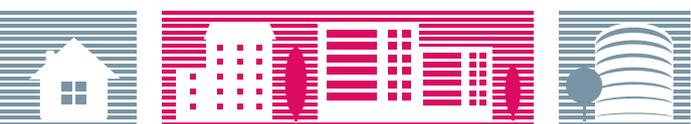


RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ

INTÉRÊTS D'UNE APPROCHE LOCALE ET TRANSVERSALE



→ Les politiques publiques en faveur de la santé en population générale ont parfois pour effet de **profiter d'abord aux plus favorisés**. Les groupes sociaux les mieux dotés en capital culturel et financier sont en effet les premiers à tirer profit des messages incitant à la prévention [1, voir p. 10], ce qui a pour effet de creuser les **inégalités sociales et territoriales de santé**.

→ Souvent aggravées du fait de disparités dans l'offre de soins, ces inégalités se forment très tôt, dès l'enfance. Elles sont liées aux **conditions de vie, de logement, de transport, d'éducation...** qui apparaissent ainsi comme autant de déterminants collectifs de santé.

→ En tant qu'élu local, vous disposez de nombreux leviers pour agir sur ces divers déterminants.

→ Ce document a pour objectif de vous aider à comprendre et à agir pour **prendre en compte la santé dans toutes les politiques** municipales ou intercommunales, afin de lutter efficacement contre les inégalités sur vos territoires.

INTÉRÊTS D'UNE APPROCHE LOCALE ET TRANSVERSALE

D'OÙ VIENNENT LES INÉGALITÉS SOCIALES

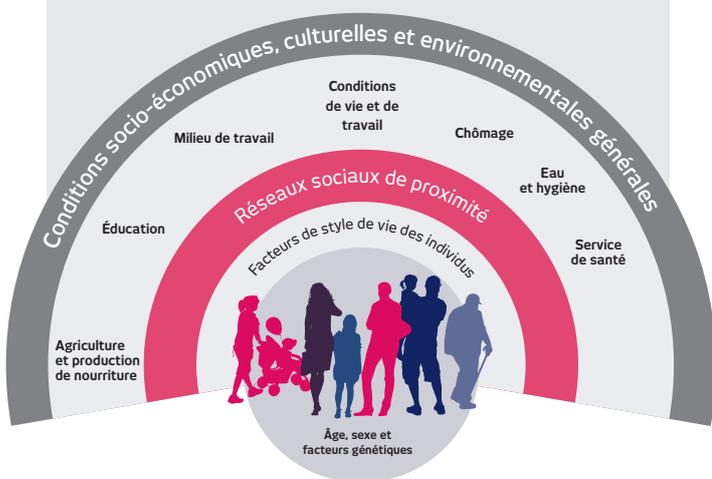
ET TERRITORIALES DE SANTÉ ?

La santé d'une personne est d'abord le résultat de **conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles**. Cette interaction se développe dès l'enfance et perdure tout au long de la vie. Il est donc important d'élargir la notion de santé au-delà d'une vision purement « médicale », en intégrant les facteurs sociaux et environnementaux qui la conditionnent.

Un modèle des déterminants de santé

Cette figure présente un modèle de l'influence des déterminants de santé qui permet de voir comment les divers facteurs « impactant » la santé s'imbriquent dans de plus larges sphères de l'organisation sociale.

Source : Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity to Health*. Stockholm : Institute for Future Studies, 1992.



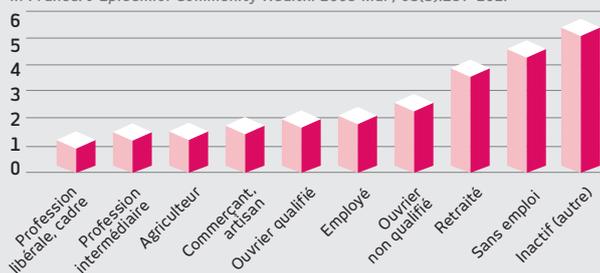
POURQUOI LES COMBATTRE ?

Les inégalités sociales et territoriales de santé sont socialement construites. **Il est donc possible d'agir pour les modifier**. Lutter contre elles, c'est contribuer à une meilleure cohésion sociale et une société plus juste. Mais pas seulement. **Chaque individu bénéficie des bienfaits qu'apporte plus d'égalité au sein d'un territoire**. Parmi les pays développés, ceux qui se caractérisent par des écarts de ressources relativement faibles ont de meilleurs indicateurs de santé et de bien-être social [5].

Risque relatif de mortalité des hommes selon la profession (période 1990-1999)

Parmi les hommes de 30 à 64 ans nés en France, le risque relatif de mortalité (par rapport à un indice de référence d'une valeur de 1, correspondant au risque de mortalité des hommes ayant fait des études supérieures) augmente progressivement quand on progresse dans la « hiérarchie sociale », et très nettement en l'absence d'activité sociale reconnue.

Source : Saurel-Cubizolles M.-J., Chastang J.-F., Menvielle G., Leclerc A., Luce D., EDISC group. *Social inequalities in mortality by cause among men and women in France*. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Mar; 63(3):197-202.



Ce lien entre la santé des individus et divers indicateurs de leur position sociale (niveau de diplôme, revenu, conditions de travail, lieu de résidence...) [2] explique le développement des inégalités selon un gradient social¹ continu qui se traduit notamment :

■ **par des disparités territoriales qui s'accroissent** : ainsi, le niveau de mortalité prématurée varie beaucoup selon les régions, les villes, les quartiers... Sur la période 2001-2007, les taux standardisés de mortalité prématurée² régionaux vont de 185 pour 100 000 habitants (Rhône-Alpes) à 296 pour 100 000 habitants (Nord-Pas-de-Calais) [3] ;

■ **par une différence d'espérance de vie entre catégories sociales** : les hommes cadres supérieurs âgés de 35 ans ont 47 ans de vie devant eux, soit 6 ans de plus que les ouvriers [4].

EN QUOI SUIS-JE CONCERNÉ ?

En tant qu'élu local, vous pouvez agir sur la santé publique grâce à vos compétences dans divers domaines : logement, aménagement urbain, cohésion sociale, petite enfance... Vous êtes un acteur clé pour développer des environnements favorables à la santé. Par votre connaissance fine des synergies locales, votre capacité à mobiliser services municipaux et réseaux d'acteurs, ainsi que par votre rôle de médiateur, vous pouvez agir pour réduire les inégalités. À l'échelle nationale, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est plus fréquente dans les politiques publiques. Dans les territoires urbains, c'est l'objectif majeur des Ateliers Santé Ville. Ces démarches sont particulièrement impliquées dans l'élaboration des Contrats locaux de santé signés (notamment) entre les Agences régionales de santé et les collectivités territoriales.

1. Gradient social de santé : concept traduisant le fait que les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres, mais que chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité ou de morbidité plus élevé que celui de la classe immédiatement supérieure.

2. La mortalité prématurée concerne les décès survenus avant 65 ans.

QUELS SONT LES INTÉRÊTS D'UNE APPROCHE TRANSVERSALE ?

1. Prendre en compte la santé dans chacune des politiques locales permet de rompre avec une action sectorisée voire fragmentée, et à **gagner en efficacité**.
2. En créant des environnements favorables à la santé, vous améliorez la qualité de vie de chacun et vous **augmentez l'attractivité** de votre territoire.
3. Une approche transversale, possible au niveau local, permet aussi de **mettre en valeur la cohérence** d'un projet politique et social, et d'en faire un axe de communication.

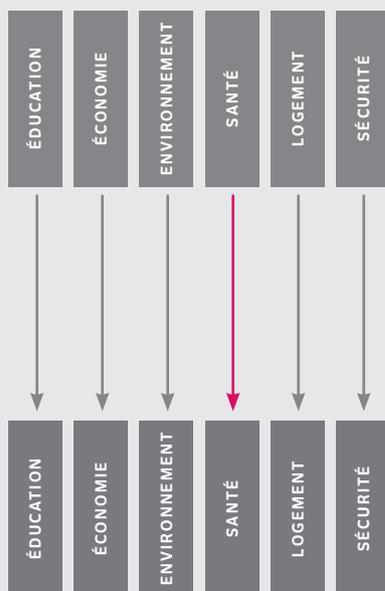
VOUS FAITES BEAUCOUP POUR LA SANTÉ, DANS DE NOMBREUX DOMAINES: VOUS POUVEZ LE FAIRE SAVOIR!

L'impact accru d'une action intersectorielle

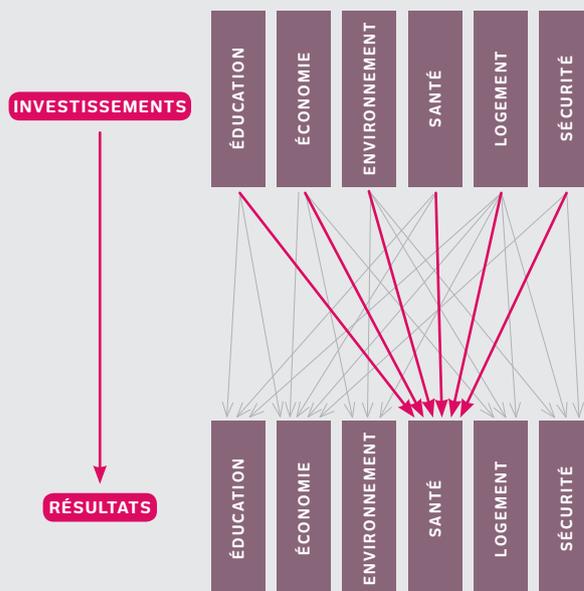
Chaque secteur d'intervention peut être propice à des actions contribuant à améliorer la santé de la population. La démultiplication, si possible en synergie, de toutes ces actions accroît l'efficacité d'une politique transversale.

Source: Green G. « Un nouveau cadre pour l'évaluation de l'impact des villes-santé européennes ». Présentation lors du séminaire « Évaluation des politiques et des actions locales de santé », Paris, mai 2009 ».

COMPTABILITÉ TRADITIONNELLE



COMPTABILITÉ DYNAMIQUE



QUELLES PRÉCAUTIONS PRENDRE ?

« Pour réduire le caractère abrupt du gradient social de la santé, les actions doivent être universelles, mais se caractériser par **une échelle et une intensité proportionnelles au désavantage social**. » [6]

Autrement dit: dans le cadre des arbitrages complexes que vous êtes conduit à faire, le choix des priorités doit s'orienter en faveur des catégories de la population qui présentent un cumul de risques, ce qui demande un très fin diagnostic sanitaire et social du territoire.

POURQUOI AGIR PLUS PARTICULIÈREMENT

EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES JEUNES ?

L'enfance constitue une **période cruciale** dans la construction des inégalités sociales en général et de santé en particulier. Le gradient social de santé se retrouve également chez les enfants. Plus les familles sont défavorisées, plus les enfants sont touchés par les risques de prématurité, les retards de croissance, les problèmes bucco-dentaires, l'asthme, le surpoids, l'obésité, les difficultés de langage, les troubles des apprentissages... [7]. Un accès précoce à un environnement favorisant l'épanouissement personnel, à l'éducation, à une nourriture équilibrée et aux sports favorise une meilleure harmonie sociale.

AGIR SUR L'AMÉNAGEMENT URBAIN ET LES TRANSPORTS

Plusieurs dimensions sont à prendre en compte: **le rapprochement des bassins de vie et d'emploi** (notamment pour diminuer le temps de transport domicile-travail); **la facilité des liaisons** (par exemple pour résorber les fractures urbaines); **les types de déplacement privilégiés**; **la pollution...**

QUEL LIEN ENTRE AMÉNAGEMENT URBAIN ET SANTÉ ?

La **marche à pied** est reconnue comme étant une composante essentielle d'un bon état de santé. Si elle est pratiquée au moins 30 minutes par jour (sous forme de sessions supérieures à 10 minutes), la marche procure tous les bénéfices de la pratique d'une activité physique modérée: croissance harmonieuse des jeunes, contrôle du poids, diminution du risque de cancers/diabètes, amélioration du bien-être émotionnel perçu...

Mais la possibilité de pratiquer la marche est liée à la **configuration de la ville**, à son histoire, aux ressources qu'elle propose [8]. L'étalement urbain et la faiblesse des transports en commun découragent la marche dans les communes polarisées et les espaces à dominante rurale.

COMMENT PUIS-JE AGIR ?

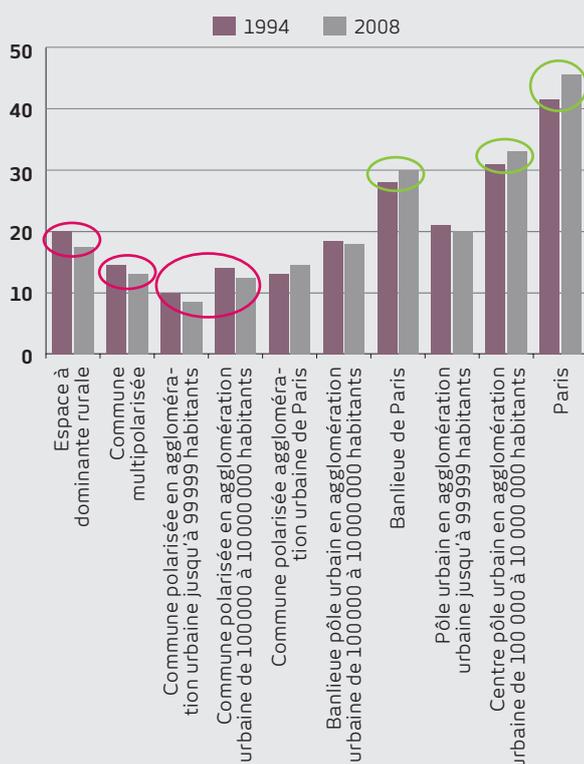
Promouvoir un environnement favorable à la santé et répondre aux exigences de développement durable portées par l'Agenda 21³, c'est en fait poursuivre les mêmes objectifs. Il s'agit de **favoriser les transports en commun**, les **déplacements doux et actifs**, les **infrastructures sportives** et les **espaces verts...**

Bien sûr, vous n'avez pas la maîtrise complète de l'urbanisme local (par exemple dans les cas du contournement de la ville par une voie rapide, de l'aménagement d'un port méthanier, de l'installation d'une usine d'épuration...). Mais vous pouvez conduire des actions de plaidoyer et de mobilisation pour accompagner au mieux ces projets. Et, surtout, les documents d'urbanisme que vous élaborer - **Plan d'aménagement et de développement durable (PADD)**, **Plan de déplacement urbain (PDU)**, **Schéma de cohérence territoriale (SCOT)...** - doivent prendre en considération les impacts sur la santé.

Part de la marche (en %) dans les déplacements selon le territoire de résidence

La part de la marche dans les déplacements (chez les individus de plus de 6 ans résidant en France métropolitaine) a augmenté entre 1994 et 2008 à Paris, en banlieue parisienne et dans le centre des villes des pôles urbains de plus de 100 000 habitants.

Source: Service Observation et Statistiques (SOeS), Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Institut national de recherches sur les transports et leur sécurité (Inrets). Enquête nationale transports et déplacements, éditions 1994 et 2008.



3. L'Agenda 21 (ou Action 21) est un plan d'action pour le XXI^e siècle adopté par 173 chefs d'État lors du sommet de la Terre de Rio de Janeiro en 1992. Ce plan d'action décrit les secteurs où le développement durable doit s'appliquer dans le cadre des collectivités territoriales. Il formule des recommandations dans divers domaines dont la santé, le logement et les transports. Les collectivités territoriales sont appelées à mettre en place un programme d'Agenda 21 local, intégrant les principes du développement durable, à partir d'un mécanisme de consultation de la population. En France, l'Observatoire national des agendas 21 locaux, porté par le Ministère en charge du développement durable et l'Association des Maires de France veillent à la mise en œuvre des agendas locaux.



QUELS LEVIERS POLITIQUES POUR AGIR ?

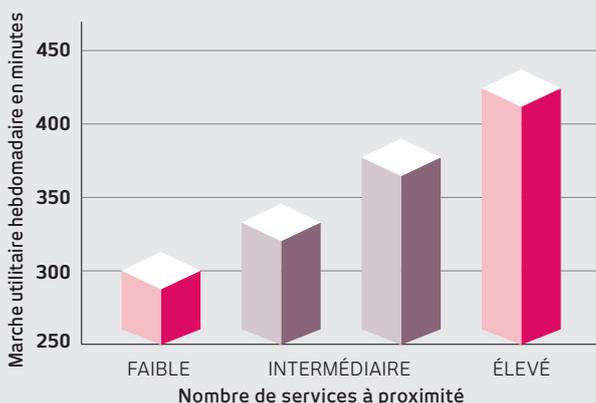
Le **Plan Local d'Urbanisme (PLU)** peut être un véritable levier pour transformer la ville en faveur de la santé :

- en favorisant la réalisation de **quartiers « courtes distances » [9]** et en développant les services de proximité, puisque l'étalement urbain et le manque de services sont les premières causes d'une faible pratique de la marche à pied (voir schéma ci-dessous);
- en aménageant des **espaces verts**: le contact avec un environnement naturel a un impact positif sur la pression sanguine, le cholestérol et le bien-être [10];
- en créant des **infrastructures collectives** (pieds d'immeubles sécurisés, terrains de sport, parcs, lieux de convivialité et de rencontre) qui encouragent à la fois l'activité physique, le lien social et la mixité sociale.

Impact de la densité de services sur le temps de marche

Plus le nombre de services de proximité est élevé, plus la « marchabilité » est forte.

Source : Centre Léa Roback, *Potentiel du quartier résidentiel pour promouvoir une vie active*, 2006.
En ligne : www.cftri.ca/media/projet_MARCHE_fre.pdf
[dernière consultation : 06/11/2012].



Le **Plan de déplacement urbain (PDU)** fait partie du Schéma de cohérence territoriale (SCOT). Il peut se donner pour objectif de réduire l'attrait de l'automobile en encourageant la modification des comportements : système de vélo partagé accessible 24h/24, développement des zones 30 km/h en ville, aménagement de pistes cyclables, agrandissement des trottoirs, sécurisation de l'espace piétonnier, signalétique des itinéraires piétonniers... Toutes ces mesures ont un intérêt collatéral : elles limitent la pollution sonore et atmosphérique.

QUELLES PRÉCAUTIONS PRENDRE ?

Le **développement de transports en commun accessibles à tous** est un préalable indispensable aux mesures évoquées. Le renforcement des liaisons et des fréquences de desserte (grandes amplitudes horaires, service le week-end) assurent un maillage dense du territoire permettant une réelle alternative à l'automobile. Ce préalable permet d'envisager l'augmentation des coûts de stationnement pour les automobiles et la création de parking-relais aux abords du centre-ville afin de limiter l'engorgement urbain et renforcer les possibilités de mobilité douce.

POURQUOI AGIR PLUS PARTICULIÈREMENT

EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES JEUNES ?

La création d'environnements favorables à l'activité physique des enfants et à la qualité de l'air, via une politique d'aménagement urbain, contribue à lutter contre la transmission d'une génération à l'autre des inégalités sociales de santé.

EXEMPLE : Le pédibus favorise la marche comme moyen de transport pour se rendre à l'école (avec un horaire de passage et des arrêts, comme un vrai autobus). Cette initiative permet aux enfants de marcher de manière encadrée et sécurisée (les parents sont des accompagnateurs bénévoles). L'implication des parents est un atout majeur dans la réussite de ce type de programme qui crée une émulation et favorise la mixité sociale. Il est important de veiller à ce que les parents les plus défavorisés soient également parties prenantes. La mise en place d'un pédibus suppose comme préalable un environnement urbain sécurisé (trottoirs en bon état, sécurisation des passages piétons...).

AGIR SUR LE LOGEMENT

Outre l'isolation phonique et l'esthétique, plusieurs dimensions sont à prendre en compte dans toute action sur le logement : **la salubrité** (vétusté, peinture au plomb, manque d'aération, qualité de l'air intérieur, isolation de piètre qualité...); **la surpopulation**; mais aussi (et surtout) **le taux d'effort**, i.e. le poids du logement dans le budget des ménages. Celui-ci représente une charge contrainte croissante, notamment pour les faibles revenus, et entraîne des choix budgétaires défavorables à la santé.

QUEL EST L'IMPACT DU TAUX D'EFFORT

SUR LA SANTÉ ?

En 2009, dans un centre urbain dense, près de 50 % des ménages consacraient entre 26 et 45 % de leur budget au loyer. Ceci entraîne un effet cumulatif de facteurs défavorables à la santé, dont :

- **une insécurité alimentaire** : 44 % des ménages ayant de lourdes charges de logement déclarent devoir se restreindre en matière d'alimentation (le taux a augmenté de 23 points par rapport à 1980) **[11]**;

- **des restrictions en matière de soins** : 44 % des ménages éprouvant des difficultés à faire face à leurs dépenses de logement déclarent devoir s'imposer de telles restrictions;

- **une précarité énergétique** : 3,8 millions de ménages ont un taux d'effort énergétique supérieur à 10 % de leur revenu. Plus de 620 000 ménages cumulant contraintes financières et habitat peu performant sont exposés au froid **[12]**.

COMMENT PUIS-JE AGIR ?

Vous agissez déjà sur la santé *via* le logement :

- **quand vous construisez** sur votre commune des logements accessibles à tous, de Haute Qualité Environnementale (HQE) et des Bâtiments Basse Consommation (BBC), quand vous agissez auprès des bailleurs publics (loi SRU) ou privés, vous mettez en œuvre l'orientation du « pas de santé sans logement » ;

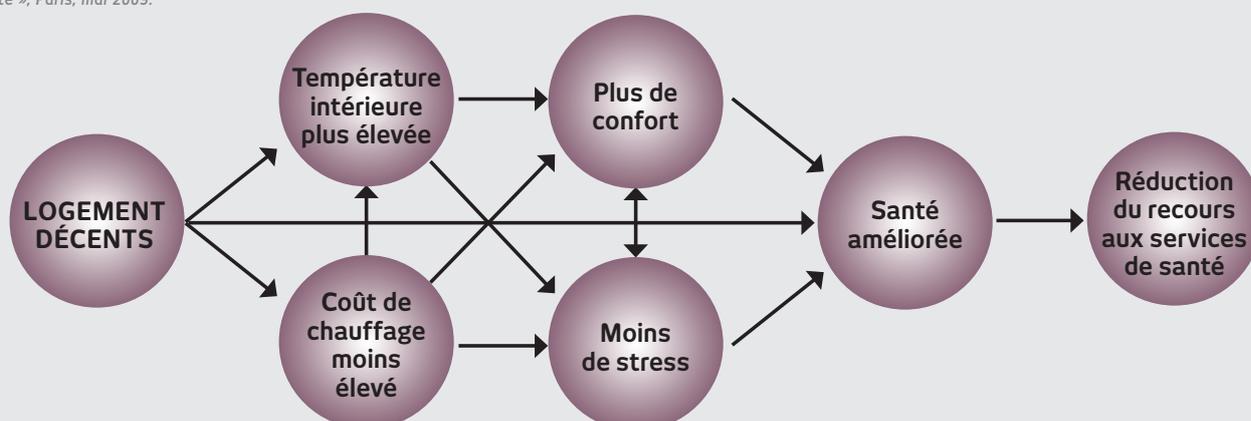
- **quand vous travaillez** au repérage des logements indignes en vous appuyant sur des données chiffrées et cartographiées, vous justifiez la pertinence de votre intervention **[13]**;

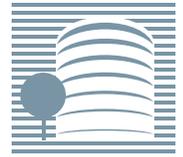
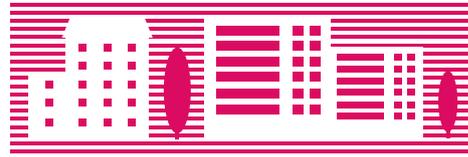
- **quand vous activez** votre pouvoir de police générale⁴ permettant d'intervenir au nom du règlement sanitaire départemental (RSD) ou quand vous refusez un permis de construire en cas de nuisances (notamment sonores) grâce au Code de l'urbanisme, vous protégez la santé de vos administrés.

Logement et santé

Un logement décent participe à l'instauration d'un cercle vertueux contribuant à l'amélioration de la santé de ses occupants et à la réduction des dépenses de santé.

Source : Green G. « Un nouveau cadre pour l'évaluation de l'impact des villes-santé européennes ». Présentation lors du séminaire « Évaluation des politiques et des actions locales de santé », Paris, mai 2009.





QUELS LEVIERS POLITIQUES ET

QUELS PARTENAIRES POUR AGIR ?

- Le **Programme Local de l'Habitat (PLH)**: il peut faciliter l'accès au logement des personnes ayant des problèmes de santé, et favoriser le développement d'un habitat favorable à la santé en anticipant les risques sanitaires (polluants intérieurs).
- Les **services sociaux**: au-delà de l'hébergement d'urgence, les Centres communaux d'action sociale (CCAS) sont à la croisée de plusieurs champs d'intervention. Ils traitent notamment les demandes de logements sociaux. La CAF gère le Fond de solidarité pour le logement (FSL) qui aide à résorber les problèmes de loyers impayés.
- **L'État est un partenaire** pour la construction de logements, la rénovation urbaine, le logement des plus démunis (loi DALO...): vous pouvez notamment vous appuyer sur les pouvoirs de police générale du Préfet.

Vous pouvez également agir pour améliorer la salubrité en veillant au choix des matériaux, peintures, solvants... utilisés dans la construction des logements et des bâtiments publics.

POURQUOI AGIR PLUS PARTICULIÈREMENT

EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES JEUNES ?

LA SUROCCUPATION DES LOGEMENTS FAVORISE L'ÉCHEC SCOLAIRE

Les jeunes vivant dans des logements surpeuplés souffrent deux fois plus souvent de retard scolaire que ceux vivant dans un logement où l'on compte moins d'une personne par pièce [14]. La suroccupation participe à l'échec scolaire, en rendant plus difficile la réalisation des devoirs ou un sommeil suffisant.

Pour agir, vous pouvez vous appuyer sur :

- Le **Projet Éducatif Local (PEL)**: il permet d'assurer l'animation du réseau d'acteurs de l'espace éducatif local. Le PEL est un projet transversal qui coordonne les temps scolaires, périscolaires et extrascolaires, assurant ainsi une continuité des espaces favorables à l'épanouissement de l'enfant.
- Le **Projet de Réussite Éducative (PRE)**: c'est une intervention éducative, culturelle et sociale, mise en place en dehors du temps scolaire auprès des enfants et adolescents en difficulté au sein des zones urbaines sensibles. Par sa prise en compte des situations individuelles et la construction collective d'une réponse de prise en charge élargie, le PRE est aussi un révélateur des réalités sociales et sanitaires d'un territoire (logement, organisation et accès à l'offre de soins, environnement, cadre de vie, offre culturelle et de loisirs, accès aux droits, accompagnement social).

AGIR SUR L'ANIMATION LOCALE ET LA VIE ASSOCIATIVE

Là encore, plusieurs dimensions peuvent être prises en compte: la lutte contre l'isolement et le soutien des solidarités; le renforcement de la capacité d'expression des individus et des groupes; la reconnaissance et la promotion des compétences de chacun.

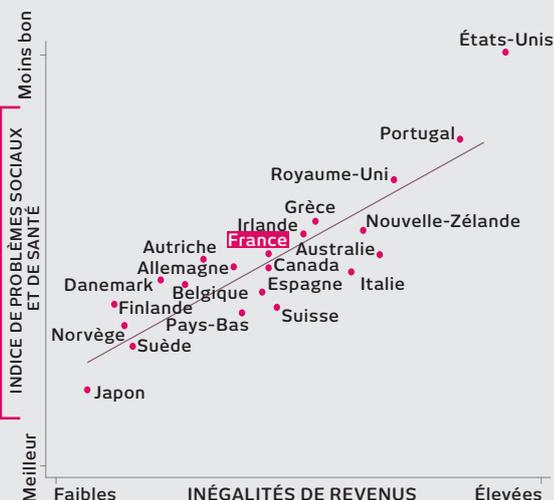
QUEL RAPPORT ENTRE LIEN SOCIAL ET SANTÉ ?

Les sociétés industrielles au sein desquelles les disparités de revenus sont importantes sont celles où le lien social est le plus ténu et l'isolement interindividuel le plus fort. Ceci se traduit par de moins bons indicateurs de bien-être global (cohésion sociale, mobilité sociale, criminalité, taux d'emprisonnement...) et de santé des individus (espérance de vie, mortalité infantile, santé mentale...).

Les problèmes sociaux et de santé sont plus importants dans les pays les plus inégalitaires

Parmi les pays développés, les pays scandinaves, moins inégalitaires en termes de revenus, sont ceux où les indicateurs de bien-être et de santé sont les meilleurs.

Source: Wilkinson R. L'égalité, c'est la santé, Demopolis, 2010 : 252 p.



- Confiance envers les autres
- Mobilité sociale
- Incarcérations
- Homicides
- Espérance de vie
- Niveau de calcul et de lecture
- Mortalité infantile
- Mères adolescentes
- Obésité
- Troubles mentaux dont alcoolisme et toxicomanie

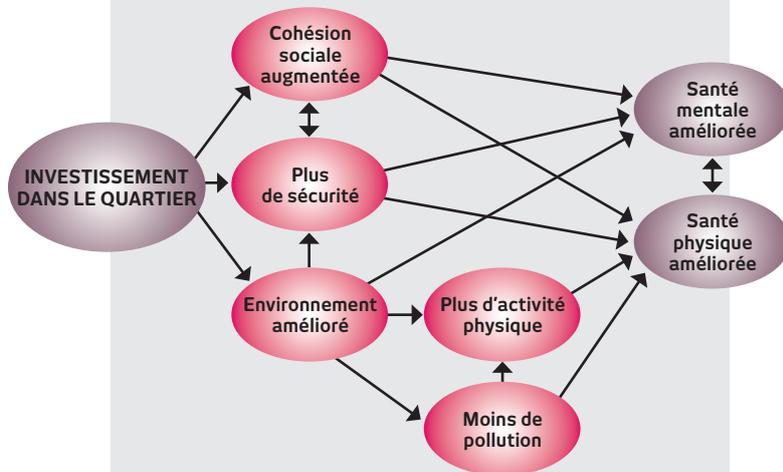
L'exemple de la canicule de 2003 a montré que les caractéristiques individuelles n'ont pas été les seuls déterminants de l'augmentation du taux de mortalité. À l'échelle locale, l'isolement des personnes âgées a largement contribué à leur surmortalité durant l'épisode de chaleur [15]. Cette surmortalité a localement pu être limitée quand les hôpitaux et les structures médico-sociales de proximité⁵ ont travaillé de manière décloisonnée.

N.B. : le repérage des personnes âgées vulnérables en cas de canicule fait désormais partie des missions du maire.

Cette relation entre santé et lien social légitime votre soutien aux actions publiques locales encourageant le « vivre-ensemble » : la vie associative, la démocratie participative, l'échange, le partage et le maintien du lien social. Il s'agit de considérer le citoyen comme un allié pour l'action publique. Les retombées locales sont positives et permettent l'émergence ou l'appropriation d'environnements favorables à la santé. En outre, grâce à la participation et l'engagement, le sentiment d'appartenance à la collectivité est renforcé.

Investir dans l'animation sociale bénéficie à la santé

Source: Green G. « Un nouveau cadre pour l'évaluation de l'impact des villes-santé européennes ». Présentation lors du séminaire « Évaluation des politiques et des actions locales de santé », Paris, mai 2009.



5. Dont les Services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) et les Centres communaux d'action sociale (CCAS).



QUELS LEVIERS POUR AGIR ?

■ Favoriser l'appropriation par les citoyens de leur santé, notamment dans les ZUS, via les Ateliers Santé-Ville (ASV). Ces dispositifs promouvant l'égalité et les solidarités créent de véritables synergies urbaines en mettant en relation, à partir de diagnostics participatifs, acteurs associatifs, acteurs institutionnels et citoyens. Ils assurent aussi un rôle de coordination locale et de programmation d'actions de santé.

■ Valoriser la participation citoyenne dans la création d'environnements favorables à la santé. En milieu rural, plusieurs expérimentations ont été menées par des communautés de communes autour d'un diagnostic participatif des besoins des populations en matière de santé. Par la suite, des actions en faveur de la santé ont été conduites en fonction des besoins exprimés. De nouveaux besoins ont émergé au fur et à mesure de l'apprentissage par les populations des « bons comportements » de santé.

■ Mettre en place des réseaux de soutien volontaires basés sur le voisinage qui promeuvent l'entraide et l'échange : formation aux premiers secours, procuration de proximité (vote, réception d'un colis), « immeubles en fête » ou « fête des voisins »... De nombreuses villes ont par ailleurs développé des réseaux de solidarités de proximité à destination des seniors : veille sur les voisins âgés, transport bénévole des personnes âgées isolées...

■ S'appuyer sur les instances de démocratie de proximité existantes : ainsi, dans les grandes villes, les conseils de quartier regroupent généralement des élus municipaux, des habitants, des personnalités représentatives et des associations. Ce sont des lieux d'information, de débat et de réflexion sur la vie du quartier, dans lesquels les questions relatives à la santé ont toute leur place.

■ Développer l'expression de questions relatives à la santé dans toutes les enquêtes publiques (pour mieux évaluer l'impact en santé).

QUELLES PRÉCAUTIONS PRENDRE ?

Les interventions et processus relevant de la démocratie participative s'inscrivent dans l'animation globale du territoire : la définition d'un périmètre d'action réaliste permet d'éviter les risques d'illusions et de déceptions pour les participants (élus locaux, administrés, associations...). La capacité de chacun à créer, à débattre autour d'un projet collectif dépend beaucoup du sens et de la qualité du « cadrage » de la concertation.

AGIR PLUS PARTICULIÈREMENT

EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES JEUNES

EXEMPLE

Avec la création d'un Conseil municipal des jeunes, vous pouvez susciter un réel intérêt des plus jeunes pour la vie locale en les faisant réfléchir sur les dynamiques territoriales et en développant leurs compétences citoyennes. Cette démarche permet de faire remonter les idées novatrices des plus jeunes, tout en développant des capacités indispensables au vivre-ensemble. Ces dispositifs peuvent avoir des effets contre-productifs en favorisant la surreprésentation des enfants issus des milieux les plus favorisés [16]. Il est donc recommandé de veiller à une bonne représentativité de la population au sein de ces conseils.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir). *Les inégalités sociales de santé*. Paris: La découverte, Inserm, 2000 : 448 p.
- [2] PIPSa (Pédagogie interactive en promotion de la santé). *Inégalités sociales de santé. L'outil pédagogique: la scie pour les réduire ou le marteau pour mieux les fixer?* PIPSa, 2012. Documents téléchargeables sur www.pipsa.be [dernière consultation: 6/11/2012].
- [3] Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lémyer B. *Inégalités socio-sanitaires en France*. De la région au canton. Fédération nationale des observatoires de santé (FNORS)/ Elsevier Masson, 2^e édition, 2011, p. 107.
- [4] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Blanpain N. « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. » *Insee Première* n° 1372, octobre 2011 : 4 p. En ligne: www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1372/ip1372.pdf [dernière consultation: 6/11/2012].
- [5] Wilkinson R. *L'égalité, c'est la santé*. Paris, Demopolis, 2010 : 252 p.
- [6] Marmot M. "Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010". *The Marmot Review*, London, January 2010: 241 p.
- [7] Chauvin J., Lebas J. « Inégalités et disparités sociales de santé en France ». In: Bourdillon F., Brucker G., Tabuteau D. *Traité de santé publique*. Paris: Flammarion Médecine Sciences, 2007 : 331-41. En ligne: <http://i.ville.gouv.fr/Data/inserhitlien.php?id=3977> [dernière consultation: 6/11/2012].
- [8] De Solere R. « Quelques points de repère sur la pratique de la marche ». Intervention au Colloque « Développer la marche en ville: mobilité, santé, sécurité du piéton », Paris, 15 septembre 2011. En ligne: www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/repere.pdf [dernière consultation: 6/11/2012].
- [9] Association pour la santé publique du Québec (AS PQ). Perreault M.-C., Voyer C. « Urbanisme et promotion de la santé » [dossier]. *Bulletin de santé publique*, vol. 33, n° 1, printemps 2011 : 42 p.
- [10] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). César C., Rostan F., en collaboration avec le Réseau français Villes-Santé de l'OMS. « Les villes, au cœur de la santé des habitants » [dossier]. *La Santé de l'Homme*, n° 409, septembre-octobre 2010. En ligne: www.inpes.sante.fr/slh/pdf/sante-homme-409.pdf [dernière consultation: 6/11/2012].
- [11] Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc). Babès M., Bigot R., Hoibian S. « Propriétaires, locataires: une nouvelle ligne de fracture sociale ». *Consommation et modes de vie* n° 248, mars 2012: 4 p. En ligne: www.credoc.fr/pdf/4p/248.pdf [dernière consultation: 6/11/2012].
- [12] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Devalière I., Briant P., Arnault S. « La précarité énergétique: avoir froid ou dépenser trop pour se chauffer ». *Insee Première* n° 1351, mai 2011 : 4 p. En ligne: www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1351/ip1351.pdf [dernière consultation: 6/11/2012].
- [13] Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL). *Lutter contre l'habitat indigne: le pouvoir des maires*. En ligne: www.haut-rhin.equipement.gouv.fr/habitat%20indigne/plaquette_maire.pdf [dernière consultation: 6/11/2012].
- [14] Hirsch M. (dir). *Au possible, nous sommes tenus. La nouvelle équation sociale. 15 résolutions pour combattre la pauvreté des enfants*. Rapport de la Commission « Familles, vulnérabilité, pauvreté ». Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, avril 2005: 116 p. En ligne: www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000264/index.shtml [dernière consultation: 6/11/2012].
- [15] Cadot E., Spira A. « Canicule et surmortalité à Paris en août 2003, le poids des facteurs socio-économiques ». *Espace, Populations, Sociétés*, 2006; 2-3: 239-249. En ligne: eps.revues.org/pdf/1383 [dernière consultation: 6/11/2012].
- [16] Koebel M., Mokry H. « À qui profitent les conseils de jeunes? » *Territoires. La revue des acteurs locaux* n° 352, nov. 1994, p. 45-50.

REMERCIEMENTS

Au groupe de travail:

- l'association ESPT (Élus, santé publique et territoires);
- le Réseau français des Villes- Santé de l'OMS (RFVSOMS);
- la Direction générale de la santé (DGS);
- le réseau des villes actives du Programme national nutrition-santé (PNNS);
- le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT);
- le Secrétariat général du Comité interministériel des villes (SG-CIV);
- l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé);
- des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps);
- l'Agence pour l'éducation par le sport (APELS);
- la Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale (DRJSCS) d'Île-de-France;
- l'association Consommation Logement Cadre de Vie (CLCV).

Aux experts relecteurs:

- Luc Ginot, conseiller médical au pôle santé publique de la Délégation territoriale de Seine-Saint-Denis de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France;
- Éric Breton, titulaire de la chaire Inpes « Promotion de la santé » à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP);
- Stéphane Rican, maître de conférences en géographie à l'Université Paris-Ouest et au sein du Laboratoire Espace, Santé et Territoires (LEST).

Ce document vous est proposé par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) [www.inpes.sante.fr]

Créé en 2002, cet établissement public administratif est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement et le ministère en charge de la santé.

L'association « Élus, santé publique et territoires » (ESPT) [www.espt.asso.fr]

Créée en 2005, elle regroupe des élus de communes et groupements de communes souhaitant développer des programmes de santé publique ancrés dans leurs territoires et conduits dans un cadre concerté et contractuel avec l'État. Ses objectifs sont notamment de : 1) promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, à la santé égale pour tous ; 2) développer et consolider toute forme de programme de santé publique contractualisé entre les collectivités territoriales et l'État, dans la logique et sur le modèle des « Ateliers Santé Ville » développés dans le cadre de la politique de la ville. L'association propose sur son site Internet de nombreux documents sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS (RFVS) [www.villes-sante.com]

Créé en 1987, il est constitué en association loi 1901 en 1990. Il regroupe des villes et des intercommunalités qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de vie urbaine en s'appuyant sur les critères et orientations définis par la politique « Santé 2020 » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et les recommandations de l'Agenda 21 pour le développement durable. RFVS soutient la coopération entre ses membres : échanges d'expérience, production des guides méthodologiques, rencontres à l'échelle nationale et de ses cinq réseaux régionaux.

Il peut être téléchargé sur : [www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/index.asp]