une personne sur cinq n'a accès aux soins que lorsque cela représente une urgence.

Pour accompagner la communauté internationale à réduire les inégalités de santé, la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS), mise en place par l'OMS, a émis des recommandations pour combler ces « inégalités ». Ces dernières soulignent notamment la nécessité de prendre en compte des multiples déterminants de santé, l'intersectorialité et la participation sociale. En ce sens, la CDSS insiste sur l'indispensable formation des acteurs de promotion de la santé pour leur apporter leurs compétences qui leur permettront de participer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Si l'action de plaidoyer auprès des responsables politiques et sociaux est nécessaire, il est tout

8. Le rapport annuel de l'Observatoire est produit par le Réseau européen pour la réduction des vulnérabilités en santé, qui rassemble les programmes de Médecins du Monde et des ONG partenaires, ainsi que des universitaires, œuvrant pour la réduction des inégalités en santé en Europe.

autant impératif de donner aux acteurs de terrain des outils pour que le problème des ISS puisse être intégré dans leurs programmes ou projets, tant au niveau régional que local. A ces échelles, la réduction des ISS est rarement formulée comme objectif : ce sont majoritairement l'amélioration de la santé, du bien-être ou la modification d'un comportement qui sont affichées. Pour ce faire, les acteurs de terrain développent le plus souvent des actions d'éducation pour la santé. Cependant, la capacité des populations à tirer profit de ce type d'intervention est notamment liée à l'appartenance à certains groupes sociaux et à leur situation géographique sur le territoire. Ainsi, alors même que les actions visent à améliorer la santé des populations, elles peuvent contribuer à renforcer les ISS. Il est important d'amener les acteurs à comprendre ce paradoxe afin qu'ils s'assurent de la capacité de leurs actions à réduire ou, à minima, à ne pas renforcer les ISS.

Les médecins généralistes (MG) font partie des professionnels de santé susceptibles de contribuer à limiter les inégalités sociales de santé. Ils sont en contact régulier avec l'ensemble de la population, sans différences sociales de recrutement, contrairement aux spécialistes pour lesquels l'accès est moindre dans le bas de la hiérarchie sociale. De plus, une de leurs missions est la promotion de la prévention, et notamment des comportements favorables à la santé, censés constituer un des leviers pour contenir ces inégalités. La plus grande fréquence des comportements défavorables à la santé dans le bas de la hiérarchie sociale est en effet attestée et participe aux mécanismes complexes qui construisent un gradient entre position socio-économique et état de santé. Si les conseils des MG sont davantage délivrés aux personnes favorisées ou mieux reçus par ces dernières, l'effet escompté sur les inégalités pourrait toutefois s'inverser.



CONCLUSION

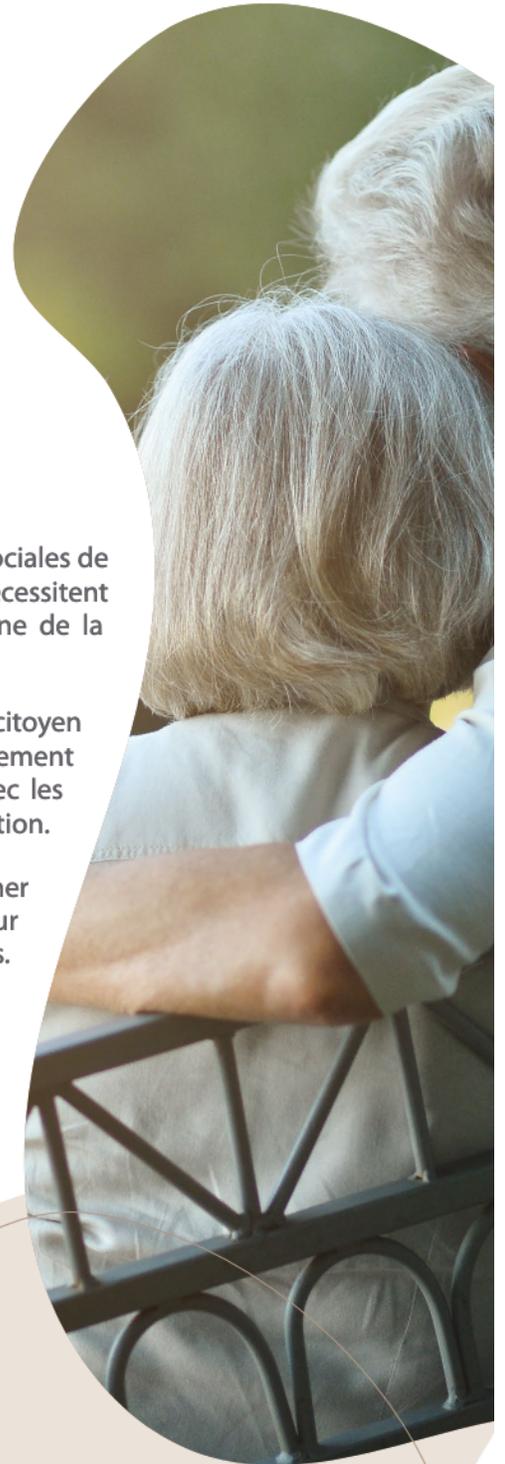
Pour être efficaces, les politiques mises en place pour réduire les inégalités sociales de santé ne doivent pas se limiter à agir sur les déterminants de la santé, elles nécessitent l'inclusion d'actions visant à contrecarrer les mécanismes sociaux à l'origine de la répartition inégale des déterminants de la santé dans la population.

Il est nécessaire de réduire la pente du gradient social de santé... Rendre le citoyen acteur et non victime de sa situation. Sa participation doit être systématiquement sollicitée. Le partage de son vécu, de ses difficultés et ses expériences avec les différents services sont d'une importance capitale pour travailler à leur amélioration.

Cette connaissance de la construction des ISS doit également s'accompagner d'une réflexion sur les actions de prévention et de promotion de la santé pour comprendre si celles-ci sont susceptibles de réduire ou d'aggraver ces inégalités.

Si le défi est aujourd'hui de faire de la lutte contre les inégalités sociales de santé un enjeu collectif, il est impératif de procéder par étapes. L'une des premières est sans doute de partager la connaissance, de la rendre accessible à tous les acteurs jouant un rôle ou susceptibles de le faire. Il ne s'agit pas seulement de comprendre comment les ISS se construisent, mais aussi de donner des clefs aux professionnels de terrain pour que, là où ils sont, ils puissent apporter leur contribution.

Faire de la lutte contre les inégalités un enjeu collectif requiert donc tout à la fois de réintroduire de la complexité- les ISS ne se résument pas à une opposition entre les plus riches et les plus pauvres - et de proposer un cadre éthique et des outils pour interroger les pratiques et construire des actions contribuant à réduire les ISS ou tout du moins ne les aggravant pas.



BIBLIOGRAPHIE

- ▶ Affeltranger B., Potvin L., Ferron C., Vandewalle H., Vallée A. (2018). Universalisme proportionnée : vers une « égalité réelle » de la prévention en France. *Santé Publique*, vol.30, n° HS1, pp.15-24
- ▶ Aldridge R.W., Miller A., Jakubowski B., & et al. (2017). LES LAISSÉS POUR COMPTE : L'échec de la couverture santé universelle en Europe. Bruxelles : Médecins du Monde, 52 p.
- ▶ Anzivino L., Martin de Champs C., Colom P., & et al. (2018). Un levier innovant de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé. *Santé Publique*, vol.30, n° HS1, pp. 63-67
- ▶ Berhuet S., Croutte P., De Barthes J., & et al.(2019). "Tous autonomes et vulnérables à la fois" - Etat des lieux des publics fragiles. Cahier de recherche n°c348. Paris : Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC), 133 p.
- ▶ Bizel P., & Golinvax M. (2017). Promotion d'environnements sans tabac pour les populations vulnérables en Hainaut. Recommandations aux autorités locales et régionales. Havré : Observatoire de la Santé du Hainaut, 72
- ▶ Bloy G., Moussard Philippon L., Rigal L. (2018). Inégalités sociales et soins préventifs : le cas du conseil en activité physique délivré par les généralistes. *Santé Publique*, vol.30, n° HS1, pp.81-86
- ▶ Carcillo S., Huillery É., & L'Horty Y. (2017). Prévenir la pauvreté par l'emploi, l'éducation et la mobilité. Notes du conseil d'analyse économique, n° 40, pp. 1-12
- ▶ Commission communautaire française (COCOF). (2017). Plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022 du Gouvernement francophone bruxellois. Bruxelles : Commission communautaire française (COCOF), 58 p.
- ▶ CoupeN., Cotterill S., Peters S (2018). Tailoring lifestyle interventions to low socio-economic populations : a qualitative study. *Public Health*. 18 :967
- ▶ Craig N., & Robinson M. (2019). Towards a preventative approach to improving health and reducing health inequalities : a view from Scotland. *Public Health*, vol. 169, pp. 195-200
- ▶ Davison C., Ndumbe-Eyoh S., Clement C (2015). *International Journal for Equity in Health* 14 :49
- ▶ De Goer B., Vanoye J., Bernati C. (2018). Un colloque élaboré à partir du savoir des personnes en grandes difficultés sociales. *Santé Publique*, vol.30, n° HS1, pp.101-104

- ▶ de Jong M.A.J.G., Wagemakers A., & Koelen M.A. (2019). Study protocol : evaluation of a community health promotion program in a socioeconomically deprived city district in the Netherlands using mixed methods and guided by action research. *BMC Public Health*. Vol.19, 11 p.
- ▶ Desprès C. Parcours de soins en situation de précarité : entre détermination et individualisation (2018). *Santé Publique*. Volume 30, n°1 supplément
- ▶ Einaudi M., Bernard O., & Tardieu S. (2019). Vulnérabilités prénatales, enjeux éthiques de la prévention : enquête de pratiques. *Santé Publique*, vol. 31, n°3, pp. 347- 355
- ▶ Fisher S., Devlin A. (2019). Development of an urban community-based cohort to promote health disparities research. *International Journal of Public Health* 64 :1107–1115
- ▶ Fournier C., Frattini M-O., Naiditch M., Traynard P-Y., Gagnayre R., Lombrail P. (2018). Comment les médecins généralistes favorisent-ils l'équité d'accès à l'éducation thérapeutique pour leurs patients ?. *Santé Publique*, vol.30, n° HS1, pp.71-80
- ▶ Garg A, Homer CJ, Dworkin PH. (2019). Addressing Social Determinants of Health : Challenges and Opportunities in a Value-Based Model. *Pediatrics*. 143 (4)
- ▶ Gaudefroy M., Osbery A. (2018). Christophe E. Réduire les inégalités de santé : LOR'IS, une grille d'accompagnement pour les acteurs de terrain en promotion de la santé *Santé Publique*, vol.30, n° HS1, pp.113-119
- ▶ Gorza M., & Eilstein D. (2018). Outils élaborés dans le cadre du programme « inégalités sociales de santé », 2013-2015. Saint-Maurice : Santé publique France, 109 p.
- ▶ Gouvernement wallon. (2017). Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Horizon 2030. Namur : Gouvernement wallon, 105 p.
- ▶ Gugglberger L., Sherriff N., Davies J.K., & et al. (2016). Building capacity to reduce health inequalities through health promotion in Europe. *J Public Health*, vol. 24, pp. 73–81
- ▶ Guichard A., Hébert C., Nour Karen., Lafontaine G., Tardieu E., Ridde V. (2018). Adaptation et conditions d'utilisation d'un outil d'analyse des interventions au regard des inégalités sociales de santé. *Santé Publique*, vol.30, n° HS1, pp.121-129
- ▶ Hagen S., Overgard K., Helgesen M., Fosse E., Torp S. Health Promotion at Local Level in Norway : The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(9), 807-817
- ▶ Hublet A., Maes L., Mommen J., & et al. (2016). Health promotion interventions in social economy companies in Flanders (Belgium). *BMC Public Health*, vol 16, n° 1, 9 p.
- ▶ Joubert M. (2017). Agir sur la santé des populations les plus vulnérables : territoires, déterminants sociaux et leviers de mobilisation. Saint-Denis : Profession Banlieue, 127 p.
- ▶ Lahaye W., Pannecoucke I., & Sansen F. (2019). Pauvreté des enfants au niveau local : Cartographie communale et leviers politiques. Bruxelles : Fondation Roi Baudoin (FRB), 112 p.
- ▶ Lang T (2018). Si nous considérons la réduction des inégalités sociales de santé comme étant l'affaire de tous ? *Santé Publique*, vol.30, n° HS1, pp.7-9
- ▶ Laurent A. (2018). Les inégalités sociales de santé : la nécessité d'«outiller» les acteurs, tous les acteurs. *Santé Publique*, vol.30, n° HS1, pp.11-12
- ▶ Lewis S., Bambra C., Barnes A., & et al.(2019). Reframing “participation” and “inclusion” in public health policy and practice to address health inequalities : Evidence from a major resident-led neighbourhood improvement initiative. *Health Soc Care Community* , vol. 27, n°1, pp. 199-206

- ▶ Mackenbach J.P. (2019). Health Inequalities. Persistence and change in European welfare states. Oxford : Oxford University Press, 240p.
- ▶ Missine S., & Mahy C. (2018). L'Universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé. Havré : Observatoire de la Santé du Hainaut, 17 p.
- ▶ Pedersen P.V., Hjelmar U., & Høybye M.T. (2017). Can inequality be tamed through boundary work? A qualitative study of health promotion aimed at reducing health inequalities. *Social Science & Medicine*, vol 185, pp. 1-8
- ▶ Porcherie M., Le Bihan B., Pommier J. (2018). A quelle échelle appliquer l'approche universelle proportionnée pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Pour une approche contextualisée des actions de prévention et de promotion de la santé. *Santé Publique*, vol.30, n° HS, pp.25-32
- ▶ Porcherie M., Le Bihan B., Pommier J. (2018). Les évolutions des modes d'action pour agir sur les inégalités sociales de santé dans les recommandations politiques à l'international et en France. *Santé Publique*, vol.30, n° HS, pp.33-46
- ▶ Samb O., Loignon C., & Contandriopoulos D. (2019). Innovations pour l'amélioration de l'accès aux soins des personnes vulnérables dans les pays de l'OCDE. *Santé Publique*, vol. 31, n°4, pp. 497-505
- ▶ Sannino N., Biga J., Kurth T. Picon E. (2018). Quand l'universalisme proportionné devient relatif : l'accès aux soins des travailleurs non-salariés. *Santé Publique*, vol.30, n° HS1, pp. 165-173
- ▶ Schapman-Segalie S., Lombrail P. (2018). Repères méthodologiques pour l'évaluation des Contrats Locaux de Santé et de leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé. *Santé Publique*, vol.30, n° HS1, pp. 49-61
- ▶ Simonnot N., Rodriguez A., Nuernberg M., & et al. (2016). L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays. Paris : Réseau international de Médecins du monde, 52 p.
- ▶ Société Française de Santé Publique (SFSP). (2018). Réduire les inégalités sociales de santé, des concepts à l'action. *Santé publique*, vol.30, n° HS1, 174 p.
- ▶ Sourimant M. (2018). Les déterminants de la vulnérabilité. Rennes : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bretagne, 16 p.
- ▶ Thompson S.R., Watson M.C., & Tilford S. (2018). The Ottawa Charter 30 years on : still an important standard for health promotion, *International Journal of Health Promotion and Education*, vol. 56, n° 2, pp. 73-84
- ▶ Willaert A., & Moriau J. (2018). Evolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018 : analyse et recommandations secteurs social - santé à Bruxelles. Bruxelles : Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique (CBCS), 40 p.



Observatoire de la Santé

Rue du Carmel, 1 - 6900 Marloie
084 31 05 05

www.province.luxembourg.be

Editeur responsable

Pierre-Henry GOFFINET, Directeur général provincial, Place Léopold, 1, 6700 Arlon
communication@province.luxembourg.be

Crédit photos :

Adobe Stock/ S. Lovegrove, Photographee.eu, mbruxelle, Halfpoint, R. Mellado, Y. Olena, Atlantis, Kostia, A. Ozerov, Deliris, aletia2011 - Unsplash/ A.Spratt, P. du Preez - Pixabay/Mizianitka



