

# La santé, un enjeu de développement social

Cycle de qualification organisé à Profession Banlieue les 1, 8 et 15 juin 2007

---

On mesure de plus en plus combien les difficultés sociales (chômage, précarité de l'emploi, conditions de vie difficiles, logements dégradés, isolement, ruptures familiales) ont des répercussions sur l'état de santé de la population. Par exemple, des études montrent qu'en matière de surcharge pondérale, de troubles de la vision, de caries, de troubles du langage ou d'asthme, les prévalences sont supérieures dans les zones d'éducation prioritaire ; ou encore que les populations des zones urbaines sensibles sont concernées par des problèmes spécifiques de santé, de mortalité précoce et de morbidité physique et mentale ; enfin, recourir aux soins nécessite une image de soi suffisamment valorisée pour que le souci de la santé ou la reconnaissance de la maladie apparaisse comme une priorité légitime et acceptable.

On constate également un grand décalage entre le système social et sanitaire et les besoins de la population. En Seine-Saint-Denis, par exemple, la demande de soins est supérieure de 30 % à la moyenne nationale et l'offre inversement proportionnelle. Il existe ainsi un lien direct entre l'état de santé de la population, l'offre de soins et son accessibilité.

Aussi, la santé est devenue une préoccupation majeure pour bon nombre d'élus qui se sont engagés dans des démarches locales pour agir sur ces situations d'inégalités sociales et territoriales en matière de santé.

Parallèlement se greffe une préoccupation récente des politiques publiques, le vieillissement de la population et plus spécifiquement celui des populations immigrées. Elles sont caractérisées par des hommes âgés isolés vivant en foyers de travailleurs migrants et des personnes âgées vivant en famille, essentiellement dans le logement social. En matière de santé, elles ont une mauvaise connaissance de leurs droits sociaux, elles ne se sont jamais imaginées vieillir en France et n'ont jamais été pensées comme telles par les pouvoirs publics.

Pour tenter de rétablir une égalité sociale et territoriale en matière de santé, il faut attendre la fin des années 1990 avec la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions qui initie les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Pour la politique de la ville, la santé ne deviendra un axe fort de travail qu'avec la mise en place des Ateliers santé ville en 2000. Il s'agit alors de construire une stratégie commune de prévention au niveau institutionnel entre la politique de la ville et les politiques de santé publique. L'échelle doit être celle de la ville et du quartier pour être au plus près des problématiques, pour tenter de répondre à ce constat prégnant qu'il existe un lien entre problématiques sociales, conditions de vie et état de santé.

La loi relative à la politique de santé publique d'août 2004, quant à elle, instaure les plans locaux ou territoriaux de santé publique dans le cadre d'un quartier, d'une commune, d'un groupement de communes pour, entre autres, améliorer la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale et promouvoir des comportements favorables à la santé. Enfin, dans les contrats urbains de cohésion sociale en 2006, la santé est affirmée comme l'un des cinq thèmes prioritaires de la politique de la ville pour la cohésion sociale. Les acteurs locaux sont ainsi encouragés à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins des habitants des quartiers de la politique de la ville.

Comment favoriser la connaissance des situations locales ? Sur quel diagnostic, quels outils, quelles démarches s'appuyer pour construire un projet local de santé en direction des personnes vulnérables ?

Quelles peuvent être les perspectives des populations âgées immigrées en termes de prise en charge sanitaire et sociale ?