

## SESSION 2-5

### « Inégalités et maladies chroniques »

Wednesday, September 11<sup>th</sup>

Room : E 102 à 16h30

#### **Gérard Coruble**

**Town** : Marseille, France

**Job Title** : responsable mission recherche et développement en santé publique

**Company** : Agence Régionale de Santé PACA

**Title of the presentation** : « Réduire les inégalités de santé des enfants et des familles démunies »

#### **Abstract** :

Auteurs : Gérard Coruble, Laurence Clément (Agence Régionale de Santé Provence Alpes Côte d'Azur), Alexandre Daguzan, Stéphanie Gentile, Roland Sambuc (Equipe hospitalo-universitaire du service de santé publique de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille)  
Mots-clés : Inégalités sociales et territoriales de santé, enfants, promotion de la santé, évaluation, intersectorialité  
Un programme expérimental de promotion de la santé visant à réduire les inégalités de santé des enfants et familles démunies, retenu par le Haut Commissariat aux Solidarités Actives contre la Pauvreté lors de l'appel à projets «Expérimentations Sociales», et piloté par l'Agence Régionale de Santé PACA, est développé depuis juin 2008 dans un milieu urbain très paupérisé (quartiers Saint-Mauront, Belle de Mai) à Marseille et caractérisé par la vétusté de l'habitat, une population fortement précarisée confrontée à un accès aux droits, aux soins et à la prévention très altéré. Un programme combinant deux approches L'originalité du programme est de combiner une démarche descendante avec une stratégie ascendante : • la planification initiale du programme vise à agir simultanément sur différents déterminants de santé (compétences psychosociales de l'enfant, accès à la CMUC, santé bucco-dentaire...), • la démarche communautaire, associant habitants, professionnels et institutions, a permis un diagnostic socio-territorial issu de l'expression collective lors d'assemblées. Un réseau communautaire a été constitué où des groupes travaillent aujourd'hui collectivement à des actions répondant aux préoccupations des habitants (santé, lien école-familles, cadre de vie et logement). L'intersectorialité soutenue par une équipe projet Une équipe projet réunissant les institutions (ARS siège et délégation territoriale, Ville de Marseille, Inspection Académique, Conseil Général, GIP Politique de la Ville, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse d'Allocations Familiales, Direction Régionale du Service Médical, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Préfecture) et associations (Université du Citoyen, Mouvement Français pour Planning

familial, CODES) signataires d'une convention cadre, assure la coordination intersectorielle. C'est là que les institutions se sont positionnées sur la demande construite dans la démarche communautaire, pour faire le lien avec les politiques et actions locales et pour mobiliser les acteurs clés. La planification a priori de certaines actions (démarche descendante) et leur suivi en équipe projet a facilité l'engagement des partenaires institutionnels qui ont répondu plus rapidement aux besoins exprimés par les habitants (démarche ascendante) (diapo 1). Résultats principaux • Le rôle moteur d'actions dont les résultats ou l'intérêt sont partagés : elles accroissent la visibilité du programme. La part des enfants de 6-11 ans bénéficiant de la CMUC augmente ainsi de 55,1% en 2008 à 60,9% en 2010. L'accès à l'examen bucco-dentaire gratuit à 6 ans est passé de 6% avant l'action à 44% en 2010-2011. • Une planification aussi partagée et permanente que possible : la première des réponses aux besoins est que chacun participe à la co-construction. • la démarche communautaire nécessite une vision à long terme : un nombre important de besoins et demandes relèvent davantage des déterminants sociaux de la santé pour certains très difficiles à prendre en compte (cadre de vie, logement). Une articulation systémique avec les politiques publiques hors champ santé reste nécessaire pour s'inscrire dans une politique intersectorielle globale. Une évaluation assise sur différents niveaux d'analyse L'évaluation a eu recours à des protocoles multiples, pour déterminer notamment l'impact potentiel du programme (recours à l'offre de soins et de prévention) mais aussi les conditions de transférabilité de la démarche (évaluation des processus).

### **Alexandre Daguzan :**

**Town :** Marseille, France

**Job Title :** No indicated

**Company :** Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille - Pôle de Santé Publique

**Title of the presentation :** « Réduire les inégalités de santé des enfants et des familles démunies »

### **Valérie Guagliardo**

**Town :** Marseille, France

**Job Title :** No indicated

**Company :** Observatoire Régional de la Santé Paca/UMR 912 (Inserm/IRD/Université d' Aix-Marseille-AMU)

**Title of the presentation :** « Bilan de l'état de santé des marseillais : une démarche quantitative, qualitative et documentaire pour mieux identifier les inégalités de santé »

**Abstract :**

Contexte Dans le contexte de la préparation de son second Contrat local de santé et de sa mobilisation en matière de santé publique, la Direction de la santé publique et des personnes handicapées de la ville de Marseille a confié à l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS Paca), la réalisation d'un état des lieux sur la santé des Marseillais. Objectif et Méthode Cet état des lieux vise à fournir des pistes de travail et des recommandations afin de réduire les inégalités de santé au sein de la commune. Il est articulé autour de quatre axes de travail : a) collecte et analyse de données quantitatives afin de disposer d'indicateurs socio-sanitaires et environnementaux à différents échelons géographiques de la commune et de comparer leur évolution au cours des années 2000 ; l'ORS Paca a construit un outil cartographique interactif « Marseille Observation Santé » qui permettra aux acteurs de consulter ces indicateurs ; b) entretiens individuels et collectifs avec des acteurs de terrain afin de compléter l'analyse quantitative et identifier les problématiques à leurs yeux prioritaires ; c) bibliographie, notamment sur les causes des inégalités de santé et les pistes d'intervention pour les réduire ; d) analyse croisée des résultats de ces trois étapes pour proposer des thèmes majeurs d'intervention. Résultats Ce travail a permis d'identifier 18 thèmes prioritaires pour réduire les inégalités de santé à Marseille ; pour chacun d'eux, les spécificités du territoire marseillais ont été analysées, des éléments de priorisation proposés (fréquence, gravité, importance des inégalités de santé...) et les mécanismes d'inégalités décrits afin de fournir des pistes d'intervention. Conclusion Les principales recommandations étaient de favoriser l'élaboration et la mise en place de programmes de promotion de la santé intégrant des actions à différents niveaux (individuel, communautaire, environnemental...), de mettre l'accent sur la petite enfance et l'enfance et de lutter contre l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées.

**Tarek Medjadj**

**Town :** Alger, Algeria

**Job Title :** Enseignant chercheur

**Company :** Institut de gestion et techniques urbaines. université de M'Sila

**Title of the presentation :** « Les disparités sanitaires et les nouveaux défis de l'urbanisation dans la région Algéroise. »

**Abstract :**

Les disparités sanitaires et les nouveaux défis de l'urbanisation dans la région Algéroise. 1. Mr Medjadj Tarek, 2. Mr SETTI M'hammed, 1. Maître assistant, IGTU, Université de M'sila,

Algérie. 2. Professeur de géographie, FSTGAT, USTHB, Algérie. Résumé : Notre article aborde la question des disparités sanitaires au niveau de la région algéroise. Le périmètre de notre étude a bénéficié d'une enveloppe budgétaire importante en matière de réalisation d'infrastructures sanitaires où il devient, aujourd'hui, le centre de concentration des institutions sanitaires d'envergure nationale. Cette polarisation sur la ville d'Alger et sa région génère de nouveaux défis de l'urbanisation, particulièrement, pour les nouvelles zones d'habitations (nouvelles villes, ZHUN). La politique de construction en masse adoptée ces dernières années par les pouvoirs publics (pour faire face à la crise de logement) a provoqué des mutations profondes et des dysfonctionnements de ces tissus urbains par le manque des équipements d'accompagnements et sanitaires en particulier. Cela dit, il convient de noter que l'amélioration de la santé des populations dépend à la fois du degré d'accessibilité aux soins, de la pertinence et de la qualité des soins. Le secteur de la santé en l'Algérie est organisé selon une structure pyramidale, reposant sur une hiérarchisation des soins de santé, des plus basiques aux soins de plus haut niveau. Jusqu'en 2007, le territoire national était découpé en secteurs sanitaires, au nombre de 185, englobant chacun un bassin de population auquel il doit répondre et prendre en charge ses besoins en santé. A partir de 2008, une nouvelle organisation des soins séparant le curatif du préventif a été mise en œuvre. Le curatif est représenté par les Etablissements Publics Hospitaliers "EPH" et le préventif par les Etablissements Publics de Santé de Proximité "EPSP". A travers l'état des lieux de la situation actuelle en matière d'infrastructures de santé, l'offre de soins et la qualité des personnels prestataires, on va analyser le rythme de l'urbanisation et l'état de santé des populations en mettant en exergue sur les spécificités et les disparités sanitaires dans le grand Alger. Mots clés : disparité, santé, urbanisation, ville.

## **Noémie Rapegno**

**Town** : Paris, France

**Job Title** : No indicated

**Company** : EHES

**Title of the presentation** : « Etablissements médico-sociaux pour adultes handicapés, résidents et accès aux soins. Entre rapports individuels et collectifs au territoire, entre soins courants et soins spécifiques : des relations à inventer »

### **Abstract** :

En 2008, la Haute Autorité de Santé organise une audition publique sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. La commission d'audition pointe une conception des soins souvent restreinte, au sein des établissements médico-sociaux pour adultes handicapés, aux soins directement liés au handicap et une moindre attention à l'état général de santé. Nous souhaitons prolonger ces résultats. Question traitée En nous focalisant sur les

structures d'hébergement (médicalisées ou non médicalisées) pour adultes handicapées, nous souhaitons comprendre les enjeux géographiques liés au recours aux soins qu'ils soient liés au handicap ou non. La localisation des établissements d'hébergement en milieu urbain permet-elle un meilleur accès aux soins, notamment grâce à un meilleur maillage des transports, des établissements sanitaires et des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) ? Facilite-t-elle la coordination entre professionnels soignants de l'établissement et extérieurs à l'établissement ? Nous souhaitons questionner l'inscription des établissements au sein d'un réseau (formel ou informel) et la connaissance qu'ont les établissements des professionnels soignants en termes de soins courants, de soins spécifiques liés au handicap et de soins exceptionnels (bilan de santé, hospitalisation). Dans quelles mesures le fait de vivre en milieu urbain permet aux résidents d'avoir une plus grande autonomie dans leurs recours aux soins ?

**Méthodologie** Nous avons réalisé un entretien auprès des équipes de direction et du personnel soignant de 24 établissements pour adultes handicapés moteurs en Ile-de-France et en Haute-Normandie entre mars 2010 et septembre 2012, soit la quasi-totalité des établissements ouverts en 2010 (4 non réponses ou refus). L'entretien portait sur : - l'inscription dans un réseau de santé, - les soins spécifiques au handicap moteur, - les soins courants (médecin généraliste, dentiste, gynécologue, ophtalmologue, etc.), Le but était de cartographier les soignants référencés comme acceptant de recevoir des personnes handicapées, par les établissements et de comprendre les difficultés rencontrées pour recourir à certaines professions médicales ou paramédicales. Nous avons ensuite rencontré 84 résidents de dix établissements des deux régions pour tenter de comprendre en quoi les personnes s'appropriaient les partenariats construits par les établissements, et de cerner la marge de manœuvre que les personnes avaient dans la décision de recourir à un soignant ou à un service hospitalier spécifique. Les résidents, sont-ils acteurs de leur parcours de soins ? Ont-ils le choix dans leur recours comme dans leur non-recours aux soins ?

**Résultats** Ces entretiens ont permis de rendre compte du rôle du territoire d'implantation des établissements. L'implantation en milieu urbain permet de construire le suivi spécialisé autour de la personne, notamment grâce à des services de pointes plus nombreux. Cependant, en termes de soins courants, les établissements en milieu urbain rencontrent les mêmes difficultés (non-accessibilité des cabinets, manque de disponibilité des médecins) qu'en milieu rural pour trouver un médecin spécialiste dans un périmètre proche de l'établissement pouvant recevoir les résidents. Pour les soins courants, l'implantation urbaine permet aux résidents d'être plus autonomes et de ne pas avoir recours systématiquement à l'établissement dans l'organisation de leurs parcours de soins, notamment en sollicitant des transports adaptés.

## **François Reeves**

**Town** : Laval, Canada

**Job Title** : Cardiologue d'intervention

**Company** : Université de Montréal

**Title of the presentation :** « Une cité cardio-protectrice »

**Abstract :**

Une Cité cardio-protectrice Mots clés : Maladie cardiovasculaire, urbanisme, polluants, alimentation industrielle, canopée urbaine. L'étude Framingham, en cours depuis 1948 sur 4 générations d'Américains, a bouleversé notre approche de la maladie cardiovasculaire en introduisant la notion, alors révolutionnaire, de facteur de risque. Cette étude fut initiée sur une crise que la Santé publique américaine a nommée « An American Epidemic », soit le fait qu'un quinquagénaire Américain sur trois présentait un infarctus aigu. Les facteurs de risque cardiovasculaire identifiés par Framingham et dits « classiques » sont hérédité, tabac, diabète, hypercholestérolémie, hypertension, sédentarité, obésité et stress. Hors, prenant un recul physiologique et historique, nous réalisons que la maladie athérosclérotique est rare chez l'animal, était rare chez l'humain avant la période industrielle et est rare chez l'humain vivant hors du milieu industriel. Depuis 20 ans, le milieu, autrefois sous-estimé en maladie cardiovasculaire, appert pour être un facteur de risque non seulement puissant mais aussi modulable. Nous observons que la révolution industrielle a introduit des nano-agresseurs alimentaires et aériens. Les principaux nano-agresseurs alimentaires parsemés dans l'alimentation industrielle sont le fructose, l'excès de sel et les gras trans. Ces agents ont fortement induit le syndrome cardiometabolique, entraînant une hausse dramatique d'hypertension, de diabète et de dyslipidémie. Du côté aérien, l'usage massif et croissant des combustibles fossiles comme source d'énergie ont disséminé dans nos milieux des particules fines, ultrafines, les gaz NO<sub>2</sub>, SO<sub>2</sub> et des polluants tels composés organiques volatils (COV) et hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP). Non seulement ces nano-agresseurs ont-ils une toxicité directe sur nos vaisseaux, provoquant athérosclérose, thrombose et dysfonctionnement du système nerveux autonome, mais ils induisent également les facteurs dits classiques soient hypertension, diabète, dyslipidémie et même obésité. La conjonction de ces nano-agresseurs aériens et alimentaires se potentialisent mutuellement et entraînent une « tempête cardiovasculaire parfaite », laquelle s'observe dans les sociétés émergentes reproduisant la révolution industrielle américaine des années 50. Par ailleurs, la présence de vert dans les cités diminue fortement l'impact des polluants et des fluctuations climatiques en hausse. On observe dans les milieux verts une diminution significative des événements cardiovasculaires, particulièrement chez les populations défavorisées. Les études démontrent aussi de multiples bienfaits pléiomorphiques d'un milieu vert sur tous les aspects de la santé humaine, allant de la démence et la dépression aux événements cardiovasculaires en plus d'être une incitation directe à l'activité physique extérieure et à une sérénité de voisinage. Au total, une cité cardio-protectrice se doit d'éliminer les nano-agresseurs aériens (émanations des combustibles fossiles), les nano-agresseurs alimentaires (additifs industriels nocifs) et viser une canopée urbaine optimisée incitant au transport actif et aux activités extérieures, en plus de réintroduire une biodiversité nécessaire à l'équilibre écologique et climatique.