

PROMOTION ET PRÉVENTION SANTÉ-SOCIALE : LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ, LEVIERS POUR UNE POLITIQUE PUBLIQUE RÉGIONALE



Étude présentée par Dominique Laperrière-Michaud au nom de la Commission « Santé - Social » assistée de Vincent Danis et Katrina Gaudichon, chargés d'études.

Adoptée par 77 voix pour, 2 abstentions, 0 contre en session plénière le 14 décembre 2020.

Cette étude du CESER des Pays de la Loire ne prétend pas à l'exhaustivité. Par l'exploration de certains des déterminants sociaux de santé, elle propose des croisements de regards et donne à voir l'étendue des champs de travail possibles pour la Région en matière de prévention en santé et en social. Sa forme offre des entrées thématiques et les renvois d'un cahier à l'autre permettent d'approcher la dimension systémique des questions santé-social.

Avant-propos	3
Parcours de vie d'un habitant Lambda	6
Territoires et prévention santé-sociale	11
Cahier La pauvreté et la précarité sociale, premières causes des inégalités de santé	17
Demander de l'aide : l'importance des acteurs de terrain	19
Un accès aux droits sociaux difficile	19
L'instabilité des ressources	21
D'autres facteurs de précarité sociale dégradent la santé	21
Quatre préconisations	25
Cahier Le logement, premier élément de santé et facteur d'intégration sociale	29
La difficulté d'accès à l'hébergement, frein à l'autonomie	30
Le logement comme élément de mixité sociale	31
La qualité du logement	32
Logement et environnement	34
Cinq préconisations	37
Cahier Le travail, l'emploi et la santé	40
Travail emploi santé	42
L'accès à l'emploi : une responsabilité partagée	45
L'inclusion des travailleurs en situation de handicap	48
La pénibilité du travail, première cause de dégradation de la santé des individus	49
Télétravail et impacts santé-social	50
Impact sur la santé des évolutions du travail salarié	52
Huit préconisations	55
Cahier L'éducation à la santé, devenir acteur de sa santé	60
Agir précocement	61
Education à la santé	64
Devenir acteur de sa santé	66
Communication et concertation	70
Cinq préconisations	74
Cahier L'organisation de la promotion santé-sociale	77
L'interaction territoire - promotion santé	79
La donnée environnement	80
Prévention, tous concernés	83
L'enjeu des coopérations collectivités/professionnels de santé	84
Quatre préconisations	89
Synthèse des préconisations du CESER	92
Remerciements	94

PROMOTION ET PRÉVENTION SANTÉ-SOCIALE : LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ, LEVIERS POUR UNE POLITIQUE PUBLIQUE RÉGIONALE

La pandémie Covid-19 est survenue alors que le CESER entrait dans la dernière partie de cette étude. Cette crise met en évidence la place centrale de la santé dans notre société. Son évolution imprévisible nous prive de visibilité dans le temps et brouille nos grilles de lecture, d'analyse. Il faudra du temps pour en tirer toutes les conséquences.

Cependant, cette crise sanitaire porte aussi des enseignements. Elle nous rappelle que la santé est aux fondements de nos sociétés et que l'état de santé d'une population est le résultat de dynamiques et de comportements tant collectifs qu'individuels, de circonstances déterminées par un contexte.

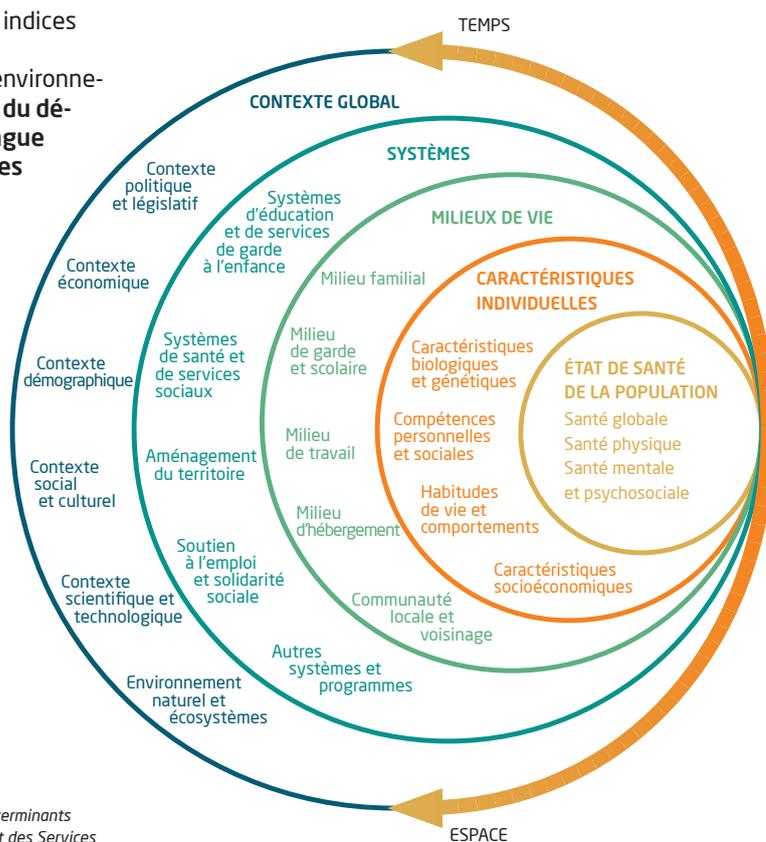
Pour le CESER, elle démontre l'intrication de la santé avec les vies sociales et économiques du pays. Ces trois questions ne sont plus dissociables et dans le cadre de ses politiques publiques, la Région a un rôle à jouer. Dans ses champs de compétences, elle développe déjà des plans et actions qui relèvent du domaine santé-social, directement ou dans un rôle d'ensemblier. L'étude propose d'explorer des leviers pour agir plus largement en prévention dans ce domaine santé-social, pour la qualité de vie des habitants et le développement des territoires.

LA SANTÉ UNE RESSOURCE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE...

La santé est aux fondements de nos vies. En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a posé une définition à la fois positive, globale et dynamique de la santé : « **un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** »¹.

Cette vie en bonne santé, pour un individu comme pour une population, renvoie à l'articulation de deux dimensions : ses caractéristiques individuelles, biologiques et génétiques (facteurs qui sont le plus souvent analysés et documentés) et son niveau de bien-être. Depuis 1990, pour cerner ce « bien-être » au-delà de la seule dimension économique, de multiples indices se sont succédés². Tous impliquent l'interaction de facteurs éducatifs, sociaux, économiques et environnementaux. Ils sont pris comme « **dimensions clés du développement humain [pour] vivre une vie longue et en bonne santé, acquérir des connaissances et jouir d'un niveau de vie décent.** »³

Le croisement de ces facteurs structurels avec les conditions de vie concrètes des individus et des populations conditionne leur état de santé et conduit l'OMS à parler de **déterminants sociaux de la santé** qui sont les « *circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes de soins qui leur sont offerts* »⁴. Ils sont structurés en trois champs qui s'influencent mutuellement : le contexte global, les systèmes et les milieux de vie. Ils sont représentés dans la carte ci-contre aux côtés des Caractéristiques individuelles et de l'état de Santé de la population, les lignes pointillées symbolisant la perméabilité entre les champs.



Carte de la santé et de ses déterminants
(2016, Ministère de la Santé et des Services
sociaux du Québec, Politique gouvernementale
de prévention en santé)

¹ Préambule de la Constitution de l'OMS entrée en vigueur en 1948, Site de l'OMS,

² L'indice de développement humain (IDH), l'indice de développement de genre (IDG) qui permet de comparer l'IDH des femmes et des hommes, l'IDH ajusté aux inégalités (IDHI) dont le calcul tient compte de l'étendue des inégalités et l'indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM) qui permet de mesurer différents aspects de la pauvreté à l'exclusion du revenu.

³ Source Nations Unies à définir

⁴ Rapport Comblent le fossé en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 28/08/2008,

...INÉGALEMENT PARTAGÉE

Par-là, la **santé devient donc un élément révélateur d'un état et d'une situation de l'individu mais aussi de la société** dans laquelle il évolue. Elle est révélatrice des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays, d'une région ou d'un territoire.

Partout dans le monde, **plus on est pauvre et moins on est en bonne santé**. Au sein d'un pays, les données montrent qu'en général plus la position socio-économique est favorable et meilleure est la santé de l'individu concerné. Ce gradient social de santé concerne toute l'échelle socio-économique, quintile après quintile de la population concernée ; il influe sur la santé. Quand bien même les inégalités de santé touchent plus particulièrement les plus précaires, **elles touchent donc tout un chacun et justifient des politiques de santé à visée universaliste** (Rapport Black, 1980). Les premières données sur les populations victimes de la Covid démontrent cette réalité.

Selon la commission dite des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, pour qu'il y ait équité en santé, « *il faut avant tout que les individus soient en mesure de contester et de combattre les injustices et les fortes disparités dans la répartition des ressources sociales auxquelles chacun a légitimement droit.* ». Il en est de même pour les inégalités entre les sexes. Le statut social des femmes a une influence sur la santé et la survie des enfants - garçons ou filles.

Malgré le progrès biomédical et technologique, malgré l'allongement de l'espérance de vie, **les inégalités sociales de santé (ISS) persistent, voire se sont aggravées** de façon relative à travers les groupes sociaux. En France, les agences régionales de santé intègrent la lutte contre les ISS à leurs politiques depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009, la loi de modernisation du système de santé de 2016 et la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et intègre la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. **En ce sens, ces politiques ciblent des catégories de populations en termes d'âges, de facteurs de risques, de ressources, de territoires...**

L'ENTRÉE PAR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ QUE PROPOSE CETTE ÉTUDE A DE MULTIPLES ATOUTS

En posant la question des inégalité sociales à travers les conditions de vie, l'entrée par les déterminants sociaux de santé (DSS) permet **d'agir sur la réduction des écarts de santé évitables**. Cela constitue une voie d'action pour réduire les Inégalité Sociales en Santé.

De plus :

- L'entrée de notre étude par les DSS permet une **approche humaniste en pensant l'individu dans sa globalité pour proposer des solutions systémiques**,
- Les DSS interagissent les uns avec les autres. Combinés, ils démultiplient les impacts sur la santé, ce qui permet de proposer des **démarches efficaces pour un maximum de personnes**,
- Par des actions agissant sur la vie quotidienne des individus, une approche, à partir des DSS, permet aussi une sensibilisation directe et concrète⁵ à des comportements favorables à la santé.

Au-delà des compétences qui sont les siennes dans le champ de la santé, la Région déploie différents plans (Plan Régional d'Accès à la Santé, Ambition alimentation-santé, Manger local, Plan Régional de prévention et d'éducation à la santé des jeunes, Plan Régional Santé Environnement (PRSE3) qui croisent les champs de compétences régionales et les problématiques de santé. Ces documents démontrent le rôle fondamental de la prise en compte des déterminants sociaux dans les politiques publiques de prévention et de promotion de la santé.

« La santé est devenue la priorité des Français »⁶ selon la Présidente du Conseil Régional. En Pays de la Loire, les indicateurs sanitaires sont plutôt bons. Mais ils présentent des inégalités territoriales notamment en ce qui concerne les taux de cancers, de diabète, de maladies cardio-vasculaires et de maladies mentales. Ces inégalités recoupent les territoires avec des fragilités socio-économiques et notamment ceux dans lesquels les taux de pauvreté, de chômage et de décrochage scolaire sont plus élevés que la moyenne régionale. Différents travaux du CESER ont pointé ces inégalités dans le domaine de la santé et du social. Elles pourraient être atténuées par la mise en place d'actions de prévention.

La crise sanitaire Covid-19 et le confinement ont amplifié les disparités des situations vécues, des iniquités et des inégalités, toutes catégories sociales confondues. Elle dégrade significativement les déterminants sociaux de santé et creuse aussi les écarts entre territoires. Si la santé est une ressource personnelle, elle a aussi une portée collective. En favorisant le développement et l'épanouissement de la personne, la santé permet celui de la société, de son fonctionnement, de ses potentiels.

⁵ À titre d'exemple : Le mouvement des Villes-Santé pour l'équité en santé a été créé par le bureau Européen de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) à Copenhague après le colloque et l'élaboration de la Charte d'Ottawa en 1986. Les communes d'Angers, la Roche-sur-Yon, Nantes et Bouguenais l'ont intégré et sont membres du réseau français

⁶ Christelle Morancès aux Rencontres régionales PromoSanté, Nantes, 5 décembre 2019

IL Y A DONC UN INTÉRÊT À AGIR PAR LA PRÉVENTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une définition en trois temps : **S'attaquer aux causes de la mauvaise santé avant que celles-ci ne créent des problèmes** ; intervenir avant qu'une situation ne se dégrade ; agir contre les récurrences ou les complications.

Les acteurs du travail social ne s'y sont pas trompés. Depuis les années 2000, ils ont extrapolé ce concept de triple prévention pour l'accompagnement des personnes en situation de grande fragilité. Il s'agit

- D' « aller vers » pour repérer, sécuriser les parcours et éviter les ruptures ;
- De maintenir les personnes dans leurs droits et leurs situations ;
- D'enclencher des processus d'insertion. En mobilisant les champs de l'éducation/formation - de l'emploi - et des droits, ils enclenchent un processus permettant aux citoyens d'agir sur d'autres leviers : logement, lien social, bien-être, environnement.

Dans les deux cas, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, dès les premiers temps, permet de définir des leviers puissants de prévention au service de la promotion santé-sociale.

Les dynamiques de prévention **contribuent au développement individuel des personnes et des collectifs, des territoires, de la société dans son ensemble**. Elles permettent le maintien de la population en santé et active.

Elles constituent également des sources inépuisables et créatives pour repenser, développer et renforcer les liens sociaux. Elles enclenchent des **dynamiques d'innovation** dans le domaine des politiques publiques. Elles sont aussi constitutives d'une source **d'emplois non-délocalisables**. Comme le démontrent les études, elles sont un choix utile et efficient, nettement plus économique que les logiques curatives.

Pour toutes ces raisons, les logiques de prévention santé-sociale représentent, non pas une dépense, mais un **investissement** « rentable » et bénéfiques aux générations actuelles et futures.

Dans cette étude, il s'agit pour le CESER de montrer que la Région a des moyens d'agir en prévention dans des champs de responsabilités directes (ex. lycées...) et indirectes, mais aussi qu'elle peut inciter ses partenaires à s'y engager également.

À travers des préconisations, le CESER vise la mise en place d'actions pour améliorer l'état de santé de la population en intervenant de manière volontariste en sanitaire comme en social. Par le biais des politiques publiques qu'elle met en oeuvre, la Région peut et devrait y contribuer.

BIBLIOGRAPHIE

Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (1948), site de l'OMS

Géococonfluences, École Normale Supérieure de Lyon

Rapport Comblant le fossé en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 28/08/2008,

Le réseau français des Villes-Santé de l'OMS

PARCOURS DE VIE D'UN HABITANT « LAMBDA »

L'INDIVIDU ET LE COLLECTIF

Je suis Lambda

J'habite les Pays de la Loire. Parce que j'y suis né(e) ou parce que mes parents ont choisi d'y habiter. Parce que j'y poursuis mes études ou ma formation professionnelle. Parce que j'y travaille. Parce que je souhaite y vivre ma retraite.

Je suis UN-UNE. J'ai tous les âges : enfant, jeune, adulte, senior. J'ai tous les statuts : élève, étudiante, parent, professionnelle indépendante, salarié, chômeur, migrant, retraitée. Je suis pluriel, complexe. Mais **je suis souvent perçu par mes interlocuteurs de façon fragmentée (genre, statut, âge).**

Je commence ma vie avec un capital santé, issu de mes caractéristiques individuelles biologiques et génétiques. Il dépend pour partie de l'état de santé de mes parents, de leurs habitudes de vie, de leur condition socio-économique et de la société dans laquelle ils évoluent.

Puis, consciemment ou non, ma situation sociale, mes propres actions, mes comportements et mon mode de vie vont faire évoluer ma santé favorablement ou défavorablement. Tout au long de ma vie, l'un de mes buts sera de préserver ma santé.



Des politiques publiques de santé

Les politiques publiques incitent à la mise en oeuvre d'actions d'éducation à la santé individuelle et communautaire et à la réorientation des services de santé eux aussi vers une approche multisectorielle attentive aux besoins des patients.

Suivi prénatal, information parents sur les conduites favorables, les politiques de santé publique m'accompagnent avant même ma naissance. Dans ma petite enfance, les campagnes de vaccination, les conseils d'hygiène ou d'alimentation de l'Assurance Maladie et des services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) soutiennent ma santé, mon bien-être. Ces mêmes services contrôlent et valident la qualité des modes d'accueil individuel ou collectif. Jusqu'à mes 16 ans, vingt examens de santé me sont destinés, pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, sans avance de frais pour mes parents. À l'école, au collège et au lycée, le Parcours éducatif santé me prépare à prendre soin de moi-même et des autres. > *Renvoi vers le cahier Éducation*

Cette « veille santé » m'accompagne tout au long de ma vie. Des propositions de dépistages gratuits me sont adressées directement à mon domicile : « M'T dents » jusqu'à 24 ans puis, entre 50 et 74 ans, ceux du cancer colorectal et du cancer du sein. Ainsi, en complément des diverses formes de contraception, la "pilule du lendemain" est désormais délivrée de façon anonyme et gratuite aux jeunes filles mineures. Au travail, les services de santé au travail (SST) doivent être présents en proximité pour le suivi de ma santé dans le cadre mon activité professionnelle.

Parallèlement, des campagnes grand public déployées dans les médias sont destinées à me sensibiliser aux gestes favorables à ma santé : « La meilleure protection, c'est la vaccination » en 2019, plus récemment le poster « les gestes barrières anti Covid-19 ». Elles relaient aussi des messages de promotion de la santé : « Zéro alcool pendant la grossesse », « Manger 5 fruits et légumes par jour », « Manger, bouger ».

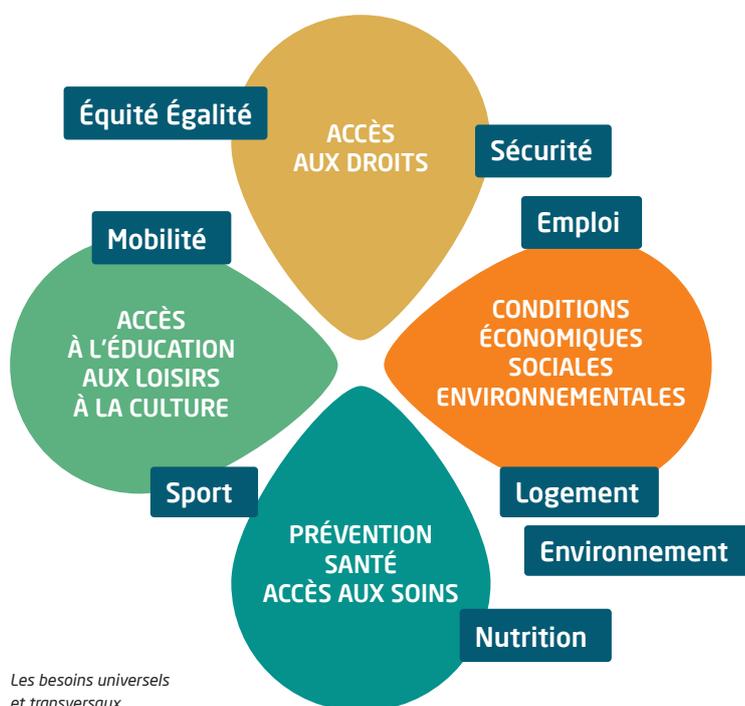
Pour que toutes ces actions à visée universaliste atteignent leur but de prévention, elles doivent me parvenir, me convaincre et me mobiliser en tant qu'individu. C'est-à-dire toucher mon discernement, mobiliser mes compétences personnelles et sociales pour m'inciter à devenir acteur de ma santé, à limiter les facteurs de risques qui me concernent, et m'inciter à être un relais du message.

Pour être en bonne santé, c'est-à-dire « dans un état de complet bien-être physique, mental et social », je dois aussi être en capacité de pourvoir à mes besoins. Certains de ces besoins sont communs à tous les âges de ma vie indépendamment de ma situation sociale : ce sont des **besoins universels et transversaux**.

D'autres besoins sont liés à des étapes de mon parcours de vie. Ils sont limités dans le temps et inhérents à un âge, une situation, des projets ou des aspirations. Ils touchent à ma construction personnelle, mes ressources financières ou sociales, mon statut. Collégien, je cherche une orientation scolaire ; jeune adulte, un premier logement ; cinquantenaire, un nouvel emploi...

Des politiques publiques sociales

Elles sont autant de leviers conçus pour m'accompagner dans ma vie quotidienne, me soutenir pour faire valoir mes droits à la Sécurité Sociale, à l'éducation, aux soins, ... Elles sont mises en oeuvre directement par l'État, les collectivités territoriales et les organismes sociaux.



Les besoins universels
et transversaux

lutions très calibrées où chaque type de difficulté entre dans un cadre très précis.

Ces politiques travaillent sur les interactions et interdépendances entre le corps social et moi avec comme but commun de garantir le contrat social. Dans un monde en évolution, plus encore à l'heure de la pandémie Covid-19, elles s'avèrent indispensables pour assurer l'accès aux droits de toutes et tous et pour maintenir la cohésion sociale.

DE CE QUE NOUS DIT LAMBDA...

Inégalités sociales de santé et fragilité des équilibres de vie

À l'intérieur d'un même pays, les citoyens n'ont pas les mêmes atouts pour conduire une vie en bonne santé. Les inégalités sanitaires reflètent les conditions socio-économiques et d'éducation dans lesquelles se trouvent les individus. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) note qu'en Europe, la prévalence des incapacités durables chez les hommes âgés de 80 ans et plus est de 58,8 % parmi les moins instruits contre 40,2 % parmi les plus instruits. Au sein d'une même ville, « à Glasgow, l'espérance de vie à la naissance pour les hommes est de 54 ans à Calton et de 82 ans à Lenzie, soit une différence de 28 ans entre deux quartiers distants de quelques kilomètres à peine », mais avec un fort écart en termes de catégories socio-professionnelles.

L'amélioration des conditions de vie quotidiennes et la lutte contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources étaient les deux leviers identifiés par l'OMS pour « Comblé le fossé en une génération »¹ L'éducation est le facteur clé de la lutte contre les inégalités.

La politique familiale de la France a permis le déploiement de nombreux modes d'accueil, notamment par les « Plans Crèche » et le renforcement de la professionnalisation des assistantes et assistants maternels. De même, le développement de longue date des écoles maternelles et la possibilité de scolarisation à partir de 2 ans, peuvent favoriser la socialisation de l'enfant et ses premiers apprentissages. Il est fondamental d'investir dans les premières années de l'existence. Le rapport Les 1000 premiers jours de l'enfant (publié en septembre 2020, combiné au dispositif Premiers Pas) propose des pistes de réflexion dans ce sens. Il faut ensuite favoriser l'accès à l'enseignement primaire et secondaire, en développant le niveau d'instruction et les compétences psycho-sociales des individus.
> Renvoi vers le cahier Éducation

Dès l'enfance et tout au long d'une vie, les facteurs de rupture sont nombreux. Ils mettent en péril l'équilibre personnel, familial et financier. Chaque année, une maladie, une perte d'emploi, une séparation fragilisent des individus et des ménages et peuvent faire basculer dans la précarité ou la pauvreté ceux qui tenaient « sur un fil ».
> Renvoi vers le cahier Pauvreté et précarité sociale

De nouveaux publics se tournent vers les services Informations Soutien au Budget Familial des UDAF²: des jeunes en accession à l'autonomie, des familles en accession à la propriété, des femmes au RSA en attente de la liquidation de leur retraite, des travailleuses pauvres (aides ménagères ou aides à domicile). Il s'agit de les remettre en confiance et de les aider à agir : en analysant avec eux leur budget, en relevant les non-recours aux droits, en levant les difficultés à remplir les « formulaires chausse trappe ».

Elles sont de plus en plus développées sous forme de « Parcours » : Parcours d'orientation à l'Éducation Nationale, Parcours d'emploi à Pôle emploi, Parcours parents à la Caisse d'Allocation Familiale, Parcours de soins coordonnés pour l'ARS. Ces parcours envisagent les moments de rupture ou de tournant à différents stades de ma vie. Ils sont construits dans des logiques de prévention, d'accompagnement ou de remédiation et pour des « publics cibles ». Ils prennent aussi en compte l'espace dans lequel je vis, ciblant certaines actions sur des territoires fragilisés économiquement ou socialement : zones de revitalisation rurales (ZRR) ou quartier prioritaire de la ville (QPV).

La mise en oeuvre de ces Parcours se déploie sous forme de dispositifs indépendants les uns des autres qui peuvent s'articuler, se compléter ou non (l'attribution d'une pension alimentaire même minime peut exclure une personne de l'allocation RSA). Cela les conduit à proposer des so-

¹ Rapport Comblé le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, 28/08/2008

² Marie-Claude Tessier, Responsable du service LIEN, Union Départementale des Associations Familiales de Loire Atlantique, audition du 27/11/2019

Depuis 2018, le Ministère des Solidarités et de la Santé a déployé 250 Points Conseils Budgets dans les départements (11 en Pays de la Loire) avec un objectif de 400 en 2022. Développant ces mêmes compétences, ils sont souvent animés par les acteurs déjà existants sur le terrain : associations ou Centres communaux d'action sociale (CCAS). Par ailleurs, les Caisses d'Allocations Familiales via leurs travailleurs sociaux, développent des missions d'accompagnement budgétaire auprès de leurs allocataires.

La multisectorialité des facteurs de risques

Marie-Claude Tessier, comme d'autres travailleurs sociaux, pointe l'impact de la réaction en chaîne des événements sur la santé. Un élément déclencheur fait basculer dans la précarité financière, parfois affective, sociale ou psychique. Le très fort stress généré peut entraîner quant à lui un risque d'addiction non négligeable aux produits permettant de l'atténuer.

De même, le sociologue Jean-Pierre Poulain rappelle le processus du développement de l'obésité observé au Royaume Uni³. Le phénomène a démarré au bas de l'échelle sociale alors qu'on assistait simultanément à une dégradation du contexte du travail et à une dérégulation de la protection sociale. Des gens qui habitaient de plus en plus loin de leur lieu de travail devaient parfois cumuler deux emplois peu payés et, entre autres facteurs, n'avaient plus le temps de cuisiner. Remédier aux causes lui semblerait plus pertinent que le Plan de lutte contre l'obésité proposé par Boris Johnson.

Autant d'éléments socio-économiques qui ne sont pas déterminés par la volonté des acteurs mais qui impactent leur santé. Des démarches politiques publiques systémiques engageant plusieurs déterminants sociaux peuvent éviter la dégradation de la santé : développer des politiques globales et universelles de protection sociale, favoriser le recours aux droits, construire des logements accessibles près des bassins d'emploi, promouvoir des politiques d'alimentation saine et favorables à l'environnement. En mobilisant plusieurs leviers, on démultiplie leurs effets.

Des dispositifs complexes, spécifiques, en silos et une multiplicité d'acteurs

Les politiques publiques santé-sociales répondent à des situations de risques repérés, répétés et répertoriés par critères : âge, revenus, parents, sans emploi, logement, genre... Elles doivent articuler les difficultés et les besoins de l'individu avec ceux du collectif de personnes vivant une situation similaire à la sienne. Elles s'efforcent ainsi de construire une réponse efficace pour tous dont la géométrie soit adaptable à chacun. Ainsi être « jeune+femme+mère+isolée » donne accès au RSA, à un suivi de santé, à un hébergement qui vont réellement soutenir la mère et l'enfant. Mais si le critère « mère » est absent ou si le genre est masculin, alors aucune aide sociale n'est prévue pour cette personne.

Le risque est grand de réduire Lambda à une seule composante de son identité et de nier sa complexité : « Je ne suis pas à tiroir, je suis un être humain que je voudrais être à part entière »⁴. Deux pistes sont possibles.

Il s'agit d'une part de considérer Lambda dans sa dimension d'individu et de lui proposer une réponse globale et « rayonnante » sur les causes, les effets directs et les effets induits. Cela suppose d'utiliser la difficulté qui le pousse à demander de l'aide comme une « porte d'entrée » pour faire avec lui le tour de sa situation et pouvoir définir une solution la plus complète possible. Plusieurs structures auditionnées travaillent ainsi : le Secours Populaire avec une entrée alimentaire, le Centre d'Information du Droit des Femmes et des Familles (CIDFF) avec une entrée juridique ou l'Union Régionale des Missions Locales (URML) avec l'entrée travail. Ceci demande un accompagnement humain professionnel, du temps pour construire une relation de confiance et un personnel bien formé.

D'autre part, il est nécessaire d'articuler entre eux les dispositifs portés par différents acteurs institutionnels et qui répondent concrètement aux situations sociales problématiques. Cela implique donc d'être parfaitement inscrit dans un réseau partenarial pour traiter l'ensemble des questions liées aux situations de ces personnes. La proximité est souvent gage d'efficacité dans le repérage et le soutien et les CCAS sont des vigies indispensables.

La multiplicité des « Parcours » et des interlocuteurs sur des champs se recoupant rend complexe l'accès aux droits. Il peut en découler des défauts d'information qui entraînent le non-recours à une aide sociale et/ou financière. Trois causes principales sont répertoriées : la non-connaissance par le professionnel d'une institution d'un dispositif complémentaire, sa non-proposition ou sa méconnaissance par l'ayant-droit.

Peuvent aussi se greffer l'incapacité à faire la démarche administrative ou la complexité de celle-ci qui, la transformant en un « parcours du combattant », épuise l'ayant-droit et l'incite à ne pas la réitérer, voire à ne pas en demander d'autres et génère ainsi chez lui une forme d'auto-censure.

Enfin, la dématérialisation des procédures qui implique notamment l'auto-déclaration, l'auto-production des demandes en distanciel, pose de multiples questions. Elle suppose la capacité à « faire seul » l'entièreté de la démarche. C'est-à-dire, au-delà du formulaire à remplir, d'avoir accès et de maîtriser l'outil informatique et le langage administratif. Enfin, elle induit une évolution du lien social ainsi qu'un risque de « relégation » des plus vulnérables et de ceux que le Défenseur des Droits nomme « les invisibles » face à l'usage du numérique.

³ Jean-Pierre Poulain, Professeur titulaire d'une chaire sur l'alimentation, la culture et la santé, Universités de Toulouse 2 et Kuala Lumpur, Les Matins, France Culture, été 2020

⁴ Gislène Halimi, interview télévisée - Aujourd'hui Madame - 08/01/1974 - Archives INA

Dispositifs en silos, multiplicité des acteurs, complexité des démarches, ce constat de non-recours est particulièrement prégnant s'agissant du RSA et marque les limites des dispositifs. « Les chiffres sont approximatifs et donc contestables. On l'évalue à environ 30%, sans doute un peu moins aujourd'hui. Par ailleurs, il manque d'agilité, exclut les 18-25 ans »⁵, et induit une certaine complexification du fait d'un recalcul trimestriel.

ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

Les comportements à risques persistent

Les grandes tendances nationales repérées dans le rapport *L'état de santé de la population en France*⁶ se vérifient en Pays de la Loire. La réduction du tabagisme reste insuffisante, le taux de fumeurs quotidiens reste trop important et la consommation de tabac des femmes et des hommes s'est rapprochée. La consommation d'alcool diminue de manière régulière depuis plusieurs décennies mais la France demeure dans le groupe des pays les plus consommateurs.

À noter sur ces deux points une évolution à la hausse plus marquée chez les jeunes âgés de 18 à 25 ans : depuis 2009, pour l'usage régulier d'alcool ainsi que les alcoolisations ponctuelles importantes (API), avec des données déclaratives très inférieures à celles issues des achats d'alcool. De même, depuis 2008, leur consommation quotidienne de tabac augmente. En 2014, un tiers des jeunes de 17 ans fume tous les jours.

Même si l'augmentation du surpoids et de l'obésité se ralentit, la moitié des adultes reste aujourd'hui en surpoids et, parmi eux, un sur six souffre d'obésité. Seulement 40 % de la population a une consommation en fruits et légumes conforme aux recommandations. À mettre en lien, pour une partie de nos concitoyens, avec le coût des produits et avec une méconnaissance de la façon de les cuisiner.

Il convient donc de s'interroger sur la qualité des messages, relais et supports utilisés pour bien informer et sensibiliser.

Par ailleurs, on observe une dégradation de la santé mentale. « L'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XX^e siècle relèvent des troubles mentaux : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs ». Ces maladies sont responsables de la plus grande partie de la mortalité par suicide, d'incapacités et de handicaps lourds. Les jeunes sont particulièrement touchés puisque les adolescentes de 15 à 19 ans représentent le groupe le plus concerné par les tentatives de suicide.

En Pays de la Loire, dans certains territoires, le taux de suicide élevé touche les adultes (en Sarthe et particulièrement dans la tranche d'âge 40-45 ans : des personnes du monde agricole ou subissant une perte d'emploi).

Par ailleurs, les impacts à venir de la pandémie Covid-19 sur la population sont encore mal mesurés, même si certaines conséquences sont déjà connues : montée des violences au sein du couple et intra-familiales (+ 36 % de plaintes auprès des forces de police et de gendarmerie, en France et en Pays de la Loire), hausse du taux de pauvreté et de chômage...). La crise sanitaire crée une période anxiogène à plus d'un titre : de grosses incertitudes individuelles (travail, ressources, santé), des freins forts à la vie sociale (confinement, gestes barrières, regroupement limité,...), des freins aussi à l'accès aux soins notamment psychiatriques, une difficulté à se projeter. S'ajoute pour les jeunes de 15-25 ans une perte de repères, une perte de sens, des incertitudes sur les perspectives d'avenir, accentuées par la pandémie. Il faudra réassurer les jeunes sur leurs capacités face à la situation économique et aux incertitudes globales. Quant aux personnes vulnérables, âgées ou en situation de handicap, l'isolement issu du confinement risque d'avoir des conséquences dramatiques.

Les instances de démocratie en santé

« Pour qu'il y ait équité en santé, il faut avant tout que les individus soient en mesure de contester et de combattre les injustices et les fortes disparités dans la répartition des ressources sociales auxquelles chacun a légitimement droit. Les inégalités de pouvoir se manifestent dans quatre grands domaines - politique, économique, social et culturel - qui forment un ensemble dans lequel les individus sont, à des degrés divers, admis ou non », nous dit l'Organisation Mondiale de la Santé⁷.

Créées en 2009 par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (dite HPST), les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) regroupent la société civile organisée, les usagers, les partenaires sociaux, les offreurs/les prestataires de services, les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et de la protection sociale, des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, mais aussi des élus représentant les collectivités territoriales (dont la Région), hélas insuffisamment présents.

Les CRSA, déléguées auprès des ARS, permettent l'expression des représentants des usagers du système de santé et émettent des avis rendus publics sur les conditions d'exercice des droits des personnes malades et des usagers, la qualité de prise en charge et l'égalité d'accès aux services de santé, et bien sûr sur le Projet Régional de Santé (PRS). L'une de leur quatre commissions spécialisées est dédiée au champ de la prévention. Elles traitent également

⁵ Timothée Duverger, professeur à l'IEP de Bordeaux - Visioconférence 22/01/2020

⁶ Rapport DREES Santé Publique France 2017

⁷ Principaux concepts, Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

de sujets territoriaux tels que les compétences psychosociales et la prévention du suicide (CRSA Pays de la Loire). Aux côtés des CRSA, sont constitués à l'échelle départementale sur un modèle proche mais simplifié des Conseils territoriaux de santé (CTS).

Pouvoir d'agir individuel et collectif

Être acteur de sa santé suppose qu'à chaque âge de sa vie, tout individu puisse disposer de moyens pour agir en faveur de son bien-être, d'être en capacité d'entendre et de comprendre les informations qui lui seront transmises sur sa santé. C'est une condition nécessaire pour impliquer les personnes dans des choix de comportements et de modes de vie favorables à leur santé, et pour impliquer le patient dans sa prise en charge. Ce sont des enjeux forts pour la Haute Autorité de Santé, notamment dans le traitement des maladies chroniques. Il convient donc de développer les moyens d'accompagnement du patient pour lui permettre de développer ses capacités, ses compétences personnelles.

Être acteur de sa santé suppose aussi de se sentir reconnu et légitime pour agir. Les acteurs institutionnels de la prévention santé-sociale travaillent dans ce sens. « Faire une place », reconnaître les « savoirs chauds », la compétence qu'une personne développe à partir de son vécu demandent un changement de paradigme et une réelle volonté pour mobiliser une participation qui ne se décrète pas. C'est cet enjeu que souhaite relever Madame Postic⁸ « de travailler avec les personnes concernées » dans le déploiement et la mise en oeuvre de la Stratégie de prévention et de lutte contre la Pauvreté. On voit aussi ces démarches à l'oeuvre dans certaines collectivités territoriales qui développent des projets locaux en incluant les habitants volontaires dans des démarches participatives⁹.

Construire les actions avec les parties prenantes permet l'approfondissement de la concertation, la prise en compte des différentes expressions. Cela permet aussi de prendre en compte un maximum de clés de compréhension des habitants, des usagers et ainsi de concevoir des solutions plus pertinentes et plus efficaces. Cela contribue également à leur donner du sens, d'agir ainsi en faveur de l'inclusion sociale de chacun et l'insertion sociale de toutes et tous. > *Renvoi vers le cahier Organisation de la promotion santé-sociale*

Un enjeu double et réciproque

La Charte d'Ottawa¹⁰ pose des principes dans ce sens. S'il convient de promouvoir l'idée de la bonne santé comme ressource, il faut que les individus soient en mesure de s'emparer des préconisations pour être en bonne santé.

Elle pose l'interaction des individus avec leur milieu dans une approche socio-écologique et par exemple encourage notamment la lutte contre les produits toxiques et la création d'environnements favorables. Ce faisant, elle interroge directement les déterminants sociaux de la santé et les pose comme premiers leviers des actions de la prévention.

Lambda ne vit pas hors-sol. Il-Elle est inscrit dans un espace caractérisé : quartier, bourg rural, commune périurbaine, voire un bidonville, même sans abri¹¹... dans lequel les opportunités sociales sont fluctuantes, diverses. Le déploiement des politiques de prévention santé-social impliquera de réfléchir à une dimension d'équité entre les personnes et entre les territoires. > *Renvoi vers le cahier Organisation de la promotion santé-sociale*

BIBLIOGRAPHIE

Rapport Combler le fossé en une génération Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 28/08/2008

Jean-Pierre Poulain, *professeur titulaire d'une chaire sur l'alimentation, la culture et la santé, universités de Toulouse 2 et Kuala Lumpur, Les Matins, France Culture, été 2020.*

Gisèle Halimi, *interview télévisée, Aujourd'hui Madame, 08/01/1974, Archives Ina*

Principaux concepts, Commission des déterminants sociaux de la santé, site de l'OMS.

Charte d'Ottawa, issue de la première conférence internationale pour la promotion de la Santé, OMS, 1986

⁸ Anne Postic, *Commissaire pour la Stratégie de Prévention et de lutte contre la Pauvreté en Pays de la Loire, le 27/03/2020, entretien téléphonique.*

⁹ *Audition de la Communauté de Commune Erdre et Gesvres, le 12/02/2020.*

¹⁰ *Charte issue de la première conférence internationale pour la promotion de la Santé en 1986 - OMS - 1986 - Annexe 2*

¹¹ Jean-Louis Grenier, *délégué régional de Médecins du Monde Pays de la Loire dans son audition du 27/11/2019 dénombre une quarantaine de bidonvilles dans la ville de Nantes.*

TERRITOIRES ET PRÉVENTION SANTÉ-SOCIALE

En Pays de la Loire, l'équilibre global des territoires est maintenu avec une diversité à différents niveaux¹. Géographique (rural, périurbain, urbain), suivant la densité de population et des données environnementales. Démographique, le littoral voit s'accroître la place des seniors dans sa démographie. Économique, suivant que la dynamique de l'emploi est active ou en repli, selon les types d'entreprises implantées.

Des franges de la région concentrent actuellement les territoires fragiles ou exposés. Les pôles urbains concentrent le tiers des ligériens et la moitié des emplois. Cependant, la crise Covid-19 montre que cet état des lieux pourrait évoluer si les dynamiques de télétravail, les envies de déménagement enclenchées, sont peut-être amenées à perdurer.

DES BASSINS DE VIE CONTRASTÉS

Des réponses de prévention santé sociale adaptées pour être pertinentes

Les particularités territoriales impactent le milieu de vie de l'habitant Lambda : son environnement social et familial, son logement, son accès au travail, à la mobilité, aux loisirs, aux soins. Les collectivités déploient des politiques différenciées pour répondre aux besoins des citoyens en matière d'organisation des bassins de vie et d'emploi comme de prévention santé sociale.

Pour conduire leurs actions et améliorer la qualité de vie, elles s'appuient sur les acteurs qui animent ces territoires : habitants, associations, mairies, EPCI, départements, acteurs éducatifs, culturels et sportifs pour les dynamiques de cohésion sociale qu'ils contribuent à développer ; acteurs économiques : commerces, entreprises, professionnels de santé pour les services et emplois qu'ils génèrent.

À noter que sur des territoires très différents, les habitants peuvent se trouver confrontés aux mêmes difficultés, telles que l'absence de médecin, l'enclavement géographique (vérifiable pour les jeunes vivant dans les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) ou la zone blanche numérique (trop bas débit en bout de ligne en ville en l'absence de fibre optique). De plus, l'échelle physique d'un quartier urbain ou d'un bourg rural est similaire. Des solidarités de même type peuvent s'y créer. On veillera donc à ne jamais opposer systématiquement urbain et rural car des réponses de même type peuvent y être efficaces.

L'EPCI : complexité de fonctionnement du bassin de vie

La loi NOTRe a **reconfiguré une partie des EPCI**. Les fusions ont parfois modifié significativement la surface, éloignant le citoyen des élus et du centre de décision. Élus et techniciens doivent harmoniser leurs méthodes et apprendre à travailler ensemble. De plus, selon que **le fait intercommunal est voulu ou subi** par les communes, des dynamiques de travail internes se sont enclenchées avec plus ou moins de facilité. Des compétences facultatives ont été déléguées ou pas. Tout ceci ne produisant pas les mêmes effets au bénéfice de leurs habitants.

De multiples plans et schémas sont portés par les communes, EPCI, départements ou la Région et permettent d'agir directement ou indirectement sur les déterminants sociaux de santé. Ils découlent d'obligations légales. Par exemple, le cadre de la loi SRU² génère le plan local d'urbanisme (PLU) ou le plan intercommunal (PLUI), le Schéma de Cohésion Territoriale (SCOT). À l'instar d'autres plans, (Plan Climat-Air-Energie Territoire (PCAET), Plan de Déplacement Urbain (PDU)), ces plans doivent prendre en compte dans leur élaboration les orientations du SRADDET.

Par ailleurs, des programmes sont proposés aux collectivités territoriales, notamment par l'État pour inciter les politiques locales à développer des actions : par exemple le Programme de revitalisation des centres-bourgs, Action cœur de ville. Des contractualisations sont proposées par la Région comme le Contrat Territoire-Région (CTR), ou par les départements : la Sarthe soutient ainsi les projets de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Des associations d'acteurs proposent aussi aux collectivités territoriales de s'inscrire dans leurs projets comme l'Opération 1000 cafés, Territoires Zéro Chômeurs de Longue Durée, etc.

Obligations légales ou choix politiques locaux, tous ces dispositifs s'adressent aux intercommunalités selon des critères ciblés et peuvent être signés individuellement par une ou plusieurs communes de l'EPCI. Ils ont toute leur pertinence lorsqu'ils s'articulent avec la politique globale de l'intercommunalité. À Saumur Val de Loire, les élus et techniciens auditionnés pointent leur intérêt quand ils sont validés par l'EPCI. Dans le cas contraire, gérés par la seule commune, ils risquent de brouiller les lignes de la politique intercommunale, a fortiori quand le périmètre intercommunal a été modifié en 2016.

¹ Rapport CESER Pays de Loire, Politique contractuelle de la Région Pays de la Loire - Bilan des Contrats Territoires-Région (CTR) 2016-2020, octobre 2020

² Loi du 13 décembre 2000 relative à la Solidarité et au Renouvellement Urbain, appelée Loi SRU

La capacité de l'EPCI à connaître, lire et s'emparer de tous ces dispositifs, obligations comme propositions, au profit du bien-être des habitants contribue à la construction de la dynamique des actions de prévention santé sociale sur le territoire.

Dès 2017 dans son rapport « L'Équilibre des territoires en Pays de la Loire », le CESER pose les EPCI comme « levier essentiel pour le développement du territoire ».

Il les voit comme **un niveau de proximité** car son échelle est proche de celle du bassin de vie, d'emploi et parfois de mobilité. La vie des habitants, leurs activités ne peuvent plus se limiter aujourd'hui à leur commune mais bien *a minima* à l'intercommunalité.

Il les voit également comme **un niveau de contractualisation** de la Région avec le territoire via le Pacte régional pour la ruralité, les Contrats de développement métropolitains ou les Contrats Territoires-Région 2020. C'est aussi prioritairement à cet échelon que d'autres partenariats se construisent pour contribuer au développement du bien-être et du bien-vivre des habitants. Ainsi, les EPCI ont toutes possibilités de contractualiser avec l'Agence régionale de santé (ARS) via le Contrat Local de Santé (CLS), avec les CAF via les Conventions Territoriales Globales (CTG), avec certains départements pour des MSP ou centres de santé, avec les associations locales via des appels à projet et de plus en plus rarement des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), des entreprises du secteur privé via des Délégations Service Public (DSP)...

Enfin, il y repère **un ensemble large de compétences**. Même si elles varient suivant la taille de l'EPCI, elles embrassent largement la dimension santé-sociale.

L'EPCI peut donc être envisagé comme un territoire d'observation et comme un échelon d'intervention pour l'élaboration et la mise en application d'un plan de prévention santé sociale.

« FAIRE SOCIÉTÉ » ET DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ

« Faire société » sur un territoire renvoie à poser un regard sur les politiques publiques en matière de logement, d'alimentation, de service, de mobilité, de santé, de social, d'environnement, de culture³... Et sur l'impact de la réponse apportée aux besoins de la population en matière d'offre et d'accessibilité à celles-ci. C'est repérer aussi ce qui freine l'intégration sociale et l'accès à la santé.

Le logement : des zones en tension

Le logement est un besoin fondamental en termes de mise à l'abri, de sécurité et de stabilité de la personne. **Cette étude a choisi de mettre un focus sur le logement social et le logement des jeunes.**

L'offre de logement social est disparate sur le territoire régional avec des zones tendues en ville mais aussi en zones rurales et sur le littoral où les jeunes actifs ont du mal à se loger. L'accès au logement est difficile pour les personnes en situation de précarité et/ou de faible revenu, dont les jeunes. Sa rareté conduit encore trop de ménages à faibles revenus à chercher un logement éloigné de leur lieu de travail ou à résider dans des logements indignes : trop petits, faiblement ou mal chauffés, mal éclairés, avec des conséquences importantes sur leur santé.

Brigitte Hybert, présidente de Sud Vendée Littoral, pointe le manque de logement social comme un des freins à l'employabilité des personnes mais aussi à l'implantation d'entreprises sur son territoire. Plus globalement, Élise Minard, directrice des ressources humaines de l'entreprise ATLANTIC basée à La Roche-sur-Yon, remarque que le manque de logements conduit des personnes recrutées à refuser le poste. > *Renvoi vers le cahier Logement*

L'alimentation : un inégal accès à la qualité

L'alimentation est un déterminant majeur de la santé. Le Conseil National de l'Alimentation note dans l'Avis 81 - Une alimentation favorable à la santé « dont la Direction générale du Trésor a évalué le coût social de l'obésité et du surpoids (dépenses de santé, absentéisme, etc.) à 20,4 milliards d'euros en 2012 ou 56 millions d'euros/jour, soit un montant comparable à celui du tabac et de l'alcool ». Les Pays de la Loire sont bien placés en production bio (10.6% des exploitations sont en production bio ou en conversion), cependant ces produits restent complexes en termes d'accès, d'éducation et de coût. Ainsi, les épiceries solidaires du Secours Populaire remarquent que les dons à l'association sont de type junk-food et que, même en fournissant des légumes à des prix accessibles, les ménages ne s'en saisissent pas car ils se heurtent à la capacité de pouvoir et savoir les cuisiner.

Une offre de soins conduite à se diversifier

Face aux besoins de santé croissants de la population, on observe une offre médicale insuffisante pouvant sur certains territoires urbains comme ruraux prendre la forme de « déserts médicaux », un phénomène national dont les principales causes identifiées sont la démographie médicale (nombre de médecins qui vont ou auraient déjà dû partir en retraite), la faible attractivité de certains territoires d'exercice et l'évolution des conditions de pratique souhaitée par les jeunes professionnels, un prix du foncier dissuasif de l'implantation dans certains territoires.

³ Rapport CESER Pays de la Loire, La culture pour faire société, Mars 2017

L'offre de santé dans la région est inégalement répartie avec de grandes disparités. Pour y pallier, la Région a développé un Projet Régional d'Accès à la Santé articulé en 15 mesures. Elle soutient notamment le développement de différentes formes d'organisation et de pratique, principalement par des investissements fonciers dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, les Centres de Santé, les projets de télémédecine... De son côté, avec la mise en oeuvre des Contrat Locaux de Santé (CLS), l'ARS soutient les projets des EPCI pour les articuler avec le Projet Régional de Santé (PRS) dont les objectifs sont : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et mettre en oeuvre des solutions pour une offre de santé de proximité. Un CLS comprend quatre axes d'action : la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Ce qui en fait un outil de développement intéressant.

L'audition des acteurs de Saumur Val de Loire montre cependant la difficulté d'articuler le CLS signé avec les projets de santé territoriaux des MSP et du Centre de Santé expérimental de Saumur qui ne dépendent eux que des politiques communales. Des actions se déploient donc au service des habitants mais sans dynamiques d'aménagement du territoire. Avec une charge administrative lourde pour les professionnels de santé. La dimension prévention et promotion de la santé, peu ou non financée, y est sous exploitée.

> *Renvoi vers le cahier Organisation de la promotion santé-sociale*

Les services de proximité aux habitants

On trouve au premier rang des services aux habitants, les services communaux, les services publics tels que les bureaux de poste. Les lieux d'éducation (écoles, collèges, lycées), de culture (bibliothèques, cinémas, salles associatives, sites patrimoniaux), de sport (stades, salles), les espaces associatifs fondamentaux pour tisser du lien et développer la cohésion sociale. Mais aussi les lieux ressources permettant l'accès aux droits, à la Sécurité Sociale, les CCAS (centres communaux d'action sociale), les CLIC (centres locaux d'information et de coordination pour les personnes âgées), les Missions locales...

Dans les territoires ruraux et périurbains, nombre de ces lieux ont été fermés à l'échelle communale pour être souvent regroupés au niveau de l'intercommunalité : dans les Maisons France Services pour les services publics ; Dans des structures intercommunales : écoles ou associations de musique, de danse, Centres sociaux...

Pour d'autres services publics (CAF, MSA, ou CPAM), compte tenu de la dématérialisation des procédures, les permanences sont réparties au niveau départemental à raison d'une pour plusieurs EPCI. L'accès aux droits, à la culture s'éloigne, pouvant poser la question du lien et de la cohésion sociale sur le territoire, ainsi que celle de la mobilité pour accéder à ces services.

LE MAILLAGE DU TERRITOIRE FACTEUR CLÉ DE LA QUALITÉ DE VIE

Le maillage santé-social du bassin de vie relève à la fois de la répartition de l'offre ou de la mise en réseau qui facilite l'accès à tous les services favorables à la qualité de vie et au bien-être des populations.

De notre point de vue, l'aménagement du territoire **nécessite un maillage multiple**.

Dans une dimension physique, il pose la question de la « juste » proximité.

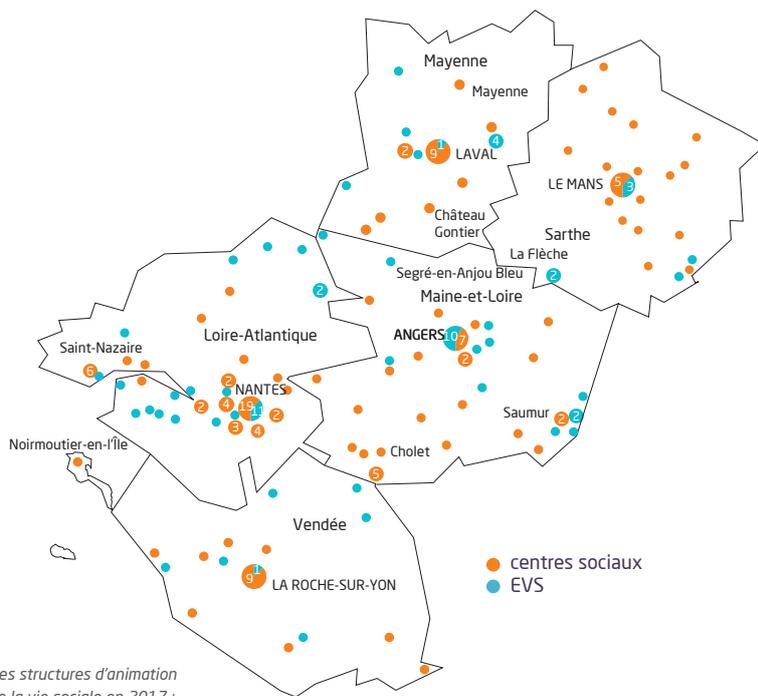
Celle-ci est variable suivant la répartition des lieux, l'offre de transport existante, son cadencement horaire mais aussi suivant la capacité de déplacement physique et psychologique de la population concernée.

Pour garantir l'accès à un service de qualité, des collectivités déploient des démarches « **d'aller vers** », comme les itinérances d'espaces France Services en Sud Vendée Littoral, les maraudes sociales à Nantes et dans une autre dimension, les services de télémédecine comme celui mis en place pour des consultations dermatologiques au CHU du Mans. Dans le cadre d'une stratégie de ville centre et pôles intermédiaires, Saumur Val de Loire double les six centres de services avec un relais itinérant.

La dimension numérique, la dématérialisation de nombreuses procédures dont l'accès aux droits et aux documents légaux rendent impératif le déploiement des réseaux en tous points du territoire régional pour garantir une équité de traitement aux citoyens. La crise Covid-19 en a montré l'urgence pour l'accès aux soins et à l'éducation.

Au-delà de la connexion, restent les questions de l'accès à l'outil et à des formations ou accompagnements des personnes illettrées, soit 17% de la population française mais 53% des plus de 75 ans et 34% des personnes peu ou pas diplômées, ainsi qu'une partie des jeunes, peu familiarisée avec le langage et les procédures administratives. Pour rappel : la dématérialisation des procédures d'obtention des cartes grises a obligé des personnes à payer des intermédiaires pour réaliser à leur place des démarches par ailleurs gratuites.

La dimension humaine. Outre la répartition et l'accès, la réussite du maillage passe aussi par **son animation**. Ces « lieux repères » impliquent un accueil physique de qualité. Quel intérêt d'un espace France Services sans les permanences physiques suffisamment fréquentes, régulières et bien documentées des organismes qui l'habitent et sans un réel accompagnement qualitatif de ses publics? Leur animation est aussi la base **d'un maillage social**. Elle participe aux actions de cohésion sociale conduites par les élus municipaux. Elle doit être soutenue pour une intégration réussie des populations dans une région où le solde migratoire est positif et in fine pour sa contribution



Des structures d'animation de la vie sociale en 2017 : 141 centres sociaux et 75 espaces de vie sociale (EVS) - Source : SENACS, 2018⁴

préhender la dimension santé-sociale transversalement, en utilisant les leviers proposés par les politiques publiques d'une façon globale. Ainsi, Erdre et Gesvres met en oeuvre une démarche systémique basée sur les 17 objectifs du développement durable pour développer ses actions, croisant les différents plans et schémas et évaluant leurs apports sur le territoire. Ceci suppose une ingénierie de projet que tous les EPCI ne sont pas en mesure de déployer.

Le SRADDET aura un rôle fondamental dans l'accompagnement de ce maillage pour permettre d'aménager et développer le territoire de manière équilibrée. Il est attendu pour conforter et soutenir les efforts des communes et des intercommunalités.

MODALITÉS ET MOYENS NÉCESSAIRES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION SANTÉ-SOCIALE

Être à l'écoute des territoires

La **place accordée à la société civile**, aux citoyens, aux acteurs associatifs locaux et aux publics cibles dans la co-production d'équipements ou politiques publiques est décisive. Des expérimentations fonctionnent bien là où de la mobilisation citoyenne et de l'envie de faire ensemble sont présentes. L'adhésion des populations aux dispositifs mis en place passe par sa participation à leur construction.

Ainsi, l'agglomération de Saumur Val de Loire dit « ne rien inventer ». Elle ne voit pas d'intérêt à se substituer ou à remplacer des actions qui fonctionnent bien. Elle conduit donc le travail de développement des axes de sa politique à l'écoute et en appui aux projets des associations locales. Erdre et Gesvres anime des concertations citoyennes pour démarrer le travail sur une thématique, construire, enrichir et valider la pertinence des projets.

Dans les deux cas, ce travail en réseau et dans une démarche partenariale permet aussi l'articulation et la conciliation entre des projets de **groupements de professionnels** et les politiques publiques. En harmonisant les objectifs, les facteurs de réussite sont augmentés. Ainsi, quel est l'intérêt de construire une Maison de Santé Pluriprofessionnelle sans en avoir discuté avec les professionnels du territoire, en lien avec les autres professionnels intéressés (paramédicaux,...) ou sans s'être assuré que des médecins auraient envie de venir y vivre ou y travailler ?

La mise en oeuvre de telles démarches n'est pas simple suivant les points de vue et les objectifs de chacun. Autre difficulté, les temporalités des participants : mandat électoral, projet associatif ou entrepreneurial se déclinent sur des temps et avec des capacités de réactivité différentes.

S'assurer de l'adaptation des dispositifs aux besoins réels

Les projets de territoire se confrontent aux cadres trop rigides des politiques publiques **déclinées en silos** avec des entrées par institution prescriptrice et financeur, par public ou par thématique. Ces logiques obligent les acteurs

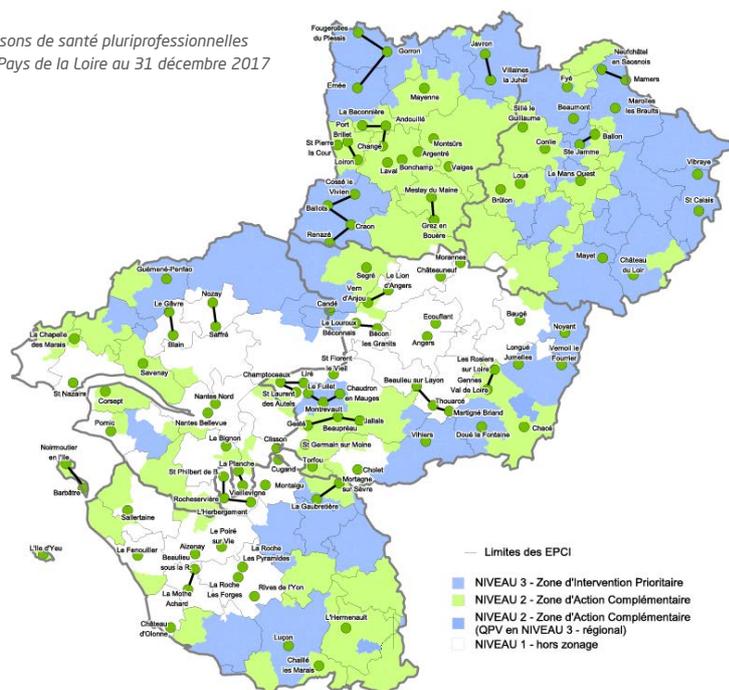
à la réduction de la fracture numérique.

Enfin, cette animation permet le **développement de dynamiques partenariales**. Ces « lieux repères multifonctions » sont attendus dans une dimension d'accompagnement des populations pour écouter/accompagner et orienter leurs demandes. La formation des personnels d'accueil et d'orientation de premier niveau vers les différents dispositifs est fondamentale comme le souligne Brigitte Hybert. En outre, ils doivent permettre l'interconnaissance des acteurs de terrain et un travail dans des logiques complémentaires. Cette volonté se retrouve dans la Charte Territoriale des Services aux publics annexée au Contrat d'engagement local de Saumur Val de Loire. La Région pourrait soutenir cette dynamique dans l'esprit de ce qu'elle a développé pour la coordination du réseau de professionnels de l'orientation dans les territoires.

À travers ces différentes dimensions et les thématiques traitées par les intercommunalités, nous relevons l'importance d'ap-

⁴ Observatoire des centres sociaux et espaces de vie sociale Pays de la Loire, SENACS, 2018

Maisons de santé pluriprofessionnelles
en Pays de la Loire au 31 décembre 2017



locaux qui s'en emparent à scinder des problématiques globales pour les faire entrer par petits bouts ou a minima dans les cases correspondant à l'organisation administrative des plans ou dispositifs.

De même, le recours à **des appels d'offres** construits unilatéralement par les collectivités publiques cantonne les associations à un rôle d'opérateur. L'amointrissement de leur capacité d'innovation qui en résulte se fait au détriment de l'action publique sur les territoires. Par ailleurs il génère un alourdissement de la charge administrative qui se répercute sur la disponibilité des professionnels ou des bénévoles pour conduire leurs actions. Une sortie de la logique des exercices annuels permettrait des économies de traitement de données dans le montage comme dans l'évaluation des actions. L'établissement de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) donnerait ainsi

plus de visibilité et de sécurisation, permettrait la mise en oeuvre de programmes complexes, versus des actions « one-shot », et une réelle mesure d'impact pour les habitants et le territoire.

Par ailleurs, **l'articulation des politiques nationales** avec les réalités locales est parfois complexe. Ou quand la préconisation nationale d'une contractualisation à l'échelon intercommunal se heurte à des compétences facultatives non déléguées à l'EPCI. C'est le cas à Saumur Val de Loire qui se questionne sur la légitimité à engager l'agglomération dans une Convention Territoriale Globale avec la CAF alors qu'elle n'a pas de compétence Enfance Jeunesse.

De même, la Région devrait être en mesure **d'articuler l'orientation de ses politiques publiques** pour répondre aux besoins portés par les élus locaux. Ainsi les élus des Vallées de la Braye et de l'Anille ont-ils travaillé sur une triple problématique de mobilité, d'accès aux soins et de commerce local. Jacky Breton, alors président de la Communauté de communes, regrettait d'avoir vu retoqué le projet d'une flotte de minibus pour conduire des personnes âgées vers les MSP notamment les jours de marché. La contre-proposition de plate-forme de véhicules électriques faite par la Région ne correspond pas selon lui au besoin du territoire. Cet exemple illustre la pertinence des projets émanant du terrain.

Promouvoir le droit à l'expérimentation des collectivités territoriales

L'accès à l'emploi est déterminant pour le bien-être et la santé en termes d'estime de soi, de lien social et de ressources financières. En Pays de la Loire, cinq territoires se sont mobilisés pour participer à la deuxième vague d'**expérimentation Territoires Zéro Chômeur de Longue Durée (TZCLD)**⁵. A titre d'exemple, le territoire de Pontchâteau, soutenu par le département de la Loire-Atlantique et la Région, développe un projet construit par un comité local de 40 personnes. Il a été identifié 500 personnes très éloignées de l'emploi malgré la présence de 783 entreprises sur le territoire, mais est contraint d'attendre pour son lancement la promulgation de la Loi d'expérimentation qui tarde à venir.

Pourtant, le bilan de la première expérimentation sur dix territoires est plutôt positif et laissait envisager un déploiement national de cette démarche de retour à l'emploi. Il montre que ces personnes ont repris leur vie en main en termes de dignité et de reconnaissance, de capacité d'expression pour expliquer le projet : un retour dans la société par l'intégration dans un collectif, dans un projet de territoire et un retour aux soins par le pouvoir d'achat. Quantitativement : 400 personnes ont retrouvé un emploi au cours du diagnostic et sans passer par l'Entreprise à But d'Emploi (EBE), 850 personnes ont été embauchées en CDI⁶.

Autre exemple, dans un contexte d'emploi tendu, la Gironde et 19 Départements (dont la Loire-Atlantique) ont proposé **l'expérimentation d'un revenu de base**, conditionné à un accompagnement social professionnel pour développer le pouvoir d'agir et les activités d'utilité sociale⁷.

⁵ Pontchâteau, Mauges-sur-Loire, Les Ponts-de-Cé, la communauté de communes de Saumur Val de Loire et La Flèche se positionnent pour faire partie de la nouvelle vague d'expérimentation TZCLD

⁶ Laurent Grandguillaume, président de l'association Territoires Zéro Chômeur de Longue Durée, Conférence Conseil de développement de Nantes, février 2020.

⁷ Audition CESER 22/01/2020 de Timothée Duverger, enseignant-chercheur, responsable de la chaire Économie Sociale et Solidaire à Sciences Po Bordeaux.

Le modèle, calculé pour être économiquement soutenable, a été construit en fusionnant le RSA et la Prime d'activité. Son objectif, en sécurisant les parcours individuels : réduire la pauvreté, soutenir les travailleurs pauvres, aider les jeunes à conquérir leur autonomie en rendant accessible ce revenu dès 18 ans. Un triple effet attendu : un tremplin d'insertion sociale, d'intégration citoyenne, et un mode de simplification des prestations sociales. La proposition de loi demandant l'expérimentation a été rejetée en janvier 2019.

Pourtant des réussites existent. En Vendée, la Communauté de communes du Pays de la Châtaigneraie a construit un outil **PLUSS (Plan Unique d'actions Santé et Social)**, qui articule le Contrat Local de Santé de l'ARS et la Convention Territoriale Globale de la CAF. L'objectif était de faire du lien entre social et santé, d'intégrer ces dimensions dans toutes les politiques publiques pour participer à la lutte contre les inégalités. De plus, selon Claire Guillot, de la Délégation territoriale de Vendée de l'ARS, « cette synergie ARS/CAF favorise la continuité des droits sociaux, de santé. La mise en oeuvre de démarches partagées donne plus de sens aux politiques respectives des deux organismes ». Rien n'empêche d'imaginer une articulation de ce PLUSSS avec les Contrats Territoires Région.

Le champ d'action des déterminants sociaux de santé est très large et sa déclinaison sur les territoires ouvre des possibilités énormes qui croisent largement les compétences de la Région. S'en saisir permet d'agir en faveur de la santé des citoyens, du développement de la qualité de vie tout en contribuant à un aménagement harmonieux et attractif pour les territoires. La Région doit se saisir de ses compétences et être ambassadrice des réussites existantes sur son territoire. Elle peut en promouvoir la déclinaison locale et en revendiquer la généralisation.

C'est pourquoi, pour entrer dans une dimension concrète, nous sommes allés à la rencontre des femmes et hommes, élus et techniciens d'EPCI dans quatre des cinq départements⁸ de la région, qui ont signé et mettent en oeuvre avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), un Contrat Local de Santé (CLS). Cet outil porté conjointement par l'ARS et la collectivité territoriale a pour objectif de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est destiné à mettre en oeuvre des actions, au plus près des populations en articulant les différents acteurs de la santé du territoire concerné. Un des volets obligatoires de ce contrat étant la Prévention, nous souhaitons apprendre comment celle-ci se déclinait dans ce contrat et comment elle irradiait leurs autres politiques.

BIBLIOGRAPHIE

Rapport CESER Pays de Loire, Politique contractuelle de la Région Pays de la Loire - Bilan des Contrats Territoires-Région (CTR) 2016-2020, octobre 2020

Rapport CESER Pays de la Loire, La culture pour faire société, mars 2017

Observatoire des centres sociaux et espaces de vie sociale Pays de la Loire, SENACS, 2018

Conférence de Laurent Grandguillaume, président de l'association Territoires Zéro Chômeur de Longue Durée, Conseil de développement de Nantes, février 2020.

Page web Municipales : repenser les liens des pouvoirs locaux avec les associations, Jean-Louis Sanchez, ODAS, février 2020

Des familles moins nombreuses, exposées à des difficultés financières, Insee Analyse Pays de la Loire, n°82, septembre 2020

⁸ Le contexte pré-électoral des Municipales 2020 ne nous a pas permis de rencontrer les élus de Laval Agglomération que nous avions sollicités.

LA PAUVRETÉ ET LA PRÉCARITÉ SOCIALE, PREMIÈRES CAUSES DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

#non-recours #isolement #santé dégradée

La pauvreté en hausse depuis 20 ans : Une personne est considérée comme pauvre si ses revenus mensuels sont inférieurs à 60 % du revenu mensuel médian des Français (Nous nous en tiendrons à cette définition sachant que dans des cas spécifiques, il peut également être évalué à 50% de ce revenu)

Seuil de pauvreté : 1063€ par mois pour une personne seule en 2018

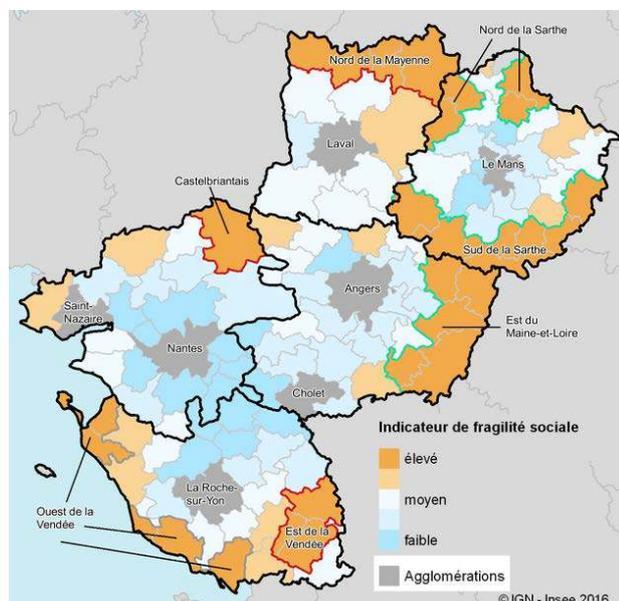
SMIC net 35h en temps plein : 1217,91 €

Montant forfaitaire du RSA : 564€ pour une personne seule
Prime d'activité complétement pour les travailleurs à faibles ressources à partir de 50% du SMIC : 4,1 millions de foyers concernés par le versement de la prime d'activité au 1^{er} trimestre 2019 (CNAF)

Des facteurs aggravants : La baisse puis la désindexation des APL, la désindexation de certaines prestations familiales. La précarité est souvent associée à une dimension monétaire comme le premier pas vers la pauvreté.

La précarité sociale : La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible¹.

ATD Quart Monde demande son intégration comme 21^e critère de discrimination.



Des habitants davantage fragilisés aux frontières des départements - Indicateur de fragilité sociale par EPCI en 2012 Source : Insee 2016³

En France

9,3
MILLIONS

DE PERSONNES VIVENT
SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ (14,8%)
DONT LA MOITIÉ ONT UN NIVEAU DE VIE
INFÉRIEUR À 855€ / MOIS

En Pays de La Loire (en 2018)

PLUS DE

400 000

PERSONNES DONT 1/3 D'ENFANTS
SOIT 10,9% DE LA POPULATION
VIVENT SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ

43 200 ALLOCATAIRES
DU RSA

TAUX DE PAUVRETÉ :
11,2% SOUS LE TAUX
NATIONAL

Des contrastes territoriaux

13,4%

DE PERSONNES
PAUVRES EN SARTHE

10%

EN VENDÉE



DES POCHEs DE
PAUVRETÉ EN ZONES
RURALES



DES QUARTIERS PRIORITAIRES
DES POLITIQUES DE LA VILLE (QPV)
CONCENTRENT

30 À 40%

DE LA PAUVRETÉ EN ZONES URBAINES ET
PÉRIURBAINES À NANTES, ANGERS ET À
SAUMUR

40

BIDONS VILLES
À NANTES²

Des publics plus touchés



36%

DES PERSONNES
SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ
ONT MOINS DE 19 ANS



50%

DES PERSONNES
PAUVRES

APPARTIENNENT À UN MÉNAGE
DÉCLARANT PRINCIPALEMENT
DES SALAIRES.
CE SONT MAJORITAIREMENT DES FEMMES,
SOUVENT CHEFFES DE FAMILLE
MONOPARENTALE (7 % DES FAMILLES)



32%

LES SALARIÉS TRAVAILLANT À TEMPS
PARTIEL, QU'IL SOIT CHOISI OU SUBI,
SONT MAJORITAIREMENT DES FEMMES



6,8%



LA MOYENNE DES PENSIONS
EST INFÉRIEURE DE
6%
À LA MOYENNE
NATIONALE EN PAYS DE LA LOIRE,
EN 2018



50%

DES PERSONNES EN SITUATION
DE HANDICAP VIVENT SOUS
LE SEUIL DE PAUVRETÉ



LES POPULATIONS
MIGRANTES

Cumul des facteurs territoriaux et publics



DANS LES GRANDES VILLES :

13%

DES HABITANTS VIVENT SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ,
PLUS PARTICULIÈREMENT LES FAMILLES
MONOPARENTALES (34,9 %) ET LES FAMILLES
COMPOSÉES D'UN COUPLE AVEC TROIS ENFANTS
OU PLUS (19,2 %)⁴

¹ Rapport Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Joseph Wresinski, le CESE, 1987 et réédition 2012,

² Jean-Louis Grenier, délégué régional de Médecins du Monde, audition du 27/11/2020.

³ 392 000 personnes pauvres dans les Pays de la Loire : profils et disparités territoriales, Insee Analyses Pays de la Loire N° 40, 02/12/2016

⁴ Insee Première, N° 1813, En 2018, Les inégalités de niveau de vie augmentent 09/09/2020 ; Insee Statistiques, Pauvreté selon l'âge et le seuil, Chiffres clés au 09/09/2020

ACTEURS - PLANS ET OUTILLAGE AU SERVICE DES TERRITOIRES

État :

Classement de Quartier Prioritaire de la Politique de la Ville (QPV), Zone de Revitalisation Rurale (ZRR), Réseau d'Éducation Prioritaire (REP)

Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte contre la Pauvreté (2018-2022)

Réforme du "100% santé" : Protection universelle maladie (PUMa) et Complémentaire Santé Solidaire

PASS : Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé permettent une prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières. Elles donnent accès à des consultations de médecine générale ou spécialisée

RSA : assure aux personnes sans ressource un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer

Région :

Plan Accès Régional à la Santé (PARS), Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)

Fonds « Pays de la Loire Urgence Précarité », « Lutte contre la grande précarité »

Département :

Schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public (SDAASP)

covid19

+ 40% de demande d'aide alimentaire en Pays de la Loire au printemps

Un grand nombre de ménages inconnus des organismes sociaux déposent des demandes d'aides

La pauvreté a un impact immédiat sur les besoins fondamentaux

Le CESE y a consacré une étude⁵ dont plusieurs préconisations croisent nos propos. Une alimentation de qualité dégradée, un logement plus petit et plus densément habité, un recours aux soins diminué, un accès limité aux vacances et aux loisirs, un facteur de stress du lendemain augmenté. Elle touche également les enfants dans leur développement physique, leur concentration et leur capacité d'apprentissage.

Le mécanisme de bascule dans la pauvreté : La métaphore du trampoline⁶

Dans sa vie quotidienne, tout individu doit répondre à des sollicitations permanentes, de toutes parts, vite et au mieux, tout comme on rebondit sur un trampoline. La qualité du rebond dépend de la qualité de la structure de la toile et de la tension des élastiques. Ce sont les sécurités que l'individu construit, consciemment ou non, tout au long de sa vie : famille, réseau social, éducation, logement, alimentation, travail, finances, etc. Un accident se produit et c'est une sécurité qui se détend ou lâche. Le trampoline rebondit de plus en plus mal, chaque secousse augmente les risques de déchirure de la toile qui font basculer dans la pauvreté.

La métaphore met en avant l'interdépendance des élastiques qui sont nos déterminants sociaux de santé et la nécessité de réparer l'humain qui est tombé.



⁵ Éradiquer la grande pauvreté à l'horizon 2030, M-H Boidin Dubrule, S. Junique, Le CESE, juin 2019.

⁶ Principales répercussions de la pauvreté sur la santé, Pierre Larcher, dans Laennec 2007/4 (Tome 55), pages 15 à 26

DEMANDER DE L'AIDE : L'IMPORTANCE DES ACTEURS DE TERRAIN

« Ce sont des besoins en alimentation et en logement qui déclenchent la demande de soutien car le plus difficile est d'admettre qu'on a besoin de l'autre » rappelle Claude Levoyer⁷. « C'est souvent la mairie qui est le premier recours » précise Brigitte Hybert⁸. Soit par l'intermédiaire de l' élu, des personnels d'accueil ou le Centre Communal d'Action Social (CCAS) qui orientent ces habitants en difficulté vers les associations de solidarité.

Ces dernières répondent à ces besoins fondamentaux d'urgence et se saisissent souvent de cette première démarche pour proposer aux personnes un accompagnement plus global. Par exemple, partant de l'aide alimentaire, le Secours Populaire aborde la santé, les droits sociaux, le logement. De son côté, le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) permet via son offre d'information juridique sur les droits des femmes et des familles de repérer les problèmes de santé notamment d'éventuelles violences, de logement, d'insertion professionnelle, etc... Quant aux Missions Locales, à partir d'un accompagnement à l'emploi, elles balayent l'ensemble des problématiques permettant d'y accéder : formation mais aussi mobilité, logement...

Ces associations orientent aussi vers les consultations en centre médico-social ou dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Elles accompagnent et aident à franchir le pas vers la demande d'activation d'un droit et l'obtention de ressources monétaires. Ces aides, soumises à la réalisation d'un dossier de demande, sont plus complexes et plus longues à réaliser. La simplification des démarches dans le cadre de l'urgence Covid-19 les ont rendues plus accessibles. Les CAF ont eu alors un afflux de demandes venant pour une large part de personnes inconnues de leurs services. Ce qui fait redouter une forte augmentation de la pauvreté.

À SUIVRE SUR NOS TERRITOIRES

La façon dont les espaces France Services déployés au niveau intercommunal vont s'inscrire dans ce paysage

Les quelques initiatives de permanences délocalisées déployées notamment en Sud Vendée Littoral

La place que prendra le premier Accueil Social Inconditionnel de Proximité déployé à Loireauxence (44)

UN BESOIN IDENTIFIÉ

➤ Soutenir les "sentinelles", les "guetteurs" afin qu'ils puissent faire le « pas en avant » vers les personnes en difficulté

La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (2018-2022)

Lancée fin 2018 par le Chef de l'État, la Stratégie se déploie sur 5 axes :

- Égalité des chances dès les premiers pas pour rompre la reproduction de la pauvreté
- Garantir au quotidien les droits fondamentaux des enfants
- Un parcours de formation garanti pour tous les jeunes
- Vers des droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l'activité
- Investir pour l'accompagnement de tous vers l'emploi

Elle recoupe différents plans gouvernementaux et conventions d'objectifs et traite de cinq thématiques : Petite enfance et éducation, santé, accompagnement formation et emploi, logement, droits sociaux, articulées dans 35 mesures

La Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte contre la pauvreté présente des points positifs : une approche transversale, décloisonnée et collaborative qui inclue les personnes concernées, le secteur associatif et les représentants des collectivités territoriales dans la réflexion et la construction de solutions et un pilotage régional, une réflexion locale pour une déclinaison territoriale en actions concrètes. **Mais elle présente aussi des limites**. Indépendamment des projets préexistants et déjà financés, les moyens dédiés à de nouvelles actions sont très limités. De plus, le travail commun basé sur un engagement volontaire et non rémunéré des partenaires limite ou empêche la participation de certains réseaux.

Les mesures de l'Acte II de la Stratégie qui devait être dévoilées par le Premier Ministre le 17 octobre 2020 ont été reportées. Il a été annoncé le maintien des aides exceptionnelles de 150 euros pour les 400 000 jeunes de 18 à 25 ans bénéficiaires des APL et pour les 700 000 étudiants boursiers ainsi que pour les bénéficiaires du RSA et de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS, pour les chômeurs en fin de droits).

UN ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX DIFFICILE

Un système complexe insuffisamment lisible, notamment pour les publics qui en ont le plus besoin

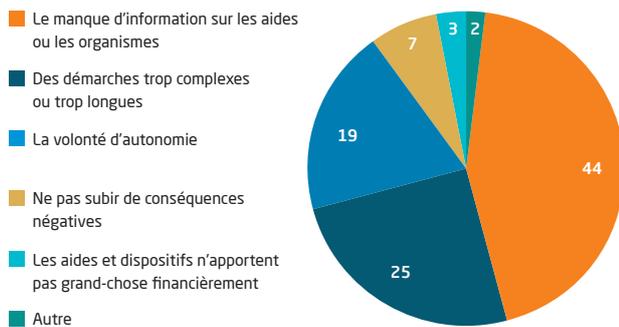
Activer un de ses droits implique de connaître son existence et celle de l'aide adossée à ce droit. Et pour en bénéficier, il convient de comprendre les informations et les documents nécessaires à la constitution de son dossier. Or, comme le diagnostique le Ministère de la Santé et des So-

⁷ Claude Levoyer, responsable régional Pays de la Loire et membre du Comité et du Bureau national du Secours Populaire Français, audition CESER du 27/11/2019.

⁸ Brigitte Hybert, Présidente de la Communauté de communes Sud Vendée Littoral, audition CESER du 20/12/2020.

lidarités et le confirme le Défenseur des Droits, notre système de minima sociaux et nos politiques d'accompagnement sont composés d'une sédimentation de prestations, de guichets, de services et de règles peu compréhensibles, qui ne les rendent pas accessibles et clairs.

Le manque d'information et la lourdeur administrative sont effectivement les deux raisons les plus fréquemment citées parmi les huit raisons principales proposées pour expliquer que certaines personnes se retrouvent dans des situations de non-recours aux prestations sociales en général⁹.



Raisons principales pouvant expliquer que certaines personnes n'ont pas recours aux aides et dispositifs sociaux selon les français en 2018.
Source : Dossiers de la Drees, n° 57 Juin 2020¹⁰

UN FACTEUR AGGRAVANT, LA FRACTURE NUMÉRIQUE

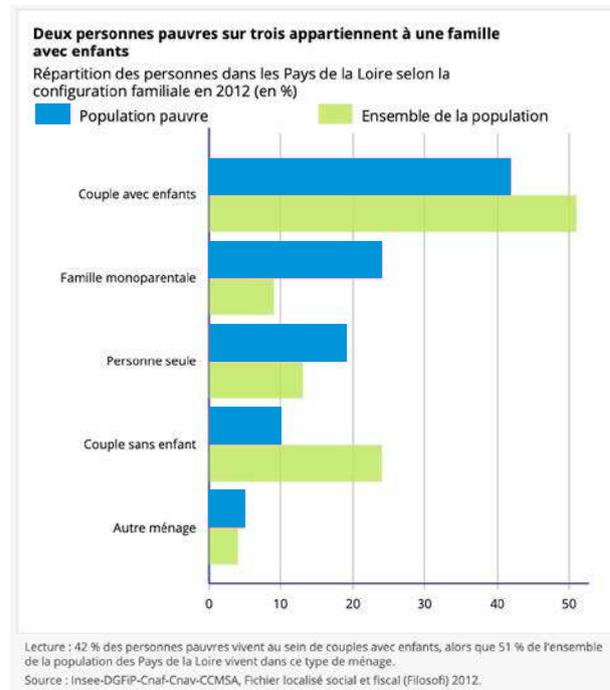
La généralisation de la dématérialisation des procédures implique de réaliser soi-même ses démarches sur internet y compris pour des personnes en situation de précarité ou de pauvreté. La constitution d'un dossier ou l'actualisation de sa situation sur un support numérique constituent un obstacle parfois infranchissable (absence d'accès à internet par défaut de réseau ou de matériel, illettrisme, nombre des mots de passe et identifiants...). Le recours à un point d'accueil numérique voire à un professionnel formé à plusieurs dispositifs, s'avère incontournable. Se pose la question de l'habilitation de ces accompagnants dans la sécurisation et le respect de la confidentialité des données privées transmises.

En 2013 Martin Hirsch observait un taux de non-recours de certains minima sociaux estimé à 30% et l'expliquait ainsi : « Par peur de l'explosion des demandes, le RSA a été blindé de tous côtés. Résultat : nous sommes arrivés à une sophistication telle qu'elle se retourne parfois contre les bénéficiaires ». Au-delà des publics en situation de précarité ou de pauvreté, cette complexification administrative et la technicité de certains langages peuvent aussi rebuter pour partie les jeunes, même diplômés, qui constituent une frange non négligeable du non-recours.

UN SYSTÈME INÉQUITABLE

Le système français est l'un des rares à exclure les 18-25 ans de l'accès aux minima sociaux (hors jeunes femmes en-

ceinte avec au moins un enfant à charge ou jeunes de 18 à 25 ans sans enfant et ayant exercé une activité à temps plein durant au moins deux ans au cours des trois dernières années). Les jeunes sont renvoyés à la solidarité familiale. Or la situation économique défavorable, la désindexation de certaines prestations familiales et leur arrêt pour tous les jeunes à leur 20^e année rendent cette solidarité de plus en plus difficile à mettre en oeuvre pour une grande partie de nos concitoyens. Et les 3 000 jeunes, qui chaque année, sortent du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance, sont quant à eux dépourvus de solution.



Deux personnes pauvres sur trois appartiennent à une famille avec enfants Source : Insee 2016¹¹

Plus de deux tiers des personnes pauvres appartiennent à une famille avec enfants. Le recours à cette solidarité familiale inéquitable contribue à faire de la France un des pays de la reproduction de la pauvreté.

UN IMPACT EN SANTÉ DE LA DÉMARCHE DE SOLLICITATION D'AIDE

La crainte de la stigmatisation, l'image de « profiteurs du système » portée par certains médias et les freins rencontrés dans l'accès aux droits génèrent souvent un sentiment de honte, d'incapacité, de dépréciation de soi, d'autocensure qui se répercutent sur la santé psychologique et mentale des personnes.

UN BESOIN IDENTIFIÉ

➤ Informer, orienter et accompagner les personnes dans leurs "parcours" d'accès aux droits

⁹ Le non-recours aux prestations sociales, Dossiers de la Drees n° 57, juin 2020, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd57.pdf>

¹⁰ Le non-recours aux prestations sociales, Dossiers de la Drees n° 57, juin 2020, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd57.pdf>

¹¹ 392 000 personnes pauvres dans les Pays de la Loire : profils et disparités territoriales, Insee Analyses Pays de la Loire N° 40, 02/12/2016 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2511696>



L'INSTABILITÉ DES RESSOURCES

Intérim, contrats courts parfois à temps partiel, jobs étudiants... Les travailleurs pauvres ont en commun la faiblesse et l'insécurité de leurs revenus. Même en travaillant de façon régulière, à mi-temps au SMIC et avec le complément de la prime d'activité, une personne seule dégage un revenu qui atteint juste le seuil de pauvreté et ne lui permet donc pas d'en sortir (sans occulter les personnes qui, sous le seuil de 50 % du SMIC, ne sont pas éligibles à la prime d'activité).

Dans ce contexte, tout changement (imprévu, accident de la vie, retraite) fragilise durablement la situation financière et nécessite un accompagnement pour débloquer des droits méconnus ou soutenir la gestion des ressources.

Le RSA est conçu pour protéger les ménages qui n'ont pas de revenus d'activité. Il s'avère au mieux improductif, au pire contreproductif en cas de reprise d'emplois, surtout temporaires. Dans l'entretien précité, Martin Hirsch pointait la faille structurelle du RSA, inhérente à son mode de calcul :

RSA versé = montant forfaitaire - (autres ressources du foyer + forfait logement).

Quand bien même le RSA est figé au trimestre (évolution récente contre antérieurement un recalcul mensuel), quelques jours de travail peuvent réduire le montant de l'aide accordée le trimestre suivant et modifier par ricochet le montant de la prime d'activité qui complète le dispositif. En outre, une erreur de déclaration peut générer des indus, parfois lourds, récupérables les mois suivants, sur le même RSA et dans des périodes d'inactivité.

Le franchissement d'un seuil de revenu peut déclencher la perte de droits connexes (allocation logement, prime de Noël). Facteur aggravant, la réforme du mode de calcul des APL, calculées sur 12 mois glissants et dont le montant révisé trimestriellement ajoute une variable supplémentaire (à compter de janvier 2021). Pour certains étudiants salariés, elle risque d'aggraver la situation. Le calcul, fait pour l'année scolaire en septembre, intégrera leur revenu (au-dessus d'un forfait ou seuil plancher), pouvant faire baisser le montant de leur aide au logement.

Le dispositif RMI apportait aux allocataires une relative stabilité même en situation de travail précaire. Aujourd'hui, dans le même cas, les modes de calcul du RSA rendent les ressources difficilement prévisibles pour des ménages qui vivent souvent au jour le jour. De plus, nous sommes dans un contexte de tensions sur le marché de l'emploi comme sur l'accès à l'offre d'emploi, tout particulièrement pour les travailleurs précaires ou les personnes éloignées de l'emploi. Les répercussions de la crise sanitaire Covid-19 amplifient cette tendance. On peut donc se questionner sur les dynamiques que peuvent engendrer des politiques sociales essentiellement basées sur un retour à l'emploi.

INSÉCURITÉ MATÉRIELLE ET SANTÉ

L'insécurité matérielle et les difficultés pour se projeter dans l'avenir qu'elle engendre sont sources de dévalorisation personnelle, de stress physique comme mental qui impactent non seulement la personne, mais aussi le couple et la famille, en dégradant leur santé mais aussi en pouvant générer des tensions intra-familiales.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Repenser les mécanismes des aides sociales et expérimenter un revenu de base fixe comme socle de stabilité pour les ménages. La simplification des aides peut s'avérer positive, mais cela ne doit pas conduire à augmenter la précarité des bénéficiaires
- > Développer le pouvoir d'agir des personnes sur leur pouvoir de vivre et accompagner les ménages dans la gestion budgétaire



Un revenu de Base

Réflexions en France

Un modèle de revenu de base, économiquement soutenable, a été conçu en fusionnant le RSA et la Prime d'activité. Travail porté par le département de la Gironde et soutenu par 19 départements candidats à l'expérimentation, dont la Loire-Atlantique

> Renvoi à l'article *Territoires*

Une réflexion est actuellement portée par l'Observatoire des Inégalités sur un revenu de base dit "inconditionnel" de 970 €

Une expérience conduite en Finlande (2016-2018)

2 000 personnes au chômage, tirées au sort, ont bénéficié d'un revenu de base inconditionnel de 560 € cumulable avec des allocations familiales et des revenus en cas de reprise d'emploi. Objectif : évaluer si ce revenu peut être un levier de retour à l'emploi. Une première évaluation après deux ans d'expérimentation montre une amélioration des critères de bien-être et une meilleure santé physique et mentale. L'ONU y voit une solution audacieuse dans un monde qu'il nomme déjà « *post-pandémique* ».



D'AUTRES FACTEURS DE PRÉCARITÉ SOCIALE DÉGRADENT LA SANTÉ

L'ISOLEMENT

Les associations de solidarité connaissent bien le phénomène de pauvreté cachée par honte. Elle génère une perte d'estime de soi et un repli sur soi. La pauvreté monétaire se

double de la perte de lien social, d'une solitude qui exclut et fragilise les personnes, entraînant des risques élevés de pathologies physique, psychique ou psychiatrique.

Dans le monde rural, les questions de pauvreté et d'isolement rejoignent celles de la mobilité, de l'accès à la formation et de l'accès à l'emploi des jeunes.

> *Renvoi vers le cahier Travail*

L'INCLUSION NUMÉRIQUE : UN ENJEU MAJEUR

La difficulté d'accès au numérique touche tous les publics, dans le monde rural ou urbain. Cette exclusion génère une autre forme d'isolement par une déconnexion du monde en termes d'accès aux droits, aux informations, aux loisirs, à la culture, à l'enseignement et à la formation... Dans le contexte COVID-19, ce sont des impacts forts sur la santé avec l'impossibilité de téléconsultation médicale et sur l'éducation avec le décrochage scolaire massif d'enfants et d'adolescents concernés.

À SUIVRE SUR NOS TERRITOIRES

Le collectif du Groupe Recherche Action pour l'Inclusion Numérique (GRAIN) animé par la MSA 44-85, promeut des actions contre l'illectronisme portées par des associations, EPCI et partenaires locaux ¹².

Les Caf sont également engagées et soutenantes à cet accompagnement numérique notamment par un conventionnement national avec Emmaüs Connect.

Cf. l'étude sur l'illectronisme du CESER Pays de La Loire à paraître en 2021

LE RENONCEMENT AUX SOINS POUR 25% DE LA POPULATION FRANÇAISE

Le Baromètre du renoncement aux soins de l'ODENORE éclaire la nature et les causes du renoncement aux soins déclarés par 47 555 assurés sociaux dans 30 CPAM en 2018¹³.

Les soins auxquels les personnes déclarent le plus renoncer sont les soins dentaires (74,7% des renoncants) et les consultations spécialisées (ophtalmologie 20,8 %, autres spécialistes 23,4%). Parmi les interrogés, 10,8% évoquent un renoncement aux consultations chez un généraliste. La part des femmes en renoncement à des consultations ou soins en gynécologie est de 15,1%.

Les causes du renoncement aux soins les plus souvent évoquées sont principalement financières et temporelles.

Le poids du reste à charge des frais de santé (60 % des renoncants), l'avance de frais et l'incertitude du coût sont combinés à la faiblesse des restes pour vivre et à l'incertitude des ressources à venir. Les raisons relatives à la « temporalité » expliquent une partie non négligeable des renoncements (délais trop longs pour obtenir un rendez-vous (17,5%) et problèmes d'emploi du temps des personnes (11,3%).

Enfin la complexité du système information, la crainte du soin lui-même et l'éloignement géographique de l'offre (6,3%).

Renoncement ou non-recours ?

Le renoncement aux soins renvoie à un besoin identifié et exprimé du point de vue des individus (notion déclarative qui concerne le bénéficiaire). Le non-recours concerne un besoin de soins confirmé du point de vue médical mais qui n'est pas satisfait (notion normative qui concerne davantage les institutions et administrations publiques)¹⁴

Le renoncement aux soins concerne les personnes ayant connu une instabilité professionnelle ou des ruptures dans leur parcours de vie, ainsi que les étudiants. On retrouve majoritairement des femmes, des personnes vivant seules et des familles monoparentales. « Les mères seules en situation de précarité sont contraintes de prioriser les soins de l'enfant au détriment de leur propre santé »¹⁵.

En 2018, le non-recours aux aides sociales pour l'accès aux soins est estimé entre 56% et 68% pour la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et entre 33 et 47% pour l'aide à la complémentaire santé (ACS)¹⁶. Ceci explique en partie que la principale raison du renoncement aux soins évoquée par les personnes soit financière : leur coût, leur remboursement, le reste à charge, et le niveau de revenu en général. Il dépend aussi de l'éloignement, physique mais aussi psychologique, de l'offre de santé, sur la capacité des personnes à sortir de leur lieu de vie. Autres facteurs de renoncement : les délais d'attente, le manque de temps, la peur du soin, la distance sociale et culturelle à l'égard du système de soins¹⁷.

Le renoncement est plus élevé pour les personnes en situation de précarité que pour l'ensemble de la population (20 %, soit de 3 et 4 points supérieurs entre 2010 et 2014). L'écart persiste pour les soins spécialisés : soins dentaires (74 %), consultations d'ophtalmologie (21 %), gynécologie (15%)¹⁸.

Le report, le renoncement, le non-recours s'enchaînent souvent jusqu'à se cumuler.

¹² Caroline-Laure LEROHO, directrice du projet de l'action le GRAIN de la MSA de Loire-Atlantique-Vendée, audition CESER du 22/01/2020

¹³ Baromètre du renoncement aux Soins (BRS), Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la troisième vague de généralisation des Pfidass, version Juillet 2018, https://odenore.msh-alpes.fr/documents/diagnostic_descriptif_du_renoncement_aux_soins_-_vague_3_-_version_2.pdf. Ces données sur le non-recours aux soins sont reprises dans le dossier de la Drees de juin 2020.

¹⁴ Étude en partenariat avec le groupe de développement social de l'Université de Lille 3 en collaboration avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Hainaut, Non-recours et renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité, Cahier de la DRJSCS, Septembre 2017, <http://hauts-de-france.drjscs.gouv.fr/spip.php?article1645>

¹⁵ René Demeuleester, président de l'IREPS, audition CESER du 02/12/2020.

¹⁶ Le non-recours aux prestations sociales, Dossiers de la Drees n° 57, juin 2020, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd57.pdf>

¹⁷ Le non-recours aux prestations sociales, Dossiers de la Drees n° 57, juin 2020, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd57.pdf>

¹⁸ Baromètre du renoncement aux Soins (BRS), Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la troisième vague de généralisation des Pfidass, version juillet 2018, https://odenore.msh-alpes.fr/documents/diagnostic_descriptif_du_renoncement_aux_soins_-_vague_3_-_version_2.pdf

L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET À LA PROMOTION SANTÉ-SOCIAL

La promotion de la santé s'adresse à toutes les tranches d'âges par de nombreux canaux qui complètent l'action des structures et professionnels de santé : vers les plus jeunes dans les établissements scolaires et à destination des adultes et des seniors dans les associations de solidarité, les CCAS et les collectivités territoriales, les CPAM...

Ces actions ne sont pas forcément bien repérées par les différents publics. En outre, une chose est d'entendre un message de prévention, une autre de se l'approprier lorsque l'on est en difficulté et d'avoir les moyens de modifier son comportement.

> *Renvoi vers le cahier Organisation de la promotion santé-sociale*

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Rompre l'isolement par un accompagnement physique afin d'éviter le cheminement Report -> Renoncement -> Non-recours aux soins
- > Agir pour que ce cheminement ne se reproduise pas vis-à-vis des propositions de prévention santé tels que le dépistage, le suivi médical des jeunes



BESOINS

- Repenser les aides sociales pour stabiliser des ressources financières
- Simplifier tous les processus administratifs par la portabilité ou la transférabilité des droits
- Développer un accompagnement global et autonomisant pour réassurer la personne
- Impliquer les bénéficiaires dans la conception des dispositifs qui les concernent
- La crise Covid fait et fera basculer de nouvelles populations dont les étudiants dans la précarité, la pauvreté voire la misère

FREINS

- Les difficultés de nombreuses procédures d'accès aux droits sociaux et aux soins
- L'accès à l'emploi
> Renvoi vers le cahier Travail
- L'accès au numérique (freins géographique, financier, éducatif, générationnel)

LA PAUVRETÉ ET LA PRÉCARITÉ SOCIALE**LEVIERS**

- « Aller vers » pour informer et pour accompagner le recours aux droits et aux soins
- Promouvoir l'insertion sociale par une activité
- Coordonner des complémentarités entre acteurs et entre dispositifs départementaux, régionaux, nationaux > Renvoi vers le cahier Organisation de la promotion santé-sociale
- Promouvoir des contractualisations dans la durée plutôt que des appels d'offres ponctuels et pour de courtes durées
- Soutenir les expérimentations et les initiatives des acteurs locaux (associations, collectivités,...)

BIBLIOGRAPHIE

Rapport Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Joseph Wresinski, le CESE, 1987 et réédition 2012

Le non-recours aux prestations sociales, Dossiers de la Drees n° 57, juin 2020

392 000 personnes pauvres dans les Pays de la Loire : profils et disparités territoriales, Insee Analyses Pays de la Loire N° 40, 02/12/2016

En 2018, Les inégalités de niveau de vie augmentent, Insee Première, N° 1813, 09/09/2020

Pauvreté selon l'âge et le seuil, Chiffres clés, Insee Statistiques, 09/09/2020

Éradiquer la grande pauvreté à l'horizon 2030, Le CESE, juin 2019

Principales répercussions de la pauvreté sur la santé, Pierre Larcher, dans Laennec 2007/4 (Tome 55), pages 15 à 26

Baromètre du renoncement aux Soins (BRS), Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la troisième vague de généralisation des Pfdass, version Juillet 2018

Non-recours et renoncement aux soins des personnes en situation de grande précarité, Cahier de la DRJSCS, Septembre 2017

Revenu de base De l'utopie à l'expérimentation, Edition Fondation Jean Jaurès, janvier 2019, 84 pages

France, portrait social Edition 2019, Insee Références, 19/11/2019

Soutenir, accompagner, protéger 12 propositions pour accompagner les plus fragiles face à la crise, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, septembre 2020

Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics, rapport du Défenseur des droits, janvier 2019

Politiques sociales locales - Programme de recherche de la DREES et de la CNAF, Jean-Luc Outin (DREES), Sandrine Dauphin (CNAF), Les Dossiers de la DREES, n°33, DREES, février 2019

Budgets plus serrés, privations plus fortes, Baromètre Ipsos-Secours Populaire Français 2019

PROMOUVOIR L'ACCÈS AUX DROITS SANTÉ-SOCIAL DANS UNE DÉMARCHE D'« ALLER VERS »

PRÉCONISATION N° 1

CIBLES : *Publics*

OBJECTIF

Soutenir les démarches d'« Aller vers », complémentaires des espaces France Services et des accueils sociaux inconditionnels de proximité, et qui créent les conditions d'entrée en relation avec les personnes fragiles :

- Rencontrer et discuter pour repérer un besoin de la personne comme une entrée spécifique
- et prendre en compte sa situation dans sa globalité pour lui proposer ou l'orienter vers une réponse de premier niveau d'information Santé-social.

L'« Aller vers » peut être mis en pratique par différents acteurs dans ou près de lieux neutres (non stigmatisants), repérés par le public et accessibles à tous :

- Itinérants avec des permanences délocalisées dans des lieux repérés Mairie, CCAS, Centre socioculturel...
- Dans des unités mobiles de type « maraude » accessibles aux personnes en situation de handicap ou en mobilité réduite. Exemples : L'Orientibus de la Région Pays de la Loire ; Le camion MarSOINS (du centre de santé associatif À Vos Soins) proposant dépistage, écoute et promotion santé ; Les centres sociaux mobiles tel L'Échappée à Mayenne développé dans le cadre du plan Pauvreté ; Le bus expérimental Caf de Vendée avec un ciblage accès aux droits et accompagnement à cet accès ; Le Solidaribus du Secours Populaire, « épicerie solidaire » avec services d'accueil.

BÉNÉFICES

- Contribution à l'insertion des personnes et à la cohésion sociale
- Création d'emplois non délocalisables
- Effet démultiplicateur des politiques publiques

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Croiser les politiques régionales avec les projets sociaux des associations locales et/ou les projets de territoire des EPCI orientés sur la prévention en santé-social
- Promouvoir et développer les pratiques « d'aller vers » pour favoriser leur essaimage sur le territoire grâce à un soutien financier en investissement dans les moyens, le développement de structures d'accueil et notamment l'acquisition de véhicules adaptés et accessibles à tous
- Soutenir les associations via des Contrats Pluriannuels d'objectifs et de Moyens (CPOM) pour le lancement du projet puis soutien au fonctionnement
- Soutenir les collectivités dans le même type de démarches via le Contrat Territoires-Région (CTR) ou par la reconnaissance d'un axe inscrit dans le Contrat Local de Santé (CLS) avec l'ARS et/ou dans la Convention Territoriale Globale (CTG) avec la Caf.

POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES SUIVANT LES PUBLICS ET THÉMATIQUES CONCERNÉES :

Chef de filât jeunesse

Vie associative / solidarité : Aide aux projets de lutte contre la grande précarité, contre l'isolement et les violences faites aux femmes - Fonds « Lutte contre la grande précarité » - FSE - Orientation amont des seniors ou femmes vers des actions de formation par des actions innovantes

Soutien aux initiatives innovantes

Investissement social

CO-CONSTRUIRE UNE CHARTE RÉGION - ASSOCIATIONS POUR LE DÉVELOPPEMENT HUMAIN

PRÉCONISATION N° 2

CIBLES : Acteurs locaux

OBJECTIF

Soutenir l'action des associations qui répondent à des besoins immédiats de personnes en situation de pauvreté et leur proposent un accompagnement global d'accès aux droits dans une perspective de développement de leur pouvoir d'agir.

BÉNÉFICES

- Contribution à l'insertion des personnes et à la cohésion sociale
- Effet démultiplicateur des politiques publiques
- Engagement associatif encouragé

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Confier à la Fondation régionale du Bénévolat l'organisation d'une conférence des acteurs, pour rédiger la Charte et les procédures d'un fonctionnement partenarial basé sur la confiance mutuelle.

Par exemple :

- Prendre en compte les besoins de tous les acteurs solidarité et éducation populaire

- Définir avec les acteurs et les personnes concernées les périmètres de l'accompagnement immédiat et global
- Repérer les partenariats avec d'autres secteurs (éducation, santé, économie, environnement, sport, loisirs)
- Donner une visibilité pluriannuelle aux partenariats afin d'éviter le recours systématique aux appels d'offres ou appels à projets, qui empêchent souvent des actions à long terme pour les associations qui les proposent

POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES SUIVANT LES PUBLICS ET THÉMATIQUES CONCERNÉES

Fondation régionale du Bénévolat : la Fondation a parmi ses trois missions celles de promouvoir et valoriser le bénévolat et le monde associatif, de développer et diffuser la culture du bénévolat en Pays de la Loire

Chef de filât jeunesse

Vie associative / solidarité : Aide aux projets de lutte contre la grande précarité, contre l'isolement et les violences faites aux femmes - Fonds « Lutte contre la grande précarité »



SOUTENIR UN PARCOURS PROGRESSIF DE RÉINSERTION SOCIALE - VOLET 1 SUR 3

PRÉCONISATION N° 3

Volets complémentaires : Volet 2/3 - Développement de formations impliquant des compétences psychosociales dans le cahier Education, volet 3/3 - Soutenir un parcours progressif de réinsertion par l'activité dans le cahier Travail.

CIBLES : Publics et Acteurs locaux

OBJECTIF

Prendre appui sur la pair-aidance, l'engagement bénévole ou le volontariat indemnisé sont envisagés comme des appuis pour se "remettre en jambe", reprendre des repères sociaux (réassurance, réinsertion...) et ne sauraient être entendus comme des substituts à l'emploi. Toutes les personnes en situation de précarité sont concernées par cette démarche avec une attention spécifique pour les jeunes et les femmes.

BÉNÉFICES

- Contribution à l'insertion des personnes et à la cohésion sociale
- Effet démultiplicateur des politiques publiques
- Engagement associatif encouragé

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Promouvoir la pair-aidance, ou "quand l'ex-aidé devient aidant"
- Certaines associations développent déjà cette pratique : Secours Populaire, Repairs
- Déployer avec les associations des actions de pair-aidance sur la thématique générale santé-social

- Soutien aux associations par contractualisation CPOM (Contrats Pluriannuels d'objectifs et de Moyens) pour le montage et déploiement de ces actions
- Favoriser l'accompagnement à l'engagement dans les associations
- Déployer des actions pour accompagner les personnes aidées à sortir de l'isolement, à retrouver des repères sociaux dans un « engagement à petits pas »
- Soutien aux associations par contractualisation CPOM pour le montage et déploiement de ces actions
- Accompagner les personnes volontaires indemnisées
- Le volontariat doit se concrétiser par l'accomplissement d'une mission d'intérêt général
- Soutien aux volontaires par la gratuité aux transports, l'accès au e.pass, l'accès au logement ...
- Soutien aux structures par contractualisation CPOM

POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES SUIVANT LES PUBLICS ET THÉMATIQUES CONCERNÉES

Fondation régionale du Bénévolat : la Fondation a parmi ses trois missions celles de promouvoir et valoriser le bénévolat et le monde associatif, de développer et diffuser la culture du bénévolat en Pays de la Loire

Chef de filât jeunesse

Vie associative / solidarité : Aide aux projets de lutte contre la grande précarité, contre l'isolement et les violences faites aux femmes - Fonds « Lutte contre la grande précarité »

DÉVELOPPEMENT DE CONVENTIONS PLURIANNUELLES

PRÉCONISATION N° 4

CIBLES : Acteurs locaux

OBJECTIF

- Faciliter l'accès aux subventions de fonctionnement pérennes donnant une visibilité pluriannuelle aux associations qui développent des actions en lien avec l'éducatif, la santé et le social.
- Favoriser le tissu local des associations et toucher directement les publics vulnérables en précarité.

BÉNÉFICES

- Pérennité des structures intervenants dans les territoires, de leurs capacités à créer ou maintenir du lien social et à agir en prévention
- Sécuriser les partenariats de long terme

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

Labellisation a priori des associations retenues pouvant prétendre au dispositif. Versement de la subvention en un unique versement pour l'année. Bilan de fin d'année de l'association en fin d'année

POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES SUIVANT LES PUBLICS ET THÉMATIQUES CONCERNÉES

Vie associative / solidarité : Aide aux projets de lutte contre la grande précarité, contre l'isolement et les violences faites aux femmes - Fonds « Lutte contre la grande précarité »

« LA RÉGION AMBASSADRICE »

La Région est porte-parole. Par son poids politique, économique et social, elle peut soutenir et faire des propositions à l'État et aux autres acteurs pour améliorer la qualité de vie des populations sur son territoire.

- Soutenir la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et notamment l'essaimage des actions menées dans ce cadre
- Soutenir l'arrêt des baisses et désindexation des prestations sociales et familiales
- Promouvoir la mise en place d'un revenu de base accessible dès 18 ans ou a minima un accès au RSA pour tous les jeunes de 18 à 25 ans
- Inciter à la simplification et à l'automatisation du versement des prestations sociales
- Renforcer l'accompagnement par la mise en place de référents de parcours
- Soutenir et suivre le déploiement des 12 propositions du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*



* 12 propositions du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 28/09/2020

LE LOGEMENT : PREMIER ÉLÉMENT DE SANTÉ ET FACTEUR D'INTÉGRATION SOCIALE

Le logement est la première des protections de santé par la mise à l'abri des personnes et par ses caractéristiques (sa situation, sa conception, les normes de construction, le niveau d'équipement, les caractéristiques et usages des parties communes ou espaces publics). Il est un facteur d'intégration sociale par les relations de proximité, le sentiment de valorisation ou à l'inverse, de relégation. L'actualité est chargée sur les questions du logement : la réforme des Allocations Logement (AL) et les Aides Personnalisées au Logement (APL) au 1er janvier 2021, la poursuite du dispositif de Réduction de Loyer de Solidarité (RLS), la rénovation énergétique des logements, l'accession sociale à la propriété, les dispositifs de garantie locative et la prévention des expulsions, les solutions d'habitat accompagné, partagé et inclusif. S'y ajoutent aussi d'éventuels aménagements liés à l'évolution de la crise sanitaire Covid-19.

Le parcours résidentiel

Depuis la loi de Mobilisation pour le Logement et la Lutte contre l'Exclusion, loi MOLLE du 25 mars 2009, le parcours résidentiel est formalisé dans un cadre législatif. La loi s'attache à accroître l'offre de logements disponibles dans le parc HLM en veillant à sa juste occupation. Cela conduit le locataire à changer de logement en fonction de l'évolution de ses besoins, de ses revenus.

Le logement social : première étape du parcours résidentiel pour 50% des ménages français.

4 types de logement à loyer modéré accessibles selon le niveau de revenus

PLAI : Loyers les plus faibles. Logements réservés aux personnes en situation de grande précarité. Plafond de ressources* : 11 478 €

PLUS : Loyers plus élevés. 65 % de la population est éligible à ces locations HLM (habitation à loyer modéré). Plafond* : 20 870 €.

PLS ou PLI, logements dits « intermédiaires » : Loyers plus élevés qu'en location HLM, pour des locataires ne disposant pas de revenus suffisants pour se loger dans le privé. Plafonds* : 27 131 € et 29 218 €.

* Plafond 2020 en région pour 1 personne seule.

Contingentement : le Préfet dispose de 30% des attributions. Le pourcentage restant est affecté aux personnes prioritaires, notamment les personnes bénéficiaires du DALO (Droit opposable au Logement), les personnes souffrant de handicap, les personnes mal logées ou défavorisées. La collectivité territoriale de 20%, et Action logement d'un pourcentage variable.

Le logement indigne

Un habitat indigne est un local utilisé pour l'habitation mais impropre à cet usage, dont l'état, peut porter atteinte à la santé. Il peut être qualifié d'indécent ou d'insalubre. Ce dernier doit faire l'objet d'un signalement. Une enquête/diagnostic est alors établie et suivie d'un rapport envoyé au bailleur, à l'ARS et au locataire.

En France

23% de hausse du surpeuplement (cumul surpeuplement accentué et modéré) entre 2006 et 2013, 18.8% des ménages déclarent avoir eu froid à domicile (2013)².

4.8 millions d'appartements « passoires thermiques », soit 17% des résidences principales³

En Pays de la Loire

3,6 % de logements potentiellement indignes dans le parc privé des Pays de la Loire (2013)⁴.

Parmi les 1,3 million de logements du parc privé étudiés, 146 000 sont potentiellement énergivores (11%), 62 000 surpeuplés (5%) et/ou 29 000 à risque de bâti dégradé (2%)⁵.

Depuis septembre 2019 : INFO LOGEMENT INDIGNE : 0806 706 806

OUTILS AU SERVICE DES TERRITOIRES

La loi ALUR de 2014.

Le Plan pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022.

La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

La loi Elan

40
BIDONS VILLES
À NANTES⁶

Le parc locatif social en Pays de la Loire¹

229 244
LOGEMENTS

167 727
APPARTEMENTS

61 517
MAISONS



PLUS DE **54%** DES LOGEMENTS CONSTRUITS DEPUIS 1980

DAVANTAGE DE LOGEMENTS PRODUITS DEPUIS 2005 QUE DE LOGEMENTS ANTERIEURS AUX ANNÉES 70

UNE PRODUCTION EN MOYENNE DE

5 613 LOGEMENTS EN LOCATIF **1 549** EN ACCESSION DANS L'ANNÉE



823 LOGEMENTS ANCIENS VENDUS PRINCIPALEMENT AU LOCATAIRE EN PLACE



2,5 % DES LOCATAIRES SONT BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH (ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ)



VIELLISSEMENT : EN 2012, **30,4 %** DES TITULAIRES DE BAUX AVAIENT PLUS DE 60 ANS, **20%** ENTRE 50-59 ANS

Logement étudiant du CROUS⁷

6 CENTRES UNIVERSITAIRES

135 000 JEUNES ÉTUDIANT·E·S POUR **3,8** MILLIONS D'HABITANTS SUR L'ACADÉMIE DE NANTES

7% DES ÉTUDIANTS DE L'ACADÉMIE LOGÉS DONT 22% DES ÉTUDIANTS BOURSIERS

8 422 LOGEMENTS POUR

DONT 1500 GAGÉS POUR ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

35 000 DEMANDES

DES CHAMBRES, STUDETTE, STUDIOS ET T1 DEPUIS 2018

12 CITÉS U ET **27** RÉSIDENCES U = 53% DU PARC

100% DU PARC EST RÉNOVÉ ET MIS AUX NORMES

¹ Audition de David Axel, Directeur de l'USH des Pays de la Loire, 12/02/2020

² Rapport L'état du mal logement en France, Fondation Abbé Pierre, 25ème rapport, édition 2020

³ Près de cinq millions de « passoires thermiques » en France, Le Monde.fr, publié le 02/09/2020

⁴ Le Parc Privé Potentiellement Indigne en Pays de la Loire, DREAL Pays de la Loire, Décembre 2016

⁵ ARS Pays de la Loire, L'habitat dégradé dans les Pays de la Loire et les enjeux en santé, en partenariat avec l'Insee, la DREAL, la Caf du Maine-et-Loire, novembre 2018

LA DIFFICULTÉ D'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT, FREIN À L'AUTONOMIE

L'AUTONOMIE FINANCIÈRE

L'accès au logement est conditionné par **la sécurisation des ressources financières**. Ce qui devient plus difficile en période de tension sur l'emploi pour les travailleurs pauvres (travail à temps partiel, CDD, intérim) dont les familles monoparentales, majoritairement des femmes avec enfants. L'Union Sociale pour l'Habitat (organisation représentative du secteur HLM, s'inquiète de l'appauvrissement des locataires du parc social : 62 ont des revenus inférieurs de 60% aux plafonds PLUS voire : 70% pour les nouveaux locataires⁸.

L'Union Régionale des Missions Locales (URML) constate cette même difficulté pour les jeunes. Elle insiste sur le cas des apprentis et alternants qui, ayant souvent besoin de deux hébergements, ont difficilement accès aux APL⁹. L'URML propose une approche globale de l'insertion en abordant le logement, la formation, l'aide à la mobilité, les problèmes de santé, etc.

De plus, **la part du logement**, en location comme en accession à la propriété, **augmente dans le budget de tous les ménages** de 16.1 % des dépenses en 2001 à 18.3% en 2014. En passant de 31,4% à 42%, l'augmentation est plus marquée pour les 10% des ménages les plus modestes. Rapporté au revenu, le logement leur coûte quatre fois plus cher qu'aux 10% les plus aisés¹⁰.

Il en va de même pour les étudiants. Ils consacrent en moyenne 69 % de leur budget mensuel¹¹ au logement. Si le CROUS Pays de La Loire propose des locations entre 255 € et 380 € hors APL¹², les loyers pratiqués par les bailleurs privés (propriétaires ou résidences étudiantes) sont souvent supérieurs et ils représentent la majeure partie des bailleurs. Qu'en sera-t-il pour les étudiants salariés quand le delta de leurs salaires supérieur au forfait sera pris en compte dans le calcul des APL ?

Logement des jeunes : des actions de soutien pour les jeunes à essayer

La caution locative gratuite VISALE pour les 18-30 ans, basée sur une convention entre les CROUS et Action Logement (depuis 2018).

La création par le département de la Sarthe d'un fonds de garantie des risques locatifs pour favoriser l'accès au logement dans le parc public des moins de 25 ans ayant de faibles ressources, initié dans le cadre du Plan logement d'abord à partir de son FSL (Fonds de solidarité pour le logement).

APL Un risque supplémentaire : quid du maintien du « tiers payant » ?

Pour de nombreux ménages, le versement direct des AL/APL à l'office HLM sécurisait le paiement du loyer. Qu'en sera-t-il du maintien de ce dispositif face au mécanisme de réévaluation trimestrielle des ressources ? On sait déjà que la déclaration sera complexe pour les locataires les plus fragiles : risques de ne pas déclarer dans les temps, de générer une coupure d'AL/APL et des impayés de loyer. Des risques qui augmenteront en fonction de la volatilité des ressources des ménages.

Sans sous estimer les hausses de l'énergie et de l'ensemble des autres charges, ce poids budgétaire est aussi lié à l'augmentation des loyers. Autre facteur aggravant, les récentes modifications des **Aides Personnalisées au Logement (AL/APL)** : (la désindexation de l'Indice de référence des loyers depuis octobre 2018 et la contemporanéisation¹³ des allocations impliquant la réévaluation trimestrielle des ressources (réforme en janvier 2021). Qui seront les perdants de cette réforme dont l'État attend une économie de 1.3 milliard d'euros (revue post Covid à 700 millions) ?

La **pénurie de logements financièrement accessibles** concerne tous les types de logement des parcs privés ou sociaux. Il est donc plus difficile de se loger aujourd'hui.

Les tensions sur le marché sont de différents ordres.

Démographiques et liées au coût du foncier pour des zones urbaines attractives, où la demande de logement social et étudiant est supérieure à l'offre. L'USH relève le manque de prise en compte des besoins générés par l'appauvrissement des plus fragiles. Le CROUS pointe l'absence d'anticipation de l'augmentation du nombre d'étudiants, démographiquement accru avec le phénomène « Millennials ».

Dans les zones rurales, les élus insistent sur le besoin de construction en zone sous-dotée pour répondre aux besoins spécifiques en termes d'emplois. Ainsi, la ville de Luçon s'empare-t-elle du sujet pour les jeunes travailleurs et les salariés saisonniers. Et l'intercommunalité Sud Vendée Littoral¹⁴, qui redevient attractive pour les entreprises en coût du foncier et bassin d'emploi porteur, inscrit comme ambition à son SCOT de « faire venir les bailleurs sociaux », ambition qui ne trouve pas d'écho à ce jour.

Enfin, ces tensions sont à relier au bouleversement du modèle financier de l'habitat social depuis la loi de finances 2018. La Réduction de Loyer de Solidarité (RLS) instituée en contrepartie de la baisse des APL et l'augmentation de la TVA de 5,5 % à 10 % sur la construction d'une partie des logements grèvent les capacités d'autofinancement net des organismes, qui a ainsi été ponctionné de moitié. Les mesures de compensation portent essentiellement sur un allongement de la dette, sur de nouveaux prêts et sur une incitation à développer la vente de logements. Les offices HLM privilégient dès lors des programmes de masse et freinent leurs investissements en secteurs détendus et ruraux, où le volume géré est insuffisant.

⁸ David Axel, Directeur de l'USH des Pays de La Loire, audition du 12/02/2020

⁹ Benoît Drapeau, Directeur de l'URML Pays de la Loire, audition en visioconférence du 23/04/2020

¹⁰ Les ménages modestes écrasés par le poids des dépenses de logement. Analyse des données Insee par l'Observatoire des inégalités, 12/12/2017

¹¹ Emilie Bourdon, Présidente de l'UNEF de Nantes

¹² Jean-Jacques Audureau, Directeur de la Vie Étudiante et de l'Hébergement, CROUS Nantes Pays de la Loire, audition du 12/02/2020

¹³ Evolution du mode de calcul qui passe d'une base de revenus de l'année N-2 à une base N-1 glissant tous les 3 mois pour prendre en compte les revenus « contemporains ».

¹⁴ Brigitte Hybert, Présidente de la Communauté de communes Sud Vendée Littoral, audition du 12/12/2019

Cette incitation, qui se heurte à la résistance de certaines métropoles, questionne aussi sur l'avenir du logement social locatif et des copropriétés ainsi générées.

Quels impacts sur la santé ?

Le stress lié au poids financier du logement sur les budgets fragiles. > *Renvoi vers le cahier Pauvreté et la précarité sociale*

La promiscuité et des tensions intrafamiliales dans les logements sous-dimensionnés, un constat aggravé par la crise sanitaire et le confinement.

Des frustrations et une estime de soi détériorée en cas de location subie, c'est-à-dire lorsque l'accès au logement souhaité ou adéquat est contrecarré par les possibilités financières du ménage. Le logement social le plus ancien est aussi le moins cher.

L'éloignement travail-domicile amplifie les dépenses budgétaires et les temps de transport au détriment de la conciliation des temps de vie et du bien-être global de la personne et de la famille. Dans une analyse plus systémique, il entraîne également l'augmentation de la pollution et des besoins en infrastructures notamment routières.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Suivre les impacts de la réforme des AL/APL avec l'USH, les Départements, les CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale), les Caf et les associations de solidarité.
- > Agir sur le coût du foncier sur les zones les plus chères ou les plus en tension.
- > Soutenir la construction de logement social accessible en zones tendues.

L'AUTONOMIE SOCIALE : LA NÉCESSITÉ D'UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL GRADUÉ

La loi ALUR, le plan Logement d'abord et la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté soulignent tous la nécessité de mise à l'abri des populations les plus fragiles et l'importance de plans d'actions partenariaux entre l'État, les bailleurs sociaux, les secteurs du social, du médico-social et de l'insertion.

Pour les personnes en très grande difficulté, l'accompagnement vers la réinsertion sociale doit être construit de façon globale et individualisée via différents dispositifs de logement ou d'hébergement adaptés. Pour être efficace, la mise en oeuvre doit se faire dans une relation de confiance et dans la durée.

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) sont en première ligne. Ils répondent aux besoins essentiels (alimentation, hygiène, accueil de jour). L'Association Aide Accueil (AAA)¹⁵, gestionnaire d'un centre à Angers, souligne l'impact de l'insécurité sur la santé mentale des personnes vivant dans la rue. 45% des personnes accueillies sont en souffrance psychique. Parallèlement à la mobilisation des droits sociaux et de santé, il faut accompagner ces personnes pour réapprendre à habiter (gestion des cris nocturnes, ...), à revivre en société.

Les différents **dispositifs d'hébergement doivent donc être envisagés dans leur complémentarité**. Ils proposent des accompagnements différents selon le degré de reprise en main de leur vie par les personnes. Il faut considérer cette gradation pour dépasser la question du coût de fonctionnement. La prise en charge par un CHRS ou l'attribution d'un logement Pensions de famille s'adresse à des publics de différents niveaux d'autonomie. C'est ce qui justifie la différence de coût de structure (40€/jour et 16€/jour¹⁶).

Il convient donc de veiller à ce que les impératifs financiers ne s'accompagnent pas d'un glissement des critères d'accès pour les personnes concernées, ce qui réduirait l'efficacité des dispositifs. De même, il convient d'inciter les personnes à se saisir de toutes les propositions d'accompagnement.

La mise en place de démarches transversales voire proactives est indispensable pour trouver des solutions adaptées à leurs besoins. **Ces démarches ne doivent plus être regardées comme des coûts mais comme un investissement social.**

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Mettre en oeuvre des démarches transversales, voire proactives et partenariales couvrant l'accès au logement de droit commun.
- > Soutenir des actions d'accompagnement du « Savoir habiter » afin de sortir de l'isolement et de créer un réseau de sociabilité.

LE LOGEMENT COMME ÉLÉMENT DE MIXITÉ SOCIALE

Au-delà des personnes en très grande difficulté, **certains publics n'entrent pas dans les cases des dispositifs de logement**. Il faut donc imaginer des solutions innovantes pour répondre à des besoins non couverts. Nombre de projets de ce type sont à l'**initiative d'associations**. Ils ont en commun d'associer le logement à un projet collectif de vie sociale élaboré avec ses habitants, pour prendre sa vie en main, exercer sa citoyenneté et parfois, traiter des traumatismes psychologiques.

L'« **habitat inclusif** » s'adresse aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitat regroupé collectif ou en co-location, entre elles ou avec d'autres personnes. Cela constitue une alternative au logement ordinaire et à l'hébergement en institution. « Familles gouvernantes », datant des années 90 et déployé par plusieurs UDAF de la région, a récemment intégré ce dispositif. Pensé pour des personnes n'étant pas en mesure d'assumer seules l'organisation de leurs vies quotidiennes, un accompagnement léger leur permet d'assumer une vie stable. Dans le cadre de leur politique sociale, les bailleurs

¹⁵ et ¹⁶ Sylvie Rabouin, directrice de l'association Aide Accueil, audition du 27/11/2019

sociaux et l'USH accompagnent aussi des projets locaux de foyer, centre de prévention de santé psychiatrique, en partenariat avec l'Hôpital Psychiatrique et à proximité de ses bâtiments. Ce dispositif est un premier pas vers l'accès au droit commun et à une vie sociale « normale ». Il peut favoriser la mixité sociale et intergénérationnelle.

Les **jeunes sont souvent hors champ des politiques publiques** et dans des situations de fragilité financière ou de mobilité professionnelle (stage ou apprentissage). Notons aussi qu'un jeune mineur, même salarié, ne peut pas prétendre à un logement social sans l'accord de ses parents. Ce qui soulève la question du nombre de jeunes parmi les personnes sans-abri et, plus largement, la question de l'accès au logement pour les jeunes.

Les associations qui proposent des solutions à tous les jeunes réfléchissent en termes de dispositif rebond, limité dans le temps. L'association Repairs¹⁷, regroupant des jeunes sortants ou en cours de sortie de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), porte à Paris un microprojet de maison d'hôtes en habitat partagé.

Pour remédier au manque de places dans les Foyers de Jeunes Travailleurs (FJT) désormais nommés Résidences Habitat jeunes, la Région, qui co-finance leur construction, soutient l'expérimentation intergénérationnelle « Hébergement Temporaire chez l'Habitant » de l'URHAJ (Union Régionale pour l'Habitat des Jeunes). En 2019, 300 binômes hébergeant-hébergé ont permis de trouver des solutions pour 10 000 nuitées.

D'autres dispositifs associatifs innovants sont soutenus à titre expérimental par les branches Famille (Caf, localement) et Vieillesse (CNAV) de la Sécurité Sociale. Ils proposent une colocation à loyer réduit conditionné à l'engagement citoyen des jeunes ou contre des services.

Ces solutions répondent à certains besoins spécifiques des jeunes, notamment de décohabitation, mais pas à leur totalité. Elles doivent être intégrées dans une dimension plus large pour éviter des cloisonnements par catégories de population et promouvoir la mixité sociale.

Autre besoin spécifique : le logement de **femmes victimes de violences** en situation d'urgence. Des solutions d'hébergement sont proposées par des associations comme SOS Femmes ou Citad'elles. Des bailleurs sociaux, dont Nantes Habitat, ont mis en place un critère de priorisation pour l'attribution des logements aux femmes victimes avec enfants.

Le **critère de mixité sociale** est intégré dans tous les programmes d'habitat social actuellement en construction. Il est mis en oeuvre réglementairement par un regroupement, dans le bâtiment, de différents types de logements sociaux avec des logements en accession à la propriété.

Dans le même esprit, Habitat et Humanisme 44 promeut **les mixités d'âge** et de problématiques des personnes au sein de ses collectifs : personne âgées, jeunes apprentis, jeunes mères isolées... Au-delà, son président Bruno Allais¹⁸ insiste aussi sur l'implantation des résidences dans des quartiers « équilibrés », plutôt en centre-ville. Le projet doit s'inscrire dans la vie de son quartier. La Maison Tisatoit à Nantes dispose par exemple d'une micro-crèche ouverte aux salariés de la CPAM et sa salle collective a été

labellisée Espace de vie sociale par la Caf 44.

Le CROUS pointe l'intérêt des partenariats avec les bailleurs sociaux et des bailleurs privés. À titre d'exemple, sur l'île de Nantes, le projet "5 Ponts" verra la création d'un ensemble de logements sociaux et étudiants, d'hébergement d'urgence et d'accueil de jour, ainsi que des boutiques et un restaurant solidaire. La conception du projet associe étroitement des personnes sans domicile qui pourront être logées par la suite.

Enfin, autre dispositif favorisant cette mixité sociale : **l'intermédiation locative**, soit via une location directe entre un propriétaire et une association, soit en passant par une agence immobilière sociale. Elle offre une garantie au propriétaire et facilite l'accès au logement à des personnes à faibles revenus. C'est souvent une première étape pour aller vers un logement de droit commun, sans subir la stigmatisation d'un quartier et une fois les ressources stabilisées.

Les acteurs, les expérimentations et les leviers sont nombreux, ils ont besoin d'un soutien fort. En agissant « dans la dentelle » auprès de publics rendus invisibles, ils répondent efficacement à des problématiques très spécifiques. Leurs actions contribuent au bien-être, à l'amélioration de la qualité de vie de personnes et plus généralement, au développement de la cohésion sociale.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Développer des formes de logement adaptées aux besoins sociaux émergents.
- > Le logement social doit être accompagné, animé, participatif et inclusif.
- > Être très attentif aux impératifs de mixité sociale et soutenir cet objectif dans les territoires et dans les bâtiments.
- > Utiliser des dispositifs relais et un accompagnement pour aller vers du logement de droit commun.

LA QUALITÉ DU LOGEMENT

Inadaptation du logement aux besoins des ménages et des personnes qui l'occupent

L'évolution de la société et la hausse du foncier modifient la conception du logement qui semble avoir évolué **d'un lieu de vie à un « lieu d'hébergement »**. La raréfaction du foncier génère une densification de l'habitat et une compression des surfaces à nombre de pièces constant. Parallèlement, on constate un faible taux de rotation dans le parc, ce qui conduit les familles qui s'agrandissent à occuper un logement devenu trop petit.

¹⁷ Léo M., Association Repairs ! 75, audition en visioconférence du 02/04/2020

¹⁸ Bruno Allais, président de Habitat et Humanisme 44, audition du 12/02/2020

La prise en compte de la surface habitable comme limite de la qualité du logement, mise en évidence dans le rapport de la Fondation Abbé Pierre¹⁹, a été démontrée pendant le confinement Covid-19. Le rapport violence-promiscuité a généré un déconfinement explosif dans certains quartiers ou certaines villes.

Par ailleurs, l'évolution des structures familiales et le vieillissement des ménages rendent l'offre inadaptée. Ainsi, 44 % de ménages isolés et de personnes âgées vivent dans un parc conçu pour des familles nombreuses alors que le parc manque de T3, T4. Entre alors dans la balance, la qualité de vie de l'occupant qui reste seul dans le logement T3-4 qui avait abrité sa famille depuis 20 ans versus les besoins de couple avec enfants que le parc peine à pourvoir.

Qualité sanitaire du logement

L'amélioration de la **performance phonique** dans les logements anciens est un vrai problème. Il y a peu de solutions à l'amplification des bruits avec une dalle béton unique sur toute la longueur du bâtiment.

Les personnes les plus financièrement fragiles sont parfois logées dans ces logements plus anciens donc moins chers. La mauvaise qualité de l'isolation phonique du logement pèse sur la santé et le sommeil. Avec le sentiment de relégation, ces nuisances de voisinage rejaillissent et entraînent une dégradation du climat social. D'autre part, il s'avère que certaines rénovations énergétiques conduisent certes à améliorer la performance énergétique des bâtiments, mais au prix d'une détérioration de leur isolation phonique²⁰.

53 % des communes de notre région sont situées sur des formations géologiques à potentiel radon moyen à fort. Ce qui fait de ce gaz un problème majeur pour la **qualité de l'air** et un facteur de risque pour la santé (2^e cause de cancer du poumon en France). Stagnant en rez-de-chaussée et dans les caves, il peut atteindre des taux de concentration importants. La sous-information des citoyens a été pointée par l'ARS dans son plan Radon et lors de sa campagne d'information en 2016.

La limitation des expositions des enfants et des jeunes est à l'oeuvre via des actions animées par la Mutualité Française Pays de la Loire et l'ARS. La surveillance de la qualité de l'air est obligatoire dans les établissements d'accueil des moins de 6 ans et les écoles primaires (2018) et dans les collèges et lycées (2020).

L'éducation à une aération régulière est le principal levier à mettre en oeuvre. La ventilation mécanique est reconnue comme moins efficace, voire impossible dans certains bâtiments BBC. Une expertise du logement et des préconisations d'entretien sont également à diffuser. Plusieurs associations (UFC-Que Choisir, CPIE) et collectivités proposent aux habitants des mesures à leur domicile. Ces démarches d'information et de promotion de la santé sont des objectifs phares de la Région sur le risque radon inscrit dans le cadre du troisième Plan Régional Santé Environnement (PRSE3).

Logement indigne

En milieu rural comme urbain, des logements indignes sont vacants mais non restaurables. Jacky Breton, alors président

de la communauté de communes des Vallées de la Braye et de l'Anille, citait l'exemple des maisons ouvrières laissées à l'abandon et regrettait l'impossibilité d'agir sur ce parc privé²¹.

Si cette compétence dépend du Département (via les Pôles de Lutte contre l'Habitat Indigne), d'autres collectivités peuvent engager des actions. Elles peinent à le faire malgré l'existence de dispositifs nationaux.

Les **Actions Cœur de Ville** (déployées par l'État dans 8 villes ligériennes) permettent entre autres la reconquête des îlots dégradés. Elles peuvent aussi avoir un effet levier comme à Saumur, où l'EPCI (Établissement Public de Coopération Intercommunale) a déployé une lutte contre l'habitat indigne dans les "communes pôles".

Dans le cadre du **Pacte de Ruralité** la Région soutient le développement du logement social par une aide à la rénovation pour les communes de moins de 3 000 habitants sous condition de transformer leur patrimoine en logement social. Elle pourrait aussi se saisir du levier qu'est le Comité Régional de l'Habitat et de l'Hébergement CRH2 et dans lequel elle siège.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Soutenir des propriétaires impécunieux dans la rénovation de leur habitat.
- > Articuler le SRADDET (schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires) et les CTR (Contrats Territoires-Région) avec les dispositifs Action Cœur de Ville et Revitalisation Centres bourgs, permettrait une démultiplication des actions d'aménagement du territoire (information, abondement, interconnaissance...).

Chauffage et rénovation thermique

La précarité énergétique résulte de trois facteurs : des ménages vulnérables à faibles revenus, la mauvaise qualité thermique des logements et le coût de l'énergie. Deux sont financiers. L'emploi du Chèque Énergie devait permettre de les atténuer mais il reste d'un usage complexe.

Les dispositifs de rénovation énergétique des logements sont sous-employés par les propriétaires éligibles en raison de leur complexité et par manque d'information. L'insuffisance d'un retour sur investissement rapide les freine aussi dans leur démarche. Le système **MaPriménov'**, consistant en un portage de l'investissement par un opérateur agréé en contrepartie de l'engagement contractuel du propriétaire sur le partage d'économies d'énergie de long terme, sera peut-être un levier. Dans les copropriétés, un repérage pourrait être fait en collaboration avec les syndics gestionnaires et des prêts à la rénovation attribués aux propriétaires.

Pour ce qui est du parc social, la réhabilitation thermique est amorcée sur 1 800 logements avec un objectif à énergie 0 dans le cadre du programme **EnergieSprong** avec la Région. Le concept doit être triplement gagnant : bailleur, habitant, environnement.

Cependant, se pose la question du **coût supporté par le**

¹⁹ Fondation Abbé Pierre, L'état du mal logement en France, 2020

²⁰ David Axel, Directeur de l'USH des Pays de La Loire, audition du 12/02/2020

²¹ Auditionné le 31/01/2020

locataire puisqu'un report de charge peut être légalement exercé par le bailleur sur le loyer. Qu'en sera-t-il des économies attendues pour l'habitant si ce report est effectué ? Comment évaluer une économie d'énergie dans les maisons avec des habitudes de chauffage différentes d'un ménage à l'autre, surtout si le coût de l'énergie augmente ? L'impact du confinement de mars-mai 2020 et du télétravail en termes de chauffage du logement n'est pas non plus à négliger.

Il semble également qu'une formation et/ou un accompagnement à l'utilisation des outils de pilotage du chauffage soit à prévoir car leur mauvais usage pourrait augmenter la consommation.

Par ailleurs, la rénovation énergétique s'accompagne souvent d'un effet rebond. Les changements d'habitude qui résultent de la rénovation énergétique conduisent à des effets plus limités qu'attendus sur la consommation et donc sur l'économie financière pour les habitants. En effet, grâce aux travaux réalisés, les ménages peuvent atteindre un niveau de confort jusqu'alors inatteignable ("effet de rattrapage"). Le CREDOC (Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie) met en avant le lien entre les performances techniques et la température du logement jugée confortable²².

Pour l'heure, bien des ménages sous-chauffent encore leur habitation avec des impacts directs sur le logement (humidité, moisissures) et sur leur santé. Ces impacts étant encore augmentés en cas de non-ventilation. Maux de tête, problèmes de santé chroniques respiratoires (bronchite), ostéo-articulaires (arthrose) ou neurologiques (dépression) apparaissent plus fréquemment chez ces personnes. Elles ont également une plus grande sensibilité aux pathologies hivernales (rhume, angine, grippe ou gastro-entérite).

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Revoir et simplifier la mise en œuvre du chèque énergie.
- > Informer des risques sur la santé du sous-chauffage.
- > Articuler des dispositifs de lutte contre l'habitat indigne avec la rénovation thermique.
- > Déployer et mobiliser sur l'ensemble du territoire régional les Plateformes Régionales pour la Rénovation Énergétique (PRARE) pour accompagner tous les particuliers : propriétaires, locataires et bailleurs de logements privés.



La dégradation de l'environnement entraîne une dégradation de la santé. L'entrée en contact avec de nouveaux virus génère l'apparition et le développement de nouvelles maladies. Les Pays de la Loire sont ainsi en alerte rouge sur la présence du moustique tigre qui remonte plus au Nord du fait du changement climatique. L'augmentation des températures crée et développe des îlots de chaleur en ville (Nantes et Angers). Enfin, le développement de réactions à des allergènes se fait à des âges de plus en plus précoces²³. > *Renvoi vers le cahier Organisation de la promotion santé-sociale*

Les inégalités d'accès à l'environnement

Désormais, de nombreuses études montrent que plus les gens sont éloignés d'un espace de nature, plus ils sont en mauvaise santé.

Par ailleurs, les terrains les moins chers sont principalement situés dans des zones à risques présents ou futurs (radon ou inondation, submersion, industriels notamment en cas de rejets). Dans ces zones, les facteurs sont mesurables notamment sur les taux de cancer dus à l'environnement immédiat extra-professionnel. « Une évaluation quantitative de l'impact sanitaire de l'exposition domestique au radon en France a été publiée en 2018 par l'IRSN et Santé publique France. Elle permet de conclure que le radon pourrait jouer un rôle dans la survenue de certains décès par cancer du poumon dans une proportion qui serait d'environ 10% »²⁴.

Dans son objectif de donner de la cohérence et de promouvoir l'égalité des territoires, le **SRADDET** pourrait jouer ici un rôle en matière d'aménagement des territoires et de prévention, notamment dans la lutte contre le changement climatique, la pollution de l'air, la protection et la restauration de la biodiversité qui reste le meilleur filtre pour la qualité de l'air. Sa dimension stratégique, prospective et intégratrice le rend particulièrement à même de proposer des actions de prévention santé-sociale.

Un outil performant : les Évaluations d'Impact sur la Santé (EIS)

Démarche innovante de santé publique, promue par l'ARS, l'EIS constitue une aide à la décision publique. Ses recommandations ont pour objectif **d'accentuer les impacts positifs, de réduire les impacts négatifs et de dégager des axes d'amélioration de la qualité de vie**. Six EIS ont été conduites en Pays de La Loire dont quatre dans le cadre

²² Comment limiter l'effet rebond des politiques d'efficacité énergétique dans le logement ? CREDOC, La note d'analyse n° 320, Février 2013

²³ CESER Pays de la Loire, Vivre en Pays de la Loire en 2050 : quelles politiques publiques régionales pour améliorer la vie des Ligériens et des Ligériennes dans un contexte de mutations ? Ceser Pays de La Loire, juillet 2020

²⁴ Institut de Radioprotection et Sûreté Nucléaire

de projets de renouvellement ou d'aménagement urbains : à Saumur (quartier Chemin Vert), à Angers (quartier Monplaisir), à Redon et Saint-Nicolas-de-Redon (quartiers portuaires), à Nantes Saint Herblain (quartier Bellevue) et à Nantes (Ile de Nantes).

Leurs préconisations agissent directement sur les déterminants sociaux de la santé : accès aux soins, rénovation de logements, restructuration des équipements sportifs et éducatifs, développement de services de soutien à l'emploi, préservation de l'environnement, circulation dans l'espace urbain...

Là encore, une articulation avec d'autres leviers dont les procédures d'urbanisme tactique, qui permettent de déroger à la loi et au code de l'urbanisme, démultiplie les possibilités d'action. Les expérimentations conduites dans ce cadre permettent de tester en cas d'évènement soudain des aménagements ou des dispositifs. Il en est ainsi des modifications de tracés de routes après la tempête Xynthia ou les modifications de plan de circulation dans des villes lors du déconfinement.

La place de l'habitant dans la définition de son cadre de vie

Ces démarches d'EIS sollicitent la participation des habitants notamment dans le cadre de concertations publiques. Le recueil de l'expertise d'usage des habitants, de « savoir chaud », complète les données statistiques. La co-construction des programmes permet également une meilleure définition et adhésion au projet en lien avec la vie qui se mettra en place dans le quartier. Pour exemple des programmes innovants de rénovation sont conduits et réalisés par les habitants eux-mêmes avec l'accompagnement de professionnels.

Dans le même esprit, Marika Frenette²⁵ souligne l'intérêt des **démarches communautaires** et promeut le « faire ensemble » en multidisciplinarité. Cette méthode de travail est à l'œuvre à Angers dans le développement des nouveaux programmes tels que la ZAC Capucins. La conception d'un espace public s'est déroulée sur une année avec les habitants, les enseignants de l'école voisine et en lien avec le projet pédagogique.

Enfin, le rôle important des représentants d'habitants dans les programmes de rénovation de l'habitat social est pointé par Axel David²⁶. Il note plus spécialement le double impact d'un projet travaillé avec les habitants. La rénovation permet l'amélioration du logement, la création d'un centre de santé, mais aussi la redynamisation des personnes, la remontée de l'estime de soi par le pouvoir d'agir. Leurs conditions de vie et leur environnement s'améliorent en même temps que leur situation personnelle.

Bassin de vie - bassin d'emploi

Penser cette articulation est fondamental en termes de qualité de vie des habitants, d'aménagement du territoire

et de développement durable.

Les élus audités dans les Vallées de la Braye et de l'Anille et en Sud Vendée Littoral repéraient le développement des « villages dortoirs » comme risque pour leur collectivité. Profitant d'un coût du foncier attractif, des familles achètent fermette à rénover ou maison neuve. Les lotissements à Vibraye et Saint-Calais attirent des familles qui travaillent à La Ferté-Bernard et au Mans. Pareillement, pour le sud Vendée, les nouveaux habitants travaillent plutôt sur les bassins des Herbiers et de La Rochelle.

Ces territoires sont peu éloignés d'axes autoroutiers, ce qui est un atout pour l'implantation d'entreprises et qui peut ouvrir de nouvelles pistes de réflexion.

Le développement d'espaces de coworking est à l'œuvre à Saint-Calais. Le siège de la communauté de communes a accueilli un professionnel « pour le dépanner ». Le patrimoine local pourrait y trouver un nouvel emploi et un second souffle.

Par ailleurs, durant le confinement Covid-19 au printemps 2020, des élus de la Sarthe ont vu s'ouvrir les résidences secondaires de leur commune et les familles s'y installer. Si un **développement du télétravail** se confirme et à condition d'être bien équipées en fibre optique, les marges de la Région ainsi que des villes moyennes bien desservies, comme Laval, pourraient se révéler très attractives pour de nouveaux habitants, ex-parisiens attirés par le cadre de vie.

Cela impliquerait donc de soutenir ces territoires dans le développement et l'articulation de services : développement de la fibre, plateforme de co-voiturage, modes d'accueil petite enfance, enfance, jeunesse, tiers-lieux, etc. Cela permettrait en outre de dynamiser l'offre culturelle et sportive, les Vallées de la Braye et de l'Anille étant l'intercommunalité la mieux dotée des Pays de la Loire en équipements sportifs par habitant.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Expérimenter des projets pilotes d'aménagement et de planification intégrant les enjeux de santé (PRSE3, Contrat de réciprocité urbain rural,...).
- > Favoriser le développement de la participation des habitants dans les aménagements qui les concernent.
- > Accompagner le développement de tiers-lieux ou les possibilités de développement du télétravail.

²⁵ Architecte urbaniste Cabinet Wigwam, Rencontres Régionales en prévention et promotion de la santé, PromoSanté, 5 décembre 2019

²⁶ David Axel, Directeur de l'USH des Pays de La Loire, audition du 12/02/2020

BESOINS

- Poser la mixité sociale et intergénérationnelle comme préalable à toute action d'aménagement du territoire concernant le logement (SRADDET).
- Développer des projets d'aménagement du territoire intégrant systématiquement les enjeux de santé.
- Soutenir le développement d'un logement accessible à tous.
- Mettre en œuvre des démarches globales pour accompagner l'accès à l'hébergement jusqu'au logement de droit commun.
- Articuler les dispositifs et plans de logement, urbanisme, rénovation pour une meilleure efficacité.
- Informer des risques sur la santé liés au logement.
> Renvoi vers la Fiche Promotion

FREINS

- Le coût du foncier sur les zones tendues.
- La conditionnalité de l'accès au logement et sa suspension parfois rapide.
- La construction de logement social liée à un effet de masse.
- Les risques sur le financement du parc social.
- Le cadre d'appel à projets annuel du PRSE3.
- L'absence de fonds d'innovation pour faire vivre les projets en fonctionnement.

LE LOGEMENT**LEVIERS**

- Créer un organisme de foncier solidaire (cf. loi ALUR).
- Investir dans des modes opératoires innovants.
- Développer des partenariats.
- La place de l'habitant : dans la planification, construction, rénovation,...
- Les Contrats Territoires-Région (CTR).

BIBLIOGRAPHIE

Rapport L'état du mal logement en France, Fondation Abbé Pierre, 25ème rapport, édition 2020

Près de cinq millions de « passoires thermiques » en France, Le Monde.fr, publié le 02/09/2020

Le parc privé potentiellement Indigne en Pays de la Loire, DREAL Pays de la Loire, Décembre 2016

ARS Pays de la Loire, L'habitat dégradé dans les Pays de la Loire et les enjeux en santé, en partenariat avec l'Insee, la DREAL, la Caf du Maine-et-Loire, novembre 2018

Les ménages modestes écrasés par le poids des dépenses de logement, Analyse des données Insee par l'Observatoire des inégalités, 12/12/2017

Comment limiter l'effet rebond des politiques d'efficacité énergétique dans le logement ? CREDOC, La note d'analyse n° 320, Février 2013

CESER Pays de la Loire, juillet 2020, Vivre en Pays de la Loire en 2050 : quelles politiques publiques régionales pour améliorer la vie des Ligériens et des Ligériennes dans un contexte de mutations ?

Institut de Radioprotection et Sûreté Nucléaire

Intervention du Cabinet architecture urbanisme Wigwam Ingenierie, PromoSanté, Nantes, 5 décembre 2019

Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !, Rapport sur l'habitat inclusif, Denis Piveteau, Jacques Wolfrom, juin 2020

CRÉATION D'UNE AGENCE FONCIÈRE RÉGIONALE

PRÉCONISATION N° 1

CIBLES : *Publics, Territoires, Acteurs locaux*

OBJECTIF

Faciliter les conditions d'accessibilité au logement et favoriser son développement harmonieux sur les territoires.

BÉNÉFICES

- Amélioration de la qualité de vie par le développement d'un habitat sain, accessible
- Contribuer à la réhabilitation et à la mixité sociale des centres-villes et centres-bourgs, ainsi qu'à leur dynamisme économique
- Réduction des Gaz à Effet de Serre (GES)
- Création d'emplois locaux non délocalisables (appui sur la filière du bâtiment avec la Cellule économique régionale de la construction (CERC) et le cluster No-vabuild (bâtiment durable)
- Revalorisation du parc existant local

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Accompagner les organismes de foncier solidaire (OFS) territoriaux pour neutraliser le coût du foncier et faciliter l'accession à la propriété au logement (cf. loi ALUR)
- Porter la réhabilitation de logements indignes ou énergivores par deux leviers :
- Un processus d'achat-réhabilitation puis de revente en logement social aux collectivités, aux bailleurs sociaux ou privés, sans oublier les besoins de logement pour les étudiants et les jeunes travailleurs. Proces-

sus qui prendrait appui sur les EPCI (pour le repérage des logements à réhabiliter) et sur le développement et la mobilisation des Plateformes Territoriales pour la Rénovation Énergétique déployées dans les territoires ;

- La création d'un fonds de soutien aux copropriétés fragiles et propriétaires impécunieux dans la rénovation de leur habitat. Prêt à la rénovation attribué aux propriétaires. Pour le repérage des copropriétés privées, collaboration avec les syndicats gestionnaires.
- Informer et accompagner les EPCI en ingénierie de projet pour l'amélioration de l'habitat. Et ce, afin qu'ils se saisissent au mieux, d'une part, du SRADDET dans une perspective de mixité sociale et de limitation de la consommation foncière et, d'autre part, des dispositifs existants régionaux (PRSE 3, Pacte de ruralité) ou nationaux (Actions Cœur de ville, revitalisation Centres-bourgs). Cette action peut être menée dans le cadre de déploiement de CTR.
- Créer un temps fort régional sur le mal logement.

Ces trois missions visent à définir des programmes d'action sur le logement, les bassins d'emploi et les services dont la santé. Pour garantir leur cohérence territoriale, ils pourraient être définis lors d'une concertation de type Conférence de l'aménagement.

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

- # Programme « Renouvellement urbain »
- # Politique « Logement et efficacité énergétique »
- # Programme « Habitat et logement social »
- # Levier contractuel SRADDET, CTR
- # SEM Croissance verte
- # SEM Croissance verte

FACILITER ET SOUTENIR L'ACCÈS AU LOGEMENT DES JEUNES

PRÉCONISATION N° 2

CIBLE : *Public*

OBJECTIF

Soutenir le développement d'une offre de logement accessible à tous les jeunes, dont les alternants ou apprentis, en période de formation, de stage, sans solution de logement.

BÉNÉFICES

- Soutien à la formation et à l'emploi des jeunes, à la mobilité étudiante et professionnelle.
- Compléter le dispositif existant Hébergement Temporaire chez l'Habitant (HTH de l'URHA) (Union Régionale pour l'Habitat des Jeunes.
- Lutter contre le sans-abrisme.

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Développement d'une offre de logement temporaire et alternée, éligible aux APL. En partenariat avec le CROUS, les associations d'accès au logement, les centres d'apprentissage et les organismes de formation.
- Soutien à des projets d'habitat inclusif favorisant le lien social entre jeunes et personnes âgées.
- Favoriser le premier pas vers le logement des jeunes sans solution FJT, notamment : Garantie Jeunes, Contrat Jeunes majeur...

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

- # Chef de file jeunesse
- # Habitat et logement social

L'INSERTION SOCIALE PAR LE LOGEMENT

PRÉCONISATION N° 3

CIBLES : *Acteurs locaux, Publics*

OBJECTIF

Soutenir les acteurs du logement qui développent des projets pour des publics en situation de fragilité (SDF, familles monoparentales, très grande pauvreté, difficultés psychiques,...) et ayant besoin d'un accompagnement gradué, dans un objectif de retour au logement de droit commun.

BÉNÉFICES

- Lutter contre le sans-abrisme.
- Lutter contre la précarité sociale et de santé.
- Soutenir la réinsertion sociale des personnes.

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Le SRADDET peut inciter les territoires à prendre en compte la mixité sociale dans l'habitat via leur PLU / PLUI.

- Soutien au financement de logements adaptés disposant d'éléments de bâti structurant (foyer, salle commune) support au projet de vie co-construit avec les habitants.
- Expérimentation d'un dispositif partenarial « Investissement social » : permettent de développer l'empowerment, la réinsertion sociale et professionnelle des personnes accueillies.
- Définition de l'action en partenariat avec l'ARS, le Service public de l'insertion, Pôle emploi, représentants des secteurs santé, médico-social, social et autres parties prenantes.
- Financement par CPOM des opérateurs candidats à la mise en œuvre.

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

- # Lutte contre la très grande pauvreté,
- # Égalité Femmes-Hommes, # FSE

SOUTENIR L'EXPÉRIMENTATION DE PROJETS D'AMÉNAGEMENT INTÉGRANT LES ENJEUX DE SANTÉ

PRÉCONISATION N° 4

CIBLES : *Territoires, Acteurs locaux*

OBJECTIF

Développer un urbanisme et des logements favorables à la santé (intégration de la biodiversité, réduction de la pollution,...) et à la mixité sociale.

BÉNÉFICES

- Améliorer le cadre de vie pour le bien-être des habitants et la capacité à vivre des situations exceptionnelles (par exemple un confinement).
- Améliorer la santé environnementale par l'urbanisme.

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Soutenir dans le cadre des dispositifs régionaux des projets favorisant l'inclusion de tous dans la ville (résidences « autonomie », aménagements paysagers des cœurs de ville intégrant des circulations apaisées, etc.)
- Favoriser la mise en place d'actions de prévention de la santé (parcours de promenade, accès aux commerces de proximité...)
- Soutenir le développement des EIS via les CTR et les partenariats avec l'ARS et les EPCI (via le CLS)

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

- # Programme « Renouvellement urbain »
- # Programme « Habitat et logement social »
- # Levier contractuel SRADDET (qui intègre les Plan Locaux d'Urbanisme), CTR
- # SEM Croissance verte

ADOPTER UN PLAN AMBITIEUX DE RÉNOVATION ÉNERGÉTIQUE DES LOGEMENTS

PRÉCONISATION N° 5

CIBLES : *Publics, Acteurs locaux*

OBJECTIF

- Améliorer le confort des habitants
- Lutter contre la précarité énergétique.

BÉNÉFICES

- La santé / Amélioration d'un déterminant de santé.
- L'emploi local.

Ce plan doit également permettre d'accélérer la mise en œuvre du service d'accompagnement de la rénovation énergétique (SARE) et le déploiement des plateformes territoriales de la rénovation énergétique (PTRE). Il s'agit d'assurer un socle commun de prestations sur tout le territoire.

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Renforcer les montants alloués à la rénovation énergétique dans le budget régional (notamment aux AREEP (Aide régionale aux économies d'énergie pour les particuliers) et mettre en place rapidement une offre

de tiers-financement intégrée à un dispositif «clé en main» (accompagnement technique et financier) via la SEM Croissance verte. Cela supposera de travailler avec la place bancaire et de mobiliser les crédits de la banque européenne d'investissement.

- En complément, la Région pourrait soutenir des structures mobiles de conseil ou des permanences délocalisées pour aller aux plus près du public concerné.
- Le CESER préconise en outre une refonte des dispositifs afin de garantir leur efficacité et leur simplicité. Cela passe par la garantie de l'obtention des aides avant travaux et l'expérimentation du dossier unique dans notre région.
- Concernant le logement social, la Région pourrait amplifier le soutien au dispositif Energie Sprong de rénovation à un niveau énergie zéro garanti sur 30 ans (tous usages énergétiques).

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

En juin 2020, le CESER a porté cette préconisation auprès de la Région lors de la saisine par la Présidente sur le plan de relance.

« LA RÉGION AMBASSADRICE »

La Région est porte-parole. Par son poids politique, économique et social, elle peut soutenir et faire des propositions à l'État et aux autres acteurs pour améliorer la qualité de vie des populations sur son territoire.

- Suivre les impacts de la réforme des APL avec l'USH, les Départements, les CCAS, les CAF et associations de solidarité.
- Soutenir les plaidoyers sur la mise à l'abri des personnes dans un logement et un environnement sécurisé.



LE TRAVAIL, L'EMPLOI ET LA SANTÉ

Les relations entre le travail et la santé sont multiples et complexes. L'état de santé peut influencer de façon importante les trajectoires professionnelles. Par ailleurs, en constituant souvent un facteur de réalisation personnelle, le travail contribue à la santé, notamment psychique. Mais différents facteurs liés au travail (charge physique et mentale, expositions physico-chimiques, biomécaniques ou psychosocio-organisationnelles) peuvent aussi altérer l'état de santé des personnes et être à l'origine d'accidents et d'affections de nature et de gravité très diverses. **Le travail constitue ainsi un facteur d'inégalités sociales de santé.**

L'emploi en Pays de La Loire

SPÉCIFICITÉ DU TISSU DES ENTREPRISES :
FORT % DE PME ET TPE¹

30%

DES SALARIÉS TRAVAILLENT POUR UNE PETITE OU MOYENNE ENTREPRISE (PME) (27% FRANCE MÉTROPOLITAINE)

17%

DES SALARIÉS DANS LES TRÈS PETITES ENTREPRISES (TPE) (19 % FRANCE MÉTROPOLITAINE)

Mais aussi



26% DES SALARIÉS DANS DES ENTREPRISES DE TAILLE INTERMÉDIAIRE (ETI) (22 % FRANCE MÉTROPOLITAINE), EN RAISON NOTAMMENT DU POIDS IMPORTANT DE L'INDUSTRIE EN RÉGION

26%

DES SALARIÉS DANS LES GRANDES ENTREPRISES (31 % FRANCE MÉTROPOLITAINE)



1^{RE} RÉGION MÉTROPOLITAINE EN TAUX DE RECOURS D'INTÉRIM: 4,4 %

1^{RE} RÉGION AVEC LA BRETAGNE LEADER DE L'EMPLOI DANS LE SECTEUR DE L'ESS 14%²

2^E PLUS FAIBLE TAUX DE CHÔMAGE AU SENS DU BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (BIT) : 6,9 % (DÉCEMBRE 2019)

Travail féminin ♀

32%

DES FEMMES EN EMPLOI CONTRE 29 % EN FRANCE PROVINCE (AUDITION INSEE)

1^{RE}

RÉGION DE FRANCE POUR LE TEMPS PARTIEL FÉMININ³



Profil des demandeurs d'emploi toutes catégories confondues en Pays de La Loire

46.3%

ONT UN NIVEAU DE FORMATION INFÉRIEUR OU ÉGAL AU BAC

28%

ONT DES PROFILS D'EMPLOYÉ OU OUVRIER NON QUALIFIÉ

20%

EN PAYS DE LA LOIRE (IDEM FRANCE À 1% PRÈS)⁴



Risques Professionnels : accidents du travail, maladies professionnelles et accidents de trajet liés au travail

Données clés issues du dernier relevé disponible de 2017 ou 2015 quand cela est précisé⁵ et⁶

Accidents du travail :

36,8 accidents pour 1 000 salariés (niveau historiquement bas) mais supérieur à la moyenne nationale

Loire-Atlantique 42 % des salariés, mais aussi près de 40 % des accidents du travail de la région.

Les établissements de 500 salariés ou plus sont moins exposés aux accidents du travail que les ETI

Service Santé au Travail Interprofessionnelle (SSTI) :

4 missions (selon l'article L. 4622-2 du code du travail)

Préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel

Apporter un conseil aux employeurs et aux travailleurs afin d'éviter ou diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir les risques liés à l'alcool et à la drogue sur le lieu de travail, de prévenir harcèlement

Apporter une surveillance médicale en fonction des risques, pénibilité et âge

Développer une veille sanitaire, participer au suivi et à la traçabilité des expositions professionnelles

Des moyens d'action

Budget national : 1,4 milliard € issu des cotisations des entreprises adhérentes, 1,8 milliard € de tous les autres acteurs en prévention⁷.

En Pays de La Loire :

Une moyenne de 93€/salarié en Pays de la Loire (99€ moyenne nationale)

240 médecins et 200 infirmières formés en santé au travail
1 million de personnes suivies en Pays de la Loire (15 millions au national), soit une moyenne de 4 300 salariés par médecin/ équivalent temps plein

¹ L'économie des Pays de la Loire, ORS, Avril 2016

² Page web Les chiffres clés de l'Économie sociale et solidaire, site espace.fr

³ Rapport Égalité Femmes Hommes 2018-2019, Conseil régional des Pays de La Loire, 01/10/2019

⁴ Rapport d'activité 2019, AGEFIPH

⁵ Sont comptabilisées les maladies professionnelles avec une première indemnisation, ce qui signifie soit un arrêt de travail d'au moins 24 heures, une incapacité permanente ou un décès.

⁶ Ces chiffres sont issus du dernier relevé disponible (2017) des accidents du travail, des maladies professionnelles avec 1re indemnisation et des accidents de trajet liés au travail. Il est réalisé par le département des Risques Professionnels de l'Assurance Maladie (pour les 94 000 établissements et plus d'un million de salariés ligériens) et par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) pour le secteur agricole. Source : ORS, Travail et santé en Pays de la Loire. Chiffres clés. Édition 2019. Les analyses de ces données 2017 sont, quant à elles, fournies par la SSTRN (Chiffres des accidents du travail et des maladies professionnelles : où en est-on en Pays de la Loire ? Publié le 28/08/2019, mise-à-jour le 06/09/2019 et sont complétées par des données de 2015 de la Direccte (Analyses Pays de la Loire N° 1, juin 2015).

⁷ Rapport Lecocq au Premier ministre Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée, Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, août 2018

DES OUTILS AU SERVICE DES TERRITOIRES

La sécurité sociale, Ordonnance du 4 octobre 1945- article 1 : Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent. Et un principe : « chacun cotise suivant ses moyens et reçoit suivant ses besoins »

PRST 2016-2020 (Plan régional santé au travail) réunit la DIRRECTE, la CARSAT, l'ARS, l'AGEFIPH, l'ARACT, la MSA, l'ORS (mais la Région n'est pas partie prenante)

Schéma régional de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDE-II, 2017-2021)

Plan de bataille pour l'emploi

Stratégie régionale de l'emploi, de la formation et développement des formations et de l'orientation professionnelle (SREFOP) et le CARIF-OREF des Pays de la Loire

Pacte d'Investissement dans les Compétences (PIC) 2019-2022

Plan régional pour l'orientation tout au long de la vie (2019)

Plan de relance de l'apprentissage

Stratégie régionale de l'ESS (SRESS) des Pays de la Loire 2017-2021

Acteurs

Les entreprises, les secteurs de l'IAE (Insertion par l'Activité Économique), de l'ESS (Économie Sociale et Solidaire)

Les Organisations syndicales et organisations patronales

La DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi, l'ARS (Agence Régionale de Santé), la CARSAT (Caisse d'Assurance de Retraite et Santé au Travail), ARACT (Action Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail)



Ressourcerie-Rezé (Loire-Atlantique), 19 septembre 2015

TRAVAIL EMPLOI SANTÉ

UNE DÉFINITION DU TRAVAIL

En français, le même terme « travail » définit à la fois l'activité et le résultat produit par cette activité. Au sens économique usuel, le travail est l'activité rémunérée qui permet la production de biens et services. Garant de la cohésion sociale, vecteur d'estime de soi, le travail permet d'accéder à la dignité, à l'autonomie, à la reconnaissance sociale et participe à la satisfaction des besoins matériels. L'emploi permet d'accéder à un statut et à un ensemble de droits (salaire, assurance chômage, santé, congés payés, retraites...).

Le travail n'est pas toujours rémunéré comme pour les « ayants droit », conjoints d'artisans et de commerçants qui concourent au développement de l'entreprise ou les « bénévoles », essentiels au fonctionnement des associations. Autre travail non rémunéré : les tâches domestiques, qui contribuent à la qualité de vie du ménage ou de la famille et représentent encore souvent une seconde journée d'activité pour les femmes.

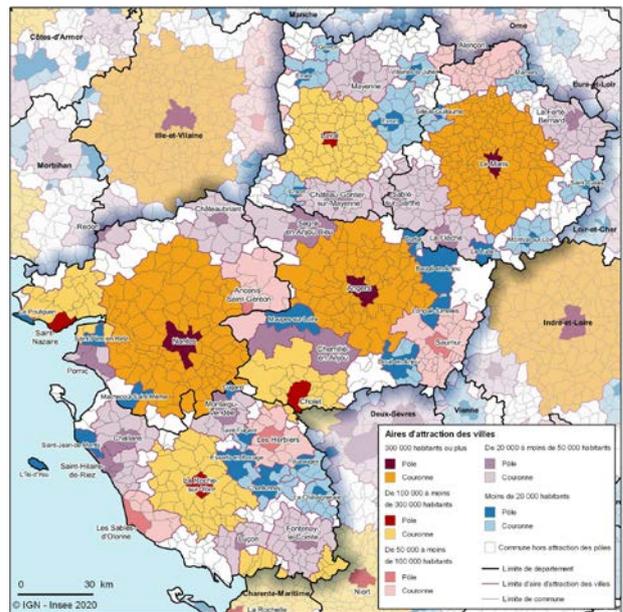
Travailler, c'est interagir avec son environnement et le travail est un élément constitutif de l'équilibre de la vie tout autant que la famille et le réseau social. Son absence prolongée peut entraîner déclassification et relégation sociale, fragilisation et dégradation de la santé physique et mentale, délitement de l'état de liberté, conduites à risques, état de grande vulnérabilité... Le travail subi présente aussi des effets délétères qui à terme peuvent là encore nuire à la santé.

L'EMPLOI EN PAYS DE LA LOIRE

Malgré un taux de chômage plutôt faible, l'emploi est inégalement réparti sur le territoire régional. À des situations de quasi plein emploi se confrontent des zones au taux de chômage plus élevé. La région est également la première de France en matière de recours à l'intérim.

Dans le contexte économique déclenché par la crise Covid-19, le marché de l'emploi présente des points de faiblesse.

Outre certains groupes présents en Pays de la Loire parfois déjà touchés par des plans sociaux, les nombreuses PME et TPE qui forment le tissu industriel régional risquent d'être fragilisées par la réduction de l'activité. De plus, une part non négligeable d'entre elles travaille en sous-traitance pour les secteurs leaders régionaux particulièrement touchés (aéronautique, automobile).



Les 58 aires d'attraction des villes en Pays de la Loire Source : Insee 2020⁸

Les Pays de la Loire sont également une région de forte activité touristique. Si l'été a vu revenir sur la côte une clientèle française qui l'avait désertée ces dernières années, le confinement de mars-mai 2020 a pénalisé l'activité des commerces et des secteurs de la restauration et de l'hôtellerie. L'emploi des personnels saisonniers en début de saison a été freiné et les jobs étudiants, les postes en apprentissage ou alternance dans ces secteurs ont été arrêtés par le confinement. Autre situation préoccupante, celle des acteurs du tourisme social qui sont bien implantés avec un patrimoine de plus de 70 hébergements touristiques (littoral, ville, campagne) répartis principalement sur le littoral⁹. Enfin, la situation sanitaire de l'automne 2020 conduit à l'annulation des classes transplantées, ce qui met en danger l'équilibre économique de nombreux centres de vacances.

Les réductions d'effectifs sont en hausse en septembre : 17% des salariés travaillent dans des entreprises qui ont diminué leurs effectifs du fait de la crise sanitaire (après 13% en juillet et en août). Cette hausse est particulièrement significative dans les entreprises de 500 salariés ou plus (19%) et dans les secteurs de l'hébergement-restauration (36%), du commerce (18%) et du service aux entreprises (21%). Les réductions d'effectifs passent majoritairement par l'annulation ou le report d'embauches prévues (55%) ainsi que par les non-renouvellements de CDD qui repar-tent à la hausse en septembre (53%, après 41% fin août)¹⁰. Des secteurs comme la culture, les sports, les loisirs, sont également impactés.

Les conséquences de la pandémie touchent toutes les catégories de la population en situation d'employabilité : salariés, travailleurs indépendants, dirigeants d'entreprise, femmes en emploi avec enfants et plus particulièrement en situation de famille monoparentale, jeunes arrivant sur le marché du travail, chômeurs en recherche d'emploi. La ten-

⁸ Les 58 aires d'attraction des villes en Pays de la Loire, Atlas des zonages des Pays de la Loire, Insee, Dossier Pays de la Loire, N°6, 13/11/2020

⁹ Rapport Des vacances pour toutes et tous. Quel avenir pour le tourisme social en Pays de la Loire ? Ceser Pays de la Loire, Octobre 2020

¹⁰ Synthèse des résultats de l'enquête mensuelle flash Acemo Activité et conditions d'emploi de la main-d'œuvre pendant la crise sanitaire Covid-19 Spéciale COVID, DARES, Octobre 2020

sion économique générée les insécurise en termes de continuité de l'activité, de l'emploi, de ressources¹¹. Elle déstabilise les relations dans l'entreprise : masques, distances de sécurité, restauration collective, possibilité ou non de télétravail suivant les postes occupés (cf. le dernier constat : *Télétravail et impacts santé-social*)... Elle perturbe la relation client : visites sur sites, démarches commerciales, fermeture de commerces « non essentiels ».

L'impact en santé est fort : isolement, stress, incommunicabilité des craintes. Dès le 23 mars, Santé publique France a lancé l'enquête CoviPrev¹². Au 6 novembre 2020, l'étude montre que la prévalence et les risques de dépression touchent 20.6% des personnes et sont plus élevés pour les personnes en situation de chômage (31.2%), d'études (30.2%) et CSP- (24.5%) (taux le plus haut pour ces deux dernières catégories depuis le début de l'étude)¹³. Le jeudi 19 novembre, le ministre de la Santé a révélé que le numéro d'aide mis en place sur ces questions (le 0 800 130 000), géré par des associations, recevait "près de 20 000 appels par jour". Le psychiatre Stéphane Franck¹⁴ alerte sur le fait qu'« il n'y a pas, à ce stade, d'accompagnement de la population d'un point de vue psychologique et psychiatrique. »

Travail des femmes en Pays de la Loire : 32% des femmes en emploi sont à temps partiel (contre 29% en France de province)

Si pour certaines, le temps partiel est lié à la nature de leur activité professionnelle, pour d'autres, il est corrélé au nombre d'enfants, la notion de « subi » est donc plus difficile à établir. Le choix n'est-il pas partiellement induit par la complexité de trouver un mode d'accueil, de concilier vie familiale et vie professionnelle ? Ce choix qui peut avoir des impacts positifs à un instant « t » en aura d'autres en termes de déroulement de carrière, de droits et pensions de retraite ou en cas de rupture conjugale. L'Insee note que 32% de ces femmes vou-draient travailler à temps plein. Le taux d'activité des femmes de la Région est supérieur à la moyenne France de province.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Un signal faible : Suivre les évolutions des licenciements à venir (nombre, motifs) et du travail précaire en lien avec la crise covid-19
- > Les effets sur la santé physique mentale et sociale des salariés et des dirigeants de ces entreprises

LE SUIVI DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Les compétences sectorielles des Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) sont plus ou moins élargies. La Mutualité Sociale Agricole (MSA) gère la santé au travail du secteur agricole et des personnes affiliées à ce régime. Le secteur public est autonome ainsi que certaines grandes entreprises (>500 salariés) qui peuvent avoir un service de santé interne. Quels que soient leur nature et leur secteur d'activité, les services de santé au travail sont des acteurs clés pour prévenir les risques du travail sur la santé.

L'entrée en vigueur de la loi « Travail » d'août 2016 a modifié significativement l'accompagnement des salariés et des entreprises par les SSTI.

Le nombre de médecins en santé au travail diminue, ce sont dorénavant des équipes pluridisciplinaires de médecins, infirmières, ergonomes, psychologues qui assurent le **suiti de l'état de santé des salariés**. L'approche de certains facteurs induits par le travail peut se faire de façon plus différenciée. Elle permettrait notamment d'améliorer la prise en compte de la précarité de l'emploi pour les salariés intérimaires, celle des critères de pénibilité ainsi que l'accueil des travailleurs handicapés par l'adaptation des postes de travail.

Cette même loi a conduit à la diminution de la **fréquence des visites médicales du travail**. Les visites périodiques doivent avoir lieu tous les 5 ans au maximum dans le cas général, contre un délai de 2 ans auparavant. Dans la fonction publique, ce délai ne semble pas souvent respecté du fait des difficultés de recrutement des médecins du travail.

Si la fréquence de l'examen périodique n'est plus systématique, hormis pour les salariés les plus exposés, Michel Bruand souligne que les personnels des SSTI peuvent recevoir les salariés à leur demande, ce qui permet un meilleur suivi de la personne. Pour mieux prendre en compte les problématiques parfois exprimées, il pourrait être souhaitable de développer des passerelles entre les SSTI et la médecine de ville. Cette action de mise en relation, qui doit rester à la demande expresse du salarié, donnerait un levier d'action pour la conciliation du bien-être tant professionnel que privé.

La crise Covid19 a mis en évidence une faille dans l'organisation de la prévention et de la santé. Dépendants uniquement du Ministère du Travail, les SSTI n'ont pas ou peu de lien avec les ARS et le Ministère de la Santé. L'ARS n'apparaît que comme partenaire institutionnel dans le Plan Régional Santé au Travail (PRST). Elle n'intervient ni dans sa construction, ni dans son pilotage qui est du ressort de la DIRECCTE.

Lors du confinement de mars-mai 2020, les équipes des SSTI ont pris une large part dans la mise en œuvre des mesures barrières, des protocoles de reprise post-confinement et d'intégration du risque Covid dans les Documents Uniques d'Évaluation des Risques professionnels (DUER). Mais elles n'ont pas été sollicitées dans la politique de déploiement des équipements de protection, ni dans l'alerte

¹² L'enquête CoviPrev a pour but de suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie, Santé Publique France

¹³ Enquête CoviPrev, Tableau 3a. Prévalences et évolutions de la dépression selon les profils sociodémographiques et les conditions de vie liées à l'épidémie (% ; données pondérées) France métropolitaine, 2020, Santé Publique France

¹⁴ Entretien, Franceinfo.fr, publié le 24/11/2020, mis à jour le 24/11/2020

¹⁵ Michel Bruand, directeur du Service de Santé au Travail de Cholet Saumur, Audition en visioconférence le 22/04/2020.

sur des situations qu'elles pouvaient identifier comme étant « à risques ». Au 8 octobre 2020, le rapport Santé publique France relève que « parmi les 3 207 clusters, les entreprises hors établissements de santé (ES) restaient parmi les types de collectivités les plus représentées pour la survenue de clusters (25%) »¹⁶. La mise en œuvre de contacts voire de groupes de travail communs SSSI-ARS semblent nécessaires.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- Développer une offre de formation initiale santé au travail dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) pour donner de la visibilité au poste infirmières/ infirmiers en médecine du travail et valoriser leur place dans les équipes pluridisciplinaire de SSTI (actuellement, dispensée comme spécialisation en formation continue : DIUST en faculté de médecine)
- Améliorer l'attractivité du secteur de la médecine du travail et de l'ensemble du secteur sanitaire et social pour favoriser les recrutements
- Instaurer une relation entre les SST, l'ARS et la Région pour le développement d'une approche globale de la prévention en santé-social au travail

LES ACTIONS DE PRÉVENTION SANTÉ AU TRAVAIL DANS LES ENTREPRISES

Il est fondamental que les entreprises ligériennes soient bien informées de la mise en œuvre des offres d'actions de sensibilisation ou de formation.

D'une part parce que le tissu industriel régional compte une part importante de PME et TPE. Du fait de leur taille, celles-ci ne disposent pas ou de peu de management intermédiaire pour pouvoir prendre suffisamment en charge des problématiques de prévention et de santé.

D'autre part, depuis le 1er janvier 2020, les missions du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ont été transférées au Comité Social et Économique (CSE). Celui-ci fusionne plusieurs instances représentatives du personnel et la Commission Santé Sécurité Condition de Travail (CSSCT) n'est obligatoire que pour les entreprises de plus de 300 salariés. Cette évolution génère pour certains médecins du travail l'inquiétude de perdre un lieu d'expression et d'échange pour faire avancer la dimension hygiène-santé. Les syndicats de salariés relèvent quant à eux le risque de perte de capacité du personnel à constater des situations problématiques, a fortiori en situation de travail à distance ou en cas d'absence de représentant de proximité sur un site. Enfin, avec la mise en place des CSE, le nombre global de représentants du personnel a souvent diminué ainsi que le temps global dont ils disposent. Le renouvellement des élus nécessite un effort de formation important notamment sur les questions de santé, sécurité et conditions de travail.

À suivre :

Des entreprises de moins de 300 salariés ont choisi de maintenir une instance CSSCT.

Les courbes d'accidents de travail seront à analyser dans les années qui viennent.

PLUSIEURS ACTEURS SONT À MÊME D'INTERVENIR

Les SSSI déploient des actions de prévention dans les entreprises, dans tous les secteurs d'activités, soit de leur propre initiative à partir d'un besoin repéré, soit à la demande de l'entreprise. Michel Bruand¹⁷ insiste sur le fait que les entreprises doivent considérer les actions de prévention en entreprise comme un investissement.

Ainsi en 2010, l'étude conduite par l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP)¹⁸, organisme français paritaire a établi que dans 80 % des cas étudiés, le bilan des actions de prévention génère une suppression ou une réduction forte du risque. Pour 1 € investi, le retour observé s'élève en moyenne à 2,19 €, 3,11 € dans les TPE. En 2013, l'étude européenne MATRIX¹⁹ s'est penchée sur les effets sur l'entreprise de la prévention des risques psychosociaux. L'étude conclut qu'un euro dépensé pouvait générer un retour net allant de 0,81 € à 13,62 € par an.

Le retour est donc bien gagnant-gagnant pour les salariés et pour l'entreprise.

De son côté, la CARSAT propose deux types d'aides financières pour aider les TPE et les PME à prévenir les risques professionnels : des subventions prévention TPE pour les établissements de moins de 50 salariés et des contrats de prévention pour les moins de 200 salariés. Outre les aides financières simplifiées (AFS) nationales, les CARSAT peuvent mettre en place des AFS régionales. Celles-ci varient selon les régions et visent divers risques professionnels, pour différents secteurs d'activité. Sont actuellement mobilisables en Pays de la Loire : l'aide Conception des lieux et situations de travail qui vise l'intégration de la santé et la sécurité au travail dans les constructions ou réaménagement de locaux sur tous secteurs d'activité et l'aide Prévention du risque TMS dans le secteur de l'aide et du soin à domicile et des EHPAD.

Enfin, les Agences Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) accompagnent également les entreprises sur les questions liées aux conditions de travail. Elles peuvent intervenir directement et individuellement auprès d'une entreprise via un diagnostic des conditions de travail mais aussi en pilotant des actions collectives de branche, interprofessionnelles ou portant sur un territoire. L'Association des Régions de France (ARF) et le réseau Anact-Aract ont signé en 2015 une convention de partenariat afin de renforcer leur coopération et mieux promouvoir la relation entre qualité de vie au travail et développement régional. Un axe du CPER des Pays de La Loire, porté par l'ARACT dans le domaine emploi est cofinancé pour 1 million d'euros (714 000 engagés dans le bilan 2019).

¹⁶ Bulletin COVID-19 : point épidémiologique du 8 octobre 2020, Santé Publique France, 0/10/20,

¹⁷ Michel Bruand, directeur du Service de Santé au Travail de Cholet Saumur, Audition en visioconférence de 22/04/2020

¹⁸ Détails et références dans Prévenir les risques professionnels : un enjeu économique pour l'entreprise, Note thématique Eurogip, ref. : 124/F, février 2017

¹⁹ Détails et références dans Prévenir les risques professionnels : un enjeu économique pour l'entreprise, Note thématique Eurogip, ref. : 124/F, février 2017

Enfin il est à noter que la Région n'étant pas associée au PRST les liens avec l'ARACT pourraient sans doute être développés. Pour la même raison, les SSTI n'ont aucun contact avec la collectivité malgré l'importance des conséquences de la santé au travail sur l'emploi et les besoins de formation.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Sensibiliser au besoin de prévention et informer sur les propositions d'actions et de soutien portés par les différents acteurs de la prévention
- > Travailler sur les modalités de prévention des risques lié au travail à distance
- > Associer la Région au PRST

L'ACCÈS À L'EMPLOI : UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

LA RÉGION : PRINCIPAL ACTEUR ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

Les Régions détiennent des compétences exclusives en matière de développement économique et d'innovation. Socle de la stratégie économique, le schéma régional de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDE-II 2017-2021) définit les orientations en matière d'aides aux entreprises (internationalisation, investissement immobilier, innovation des entreprises) et définit également les orientations en matière d'attractivité du territoire régional et de développement de l'économie solidaire. **Schéma prescriptif**, il s'impose aux autres collectivités locales en matière de développement économique et encadre leurs interventions auprès des entreprises. Avec le Contrat de Croissance Entreprise, l'entreprise est au cœur du SRDE-II ligérien.

En complément, considérant les disparités territoriales en termes de chômage et la difficulté de recruter pour les PME et ETI (Entreprises de Taille Intermédiaire, de 250 à 4999 salariés) dans plus de 40% des cas, la Région a défini son « **Plan de bataille pour l'emploi** » (mars 2018). Il vise à aider les entreprises à recruter et les **demandeurs d'emploi** à se former aux métiers en tension près de chez eux. Pour renforcer l'employabilité de ceux qui restent en marge du marché de l'emploi (priorité 4), l'offre de formation régionale est conçue comme un parcours continu vers l'emploi. Elle propose de consolider un projet professionnel, se qualifier, accéder à un emploi, reprendre/créer une entreprise. Elle s'adresse plus particulièrement aux demandeurs d'emploi (priorité 2 du plan) avec pour objectifs : augmenter de 30 % leur entrée en formation, visant prioritairement les moins qualifiés (Plan d'investissement dans les compétences) et enrichir l'offre de formation à destination des seniors, des bénéficiaires du RSA, des salariés récemment recrutés et des créateurs d'entreprises.

Le même plan s'attache à lever les **freins périphériques à l'emploi** avec des mesures en faveur de la mobilité des demandeurs d'emploi (plateformes de mobilité et tarification réduite sur le réseau de transport régional), de l'hébergement de courte durée et répété des apprentis et de la garde d'enfants pour les salariés (services de prise en charge de la petite enfance, en partenariat avec les communes et les EPCI via les contrats de territoires).

Outre les actions en faveur de l'économie et l'emploi, la **Région développe ses compétences en amont du parcours professionnel**. Chargée de la formation professionnelle des jeunes, des demandeurs d'emploi, des formations sanitaires et sociales (infirmier, aide-soignant, ambulancier, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, assistant de service social, éducateur spécialisé, etc.). La loi Formation professionnelle du 5 mars 2014 a achevé le transfert de l'ensemble de la compétence formation aux Régions : mise en place du Service public régional de l'orientation (SPRO), création d'un Service public régional de la formation professionnelle, possibilité pour les Régions de recourir aux habilitations, transfert aux Régions de la formation de publics spécifiques : détenus, handicapés, illettrés. Enfin, la loi NOTRe de 2015 a introduit la possibilité de délégation de compétence aux Régions volontaires, pour l'animation des opérateurs du service public de l'emploi (missions locales, maisons de l'emploi, Cap emploi, à l'exception de Pôle Emploi).

La loi formation professionnelle a profondément modifié le paysage de l'apprentissage, en réformant son financement. En 2016, les Régions se sont vu confier le pilotage du plan 500 000 nouvelles formations.

Les Pactes Régionaux d'Investissement dans les Compétences permettent aux Régions depuis 2019 d'être des acteurs importants de la réinsertion professionnelle pour les personnes privées d'emploi, et de prévenir l'éloignement durable des jeunes de l'emploi. Le PIC 2019-2022 des Pays de la Loire, qui vise l'emploi et la qualification des demandeurs d'emploi les moins qualifiés, prévoit la formation de 124 700 demandeurs d'emploi sur la période 2019-2022, pour un financement total de près de 713 M€. L'apport de l'État au titre de ce pacte sera de 300 M€, permettant la formation de plus de 32 700 demandeurs d'emploi supplémentaires.

A noter que la loi "pour la liberté de choisir son avenir professionnel" de 2018 signe la fin du pouvoir de régulation des régions en matière d'apprentissage, une compétence historique (depuis 1983). Les Pays de la Loire avait fortement investi ce secteur développant une concertation partenariale avec le Grenelle de l'Apprentissage en juin 2018.
> Renvoi vers le cahier *Éducation à la santé*

POUR LES PLUS ÉLOIGNÉS, UN PARCOURS POSSIBLE « ASSOCIATIONS-IAE-ENTREPRISES »

Le **manque de qualification** est un frein important dans l'accès à l'emploi. L'Observatoire de la Vendée vient de mener une étude prospective qui démontre que les employeurs vont de plus en plus avoir besoin de se tourner vers des publics de plus en plus fragiles. En Sud Vendée Littoral, selon la CPME, la recherche de personnel et la difficulté de recrutement sont fortes malgré un taux de chômage certes faible mais existant.

Le Conseil de développement et la présidente de la Communauté de communes Sud Vendée Littoral notent que, pour réarrimer ces personnes très éloignées de l'emploi, un travail partenarial des associations caritatives qui répondent à leurs besoins vitaux et les accompagnent est indispensable avec le secteur de l'IAE et les entreprises classiques.

Un pilotage multiple et cloisonné des différents secteurs intervenants (État, Département, collectivité, associations...) semble être un frein à la mise en œuvre d'une telle démarche. Autre difficulté soulignée par le Conseil de développement : l'absence de moyens vraiment significatifs pour « piloter le social ». Cependant, il note un progrès encourageant dans le discours ambiant : la pauvreté des personnes est prise en compte non plus comme « une charge » mais comme « un investissement social ».

La mise en situation de travail est encore insuffisamment mobilisée pour les personnes en grande vulnérabilité bien que des initiatives existent pour faciliter l'accès à l'emploi des plus fragiles.

Les entreprises sociales inclusives de l'IAE (Insertion par l'Activité Économique) proposent aux personnes qu'elles accueillent des parcours d'insertion associant un travail, une formation et un accompagnement adaptés. Elles offrent ainsi un modèle d'hybridation de l'économique et du social implanté territorialement, les incluant de fait dans le cercle des compétences et des partenaires des politiques publiques de la Région.

Certaines développent des dispositifs d'emploi à temps très partiel²⁰ dont l'objectif est d'offrir un cadre de travail qui s'adapte au salarié, une manière de mobiliser les effets bénéfiques de l'emploi pour tous. Certains de ces dispositifs ont créé une passerelle avec l'IAE²¹.

D'autres dispositifs ont pour objet le rapprochement et la collaboration étroite des structures de l'IAE avec des entreprises du milieu ordinaire, comme le projet « SEVE emploi »²² ou avec des groupements d'employeurs, comme le projet « EXPRESIAGE ». Dans les deux cas, il s'agit de diversifier les pratiques RH et les stratégies d'accompagnement afin de proposer des solutions à des personnes éloignées de l'emploi.

LE PACTE AMBITION POUR L'INSERTION PAR L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE (IAE)

L'axe 5 Stratégie de prévention et de Lutte contre la Pauvreté « Investir pour l'accompagnement de tous vers l'emploi » s'appuie notamment sur le déploiement, inédit par l'ampleur de ses moyens et de ses ambitions, du Pacte ambition pour l'IAE et ses 30 mesures²³. Il intéresse directement le Plan de bataille pour l'emploi de la Région.

La mesure n°22 du Pacte décrit la réforme de la gouvernance de l'IAE avec pour objectifs d'élargir son champ, décloisonner les dispositifs, favoriser les synergies territoriales et permettre d'articuler l'animation entre niveau régional et un niveau territorial centré sur une animation stratégique collective. A cette fin le Pacte crée le Comité

Régional de l'Inclusion dans l'Emploi (C.R.I.E).

L'État préconisant fortement un pilotage à partir des territoires, celui-ci associe au C.R.I.E. le principal acteur économique et social qu'est la Région, ainsi que les différentes collectivités territoriales et acteurs locaux...

Une dynamique partenariale impulsée par l'Etat

Le Comité Régional de l'Inclusion dans l'Emploi (C.R.I.E.) associe le Conseil Régional, les réseaux de l'insertion et du handicap, Pôle Emploi, les Conseils Départementaux et les animateurs régionaux de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Son rôle est essentiel et prépondérant : animer les politiques d'inclusion, partager les données de pilotage, fixer les orientations, veiller à l'articulation avec l'ensemble des politiques régionales portée par l'Etat et la Région (PIC, politiques de développement économique et de soutien aux investissements, politiques de transition écologique, politiques de revitalisation...) et assurer le suivi de la mise en œuvre du pacte ambition pour l'IAE.

Remarque : L'actualité de la crise sanitaire et le deuxième confinement ont fait reporter la première réunion du C.R.I.E. prévue le 6 novembre 2020, ce qui aurait fait de notre Région la première de France à l'avoir mis en œuvre.

À suivre :

La mise en œuvre de Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté

> Renvoi vers le cahier Pauvreté et la précarité sociale

15 chantiers de politiques sociales à l'échelle locale ont été identifiés sur lesquels travaillent 15 groupes afin de rendre un diagnostic territorial par thématiques. Un de leurs objectifs est de créer des synergies d'acteurs en sortant chacun de son « silo » d'activité. Ainsi la feuille de route du groupe de travail # 8 « Insertion des jeunes » regroupe plusieurs dispositifs : rendre plus visible le contrat PACÉA (Parcours Contractualisé d'Accompagnement vers l'Emploi et l'Autonomie, proposé par les Missions locales), identifier les besoins en écoute psychologique des jeunes, préparer l'obligation de formation des 16-18 ans, l'accès au logement.

Le déploiement sur une plus grande échelle des expérimentations

Certaines ont été présentées lors de la 3ème Conférence Régionale des acteurs (Nantes, 29/11/2019) : la réorganisation du mode d'accueil de la Maison Départementale des Solidarités (Maine et Loire), l'action pour lever les freins à l'emploi (Département Vendée-Pôle Emploi la Roche-sur-Yon)...

Les travaux du Comité Régional de l'Inclusion dans l'Emploi (C.R.I.E). Le rôle de ce comité est de mettre en œuvre le pacte Ambition pour l'Insertion par l'Activité Economique et le Service Public de l'Insertion.

²⁰ Initiatives d'associations ligériennes présentées dans le livret L'emploi à temps très partiel, des initiatives en Pays de la Loire et en France pour faciliter l'accès à l'emploi des plus fragiles, Partenariat entre FAS Pays de la Loire, COORACE Pays de la Loire et Insertion44.

²¹ Le Dispositif premières heures (DPH) financé par le département de Paris et utilisé par l'Association Carton plein (cf. le livret L'emploi à temps très partiel, des initiatives en Pays de la Loire et en France pour faciliter l'accès à l'emploi des plus fragiles, Partenariat entre FAS Pays de la Loire, COORACE Pays de la Loire et Insertion44.

²² Ce projet est soutenu par la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

²³ Pacte d'ambition pour l'insertion par l'activité économique Permettre à chacun de trouver sa place, Libérons notre potentiel d'inclusion pour créer 100 000 emplois de plus ! 09/2019

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Développer l'interconnaissance entre les associations de solidarité, les acteurs de l'IAE et les entreprises
- > Définir un échelon territorial pertinent et débloquent des financements pour favoriser les actions concertées d'un triptyque Associations-IAE-Entreprises en milieu ordinaire
- > Valoriser les actions inspirantes et soutenir les expérimentations de retour à l'emploi progressif des publics vulnérables
- > Investir les espaces de gouvernance des politiques publiques régionales de l'État

DES PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES À PRENDRE EN COMPTE POUR L'ACCÈS À L'EMPLOI

Il ne faut pas sous-estimer les **fragilités psychologiques** des personnes très éloignées de l'emploi. Il faut surmonter les échecs parfois accumulés, reconstruire une estime de soi. Le retour à la confiance en soi, à une autonomie, est indispensable pour pouvoir recommencer à se projeter. Ce travail de reconstruction, *d'empowerment*, doit se faire dans un espace de temps reconductible, cadré mais personnalisé.

La mise en œuvre d'un accompagnement suivi dans le temps avec un référent est fondamentale pour stabiliser des repères et de la confiance. Il doit se faire sur deux axes, social et retour à l'emploi, dans un parcours raisonné et progressif, individuel et collectif. Des expériences originales existent et sont inspirantes. Dans les collectifs Garantie jeunes, des ateliers et des modules dédiés à l'estime de soi utilisent le théâtre ou la mise en situation.

Il devient alors possible d'envisager une orientation professionnelle et des partenaires sont nécessaires pour aider à trouver une formule qui permette de lever **les freins à des apprentissages** directement par une formation sur le poste de travail dans les chantiers d'insertion, indirectement par un retour en centre de formation. Les deux cas peuvent être complexes pour des personnes qui ont été confrontées à l'échec scolaire et parfois de façon répétée.

Léo de l'association Repair's²⁴ note l'intérêt d'être en lien avec des réseaux tels que FACE ou le MEDEF. Travailler avec le monde de l'entreprise aide à l'intégration des codes de l'entreprise et du monde de l'emploi. Le développement des réseaux de parrainage et des simulations d'entretien (Malakoff Médéric en Pays de la Loire) et celui du tutorat au sein de l'entreprise sont aussi une aide à l'intégration et à la prise de poste.

Autre difficulté, l'absence de logement financièrement accessible à proximité des bassins d'emplois porteurs. Élise Minard²⁵ relève le refus de prise de poste par des personnes embauchées après un processus de recrutement face à la difficulté de trouver un logement. On le conçoit d'autant mieux pour des personnes en retour à l'emploi. L'obligation de mobilité pour des salariés à bas revenu ou en réinsertion implique de lourdes charges financières : la

possession d'un véhicule, son entretien et l'achat de carburant. Pour certains : travailler coûte parfois cher.

Cela amène aussi à se confronter à des **difficultés physiques** comme l'éloignement du lieu de travail et psychologiques telles que sortir de son bassin de vie, son village ou son quartier, quitter un lieu où l'on est connu et en sécurité. Pour les plus jeunes, c'est passer un nouvel examen : le permis de conduire.

D'autres freins restent à lever notamment plus spécifiquement pour **les jeunes femmes**. L'Union Régionale des Missions Locales (URML)²⁶ souligne que leur accès à l'emploi est plus long. Ceci bien qu'ayant un niveau de qualification plus élevé et moins d'appréhension à envisager un retour à la formation. La forte représentation de l'industrie, de l'artisanat (métiers manuels) en Pays de la Loire semble leur offrir moins d'opportunités, posant la **question de métiers genrés**.

L'Union Régionale des Missions Locales (URML) leur propose un accompagnement plus individualisé que genré, mais avec une attention particulière aux questions de santé, de contraception, aux situations de danger auxquelles elles sont plus exposées.

Enfin, pour toutes les femmes, jeunes ou moins jeunes, il faut trouver un mode de garde des enfants en bas âge et, en temps hors école, compatible avec des contrats courts qui peuvent débiter « du jour au lendemain », spécialement pour les mères célibataires ou jeunes femmes en situation de monoparentalité.

Concrètement ces femmes cumulent les déterminants sociaux de santé communs avec les hommes (précarité financière et sociale, faible estime de soi, difficulté de logement, d'alimentation) et leur situation de femmes et de mères.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Soutenir les associations d'éducation populaire dans le développement d'actions pour remobiliser les personnes éloignées de l'emploi
 - > Renvoi vers le cahier Organisation de la promotion santé-sociale
- > Créer des passerelles structurées entre les professionnels du social, médico-social et de l'emploi (formation, structure de concertation entre professionnels...)
- > Faire connaître les réseaux d'entraide (Associations femmes entrepreneures, Pair-aidance, ...)

UNE EXPÉRIMENTATION INTÉRESSANTE « TERRITOIRES ZÉRO CHÔMEUR DE LONGUE DURÉE » (TZCLD)

Ce projet a été développé par ATD Quart Monde, Emmaüs, le Secours Populaire et des parlementaires de différents groupes politiques²⁷. Sa mise en œuvre a été autorisée en 2016 pour 5 ans et dans 10 territoires, par le vote à l'unanimité à l'Assemblée Nationale de la proposition de « Loi d'expérimentation territoriale visant à résorber le chômage

²⁴ Audition en visioconférence de « Léo M », association Repairs, le 02/04/2020.

²⁵ Audition en visioconférence de Élise Minard, directrice des Ressources Humaines au siège administratif du groupe Atlantic, le 23/04/2020.

²⁶ Audition en visioconférence de Benoit Drapeau, directeur de l'URML Pays de la Loire, 23/04/2020.

²⁷ Le CESE s'est prononcé favorablement sur ce projet expérimental porté par des organisations de la société civile, en réponse à la demande d'avis du président de l'Assemblée Nationale.

de longue durée ». Son objectif est la création d'emplois durables, qui ne soient pas concurrentiels avec les emplois existants et qui apportent des services supplémentaires sur le territoire concerné.

L'action se déroule en deux temps. Le montage du projet doit être construit dans une logique de coopération, d'échange, de bienveillance par un comité local. Composé d'acteurs de l'économie, de l'insertion, de l'emploi, de partenaires sociaux, associatifs et de personnes concernées, il identifie les besoins, les compétences et envies des participants.

Une fois le projet validé, l'expérimentation en elle-même peut démarrer avec la création de l'Entreprise à But d'Emploi (EBE) qui embauche des chômeurs de longue durée et développe l'activité économique, le plus souvent basée sur de la pluriactivité dans les domaines de la transition écologique, du service à la personne en exclusion sociale ou de l'économie de proximité.

Le financement est assuré par le « Fonds d'expérimentation territoriale contre le chômage de longue durée » constitué par l'État, des conseils départementaux et régionaux, des communautés de communes volontaires entrées dans l'expérimentation et des organismes publics et privés volontaires. Tout ou partie des économies réalisées par l'embauche des personnes seront affectées à la « contribution au développement de l'emploi » (via le Fonds d'expérimentation) ainsi que les excédents dégagés par l'EBE. Il s'agit donc du transfert d'un budget existant et pérenne sans coût supplémentaire pour la collectivité.

Le lancement de la 2ème vague d'expérimentation dans laquelle est positionné le territoire de Pontchâteau, est en attente de l'adoption et mise en application de la loi (nov. 2020).

> *Renvoi vers l'article Territoires*

DES BESOIN IDENTIFIÉS

- > Soutenir l'initiative territoriale des EPCI et le droit à l'expérimentation dans le respect du droit du travail
- > Réaliser une évaluation sur la pérennité des emplois et le coût du dispositif TZCLD

L'INCLUSION DES TRAVAILLEURS EN SITUATION DE HANDICAP

Malgré la contribution financière AGEFIPH²⁸, l'insertion de personnes en situation de handicap dans l'entreprise reste complexe, notamment en termes d'accès physique à la formation initiale ou continue comme étudiant et stagiaire, puis à l'entreprise comme travailleur (50% des personnes

en situation de handicap vivent sous le seuil de pauvreté). L'entretien d'embauche se base sur les compétences du candidat. Évoquer une situation de handicap pendant un recrutement relève du seul choix de la personne. L'entreprise peut donc ne pas en avoir connaissance.

D'où la tendance pour les entreprises à confier une part de leur activité en sous-traitance à des entreprises adaptées et à des ESAT (établissements et services d'aide par le travail) pour répondre à leur obligation d'embauche. L'intégration des personnes en situation de handicap dans le milieu ordinaire doit rester un choix personnel. Quand celle-ci n'est pas possible, le recours aux ESAT et entreprises adaptées s'avère nécessaire pour les personnes en situation de handicap et la pérennité des structures. Par ailleurs, le développement d'entreprises adaptées dans lesquelles sera développée une attention plus grande aux travailleurs peut être préférable à l'entrée en milieu ordinaire dans une entreprise portant une politique proactive et volontaire mais pas forcément relayée par les salariés.

Des difficultés côté entreprise

La convention AGEFIPH contient des objectifs de communication, de sensibilisation, de recrutement mais il manque une vision claire des leviers actionnables par les entreprises pour recruter des salariés en situation de handicap²⁹.

Démarche pouvant concourir à l'insertion professionnelle : Duoday

Le 19 novembre 2020, partout en France, l'opération Duoday permettra la formation de duos entre des personnes en situation de handicap et des professionnels volontaires dans de nombreuses entreprises, collectivités ou associations. 1 jour = 1 rencontre pour 1 partage d'expériences.

Les employeurs ont besoin des professionnels de l'accompagnement et de l'emploi pour lever leurs freins et inclure le handicap dans leur ouverture à la diversité. Ils ont besoin de savoir, de comprendre, d'échanger pour enclencher une démarche inclusive.

À suivre : Les ESAT et notamment les Entreprises Adaptées

Les questions de rentabilité semblent s'accroître, alors dans la mesure du possible ils doivent chercher avant tout à insérer leurs salariés dans le secteur dit "normal".

Nombre d'entre eux ont subi une forte baisse d'activité, voire une activité réduite à zéro pendant le confinement de mars-mai 2020, entraînant des difficultés pour les salariés. Il convient d'être attentifs aux capacités de redémarrage de ces entreprises et à leur survie.

²⁸ Afin d'ouvrir l'emploi aux personnes en situation de handicap, la loi du 10 juillet 1987 impose à chaque entreprise de plus de 20 salariés l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés et doit employer au minimum 6 % de travailleurs handicapés dans son effectif. Si cette obligation n'est pas respectée, ni par l'emploi de travailleurs handicapés, ni par la mise en œuvre de mesures alternatives, l'entreprise est alors soumise au paiement de la taxe AGEFIPH (ou FIPHFT).

²⁹ Témoignage du Groupe Atlantic, audition le 23/04/2020

LA PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL, PREMIÈRE CAUSE DE DÉGRADATION DE LA SANTÉ DES INDIVIDUS

La pénibilité du travail peut recouvrir de nombreux aspects, au-delà des seuls critères reconnus par la loi.

Il est à noter que pour les femmes, ce critère arrive avant l'insécurité sociale et économique et la vulnérabilité aux violences de toutes sortes (conjugales et professionnelles).

Des **facteurs de pénibilité** ont été définis, liés aux rythmes de travail (horaires et tâches répétitifs), à l'exposition à un environnement agressif (bruit, agents chimiques, température), à la manutention de charges, aux postures pénibles, aux vibrations. Ils ont été établis majoritairement sur des métiers dits masculins. Les critères de mesure ont été calculés **sans tenir compte du genre** du travailleur ce qui a créé une véritable discrimination femme-homme.

Cas concret d'une hôtesse de caisse

Elle porte ou pousse un pack d'eau (9 kg) toutes les 10 min, 7h par jour, elle atteint 378 kg cumulés/jour. Elle est donc largement en deçà du seuil de 7 500 kg. Le facteur de pénibilité « manutention manuelle » n'est pas pris en compte. Pour atteindre ce seuil, il lui faudrait porter plus de 800 packs d'eau par jour.

LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS), PREMIÈRE CAUSE D'INDEMNISATION POUR MALADIE PROFESSIONNELLE EN FRANCE³⁰

En Pays de la Loire, ils affectent 4 % des salariés (3% des hommes et 5 % des femmes). Ils représentent 92 % des 5 600 maladies professionnelles nouvellement indemniées en 2015 par le régime général et semblent plus fréquents dans la région qu'au plan national.

Ils résultent d'un déséquilibre entre les capacités physiques du corps et les sollicitations et contraintes auxquelles il est exposé. Ils s'installent le plus souvent de façon progressive après une longue période de sollicitation des parties du corps concernées. Ils sont souvent développés dans les métiers exercés en travail posté après plusieurs années d'exercice, en lien avec des gestes répétés et/ou des actions de soulèvement de charges. La combinaison avec une charge mentale importante (par exemple un effort continu de vigilance sur la précision d'un geste répété) accroît encore les risques.

Enfin, les risques de TMS ne concernent pas uniquement les métiers dits physiques, mais l'ensemble des secteurs professionnels, notamment le travail sur informatique. Ils sont accentués avec le développement du télétravail.

Des actions en prévention sont donc essentielles.

L'accélération de la mécanisation des postes doit permettre de remédier à une certaine pénibilité physique du travail. Les améliorations techniques qui la réduisent ne solutionnent pas toujours la question à elles seules. Si elles permettent par exemple à des femmes de conduire un poids-lourd, elles peuvent créer une vraie difficulté pour les personnes peu ou non qualifiées. Leur métier change puisqu'il va consister à faire fonctionner la machine qui fait « l'acte métier ». Par ailleurs, il convient d'être vigilant à ce que les gains obtenus par la prévention, par exemple en diminuant la pénibilité d'un geste, ne conduisent à l'augmentation des exigences de productivité (cadence...) individuelle et à une nouvelle augmentation du risque.

D'autres pistes sont à exploiter comme l'apprentissage dès la formation initiale et en formation continue de gestes et postures pour épargner les sollicitations sur le corps, ou l'analyse et l'adaptation ergonomiques des postes de travail. Les ingénieurs de prévention de la CARSAT sont à la disposition des entreprises. Les SSTI proposent un dispositif d'action concertée avec les entreprises pour réaliser des interventions sur site et agir au plus près de la pratique des salariés, par exemple dans les boulangeries sur le traitement et la manutention des farines, ou dans les métiers de la coiffure sur les TMS.

Toutes ces actions sont à envisager à moyen ou long terme. Elles doivent être considérées non comme une charge mais comme un facteur de développement économique et soutenues comme tel.

LES HORAIRES ATYPIQUES

Plannings tournants, travail tôt le matin ou tard le soir et tout particulièrement le travail de nuit, constituent un facteur de risque pour la santé, notamment pour les femmes comme l'ont montré des études récentes.

En lien avec le décalage de l'horloge biologique, ils génèrent des risques avérés de troubles du sommeil et du métabolisme. Ceux-ci sont définis par la présence chez un même individu d'une augmentation d'au moins trois paramètres parmi les cinq suivants : le tour de taille, la pression artérielle, les triglycérides, le cholestérol et la glycémie.

Il est à souligner que les salariés qui travaillent de nuit et/ou en horaires postés cumulent souvent d'autres facteurs de risques : psychosociaux et organisationnels³¹.

Ces horaires atypiques agissent ainsi sur la conciliation des temps de vie privée et professionnelle, avec les amis et la famille. Un décalage qui complique aussi l'accès à un mode de garde pour les enfants, compatible avec leur rythme et celui du parent.

³⁰ Comprendre les troubles musculo-squelettiques, Ameli, 14 novembre 2019

³¹ Brochure Le travail de nuit et le travail posté Quels effets ? Quelle prévention, INRS, mai 2018

Exemple de modes de garde d'enfants en horaires atypiques

Pour répondre aux besoins de parents confrontés à un besoin d'accueil de leurs enfants sur des horaires atypiques (nuit, très tôt le matin ou très tard le soir), la Mutualité Française Côtes d'Armor a développé le dispositif Mamhique (Modes d'Accueil Mutualisés en Horaires Atypiques). Il propose une offre d'accueil chez une assistante maternelle ou au domicile familial, complémen-taire des modes d'accueil traditionnellement proposés. Le service est accessible aux parents dès lors que leur employeur (ou CSE ou action sociale) souscrit au dispositif.

TOUS LES RISQUES ÉVOQUÉS CI-DESSUS SONT MAJORÉS POUR LES FEMMES PEU DIPLÔMÉES

Les troubles musculo-squelettiques se retrouvent notamment chez des femmes qui ont eu des parcours plus ou moins long en industrie. Usées par un travail posté et avec de peu de compétences professionnelles, elles se reconvertissent dans les services à la personne, secteur particulièrement concerné par les TMS³². Si elles optent pour le secteur du nettoyage, elles se retrouvent confrontées aux risques chimiques liés aux produits d'entretien. Cumulant plusieurs petits boulots, elles sont impactées par les accidents de trajet qui ne sont pas que des accidents de voiture mais aussi des accidents de la rue³³.

Elles subissent les Risques psychosociaux via des licenciements successifs et les contrats courts. Mais il convient aussi de considérer le contexte global de la vie quotidienne des femmes qui majoritairement cumulent un emploi, voire plusieurs, avec les tâches traditionnellement dévolues à leur sexe, soit tâches domestiques et charge mentale de la famille.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- › Développer une approche genrée de la prévention Santé au travail (des TMS, RPS, inaptitudes, violences sexistes...)
- › Soutenir l'investissement des entreprises sur les risques professionnels notamment avec le programme de la CARSAT (ex. aide engins de levage, aspiration menuiserie ou soudure)
- › Soutenir le conseil sur site en direction des TPE PME

IMPACT SUR LA SANTÉ DES ÉVOLUTIONS DU TRAVAIL SALARIÉ

Les situations de souffrance (ou troubles) psychiques sont en augmentation depuis les années 2000, et ont été multipliées par trois entre 2006 et 2013-2014, pour les hommes comme pour les femmes. Leur développement s'amplifie en période de risques économiques. Elles affectent 3 % des salariés (2,5 % des hommes, 4,5 % des femmes). Soit des taux considérés comme élevés³⁴. Elles sont notamment dues aux évolutions de l'organisation du travail.

UN SENTIMENT DE « PERTES »

Diversément évoqué, ce sentiment recoupe différents aspects du travail. La perte de sens du travail est induite par la multiplication des tâches de gestion, des process de contrôle ou de qualité, hors du métier de base. Par exemple, parmi les personnels de santé, les infirmiers pour qui le temps administratif empiète largement sur le cœur de métier. Cette perte de sens conduit à une forme d'épuisement professionnel (« burn out » ou « bore out » selon les cas).

La perte de stabilité dans les équipes par une rotation de personnel lorsque trop de postes sont occupés par des personnes en contrats temporaires, laquelle oblige à une reconstruction relationnelle, à un transfert des process.

Enfin, la perte de repère liée aux évolutions du management, qui peut se traduire par un manque de références dans certaines grandes entreprises avec une augmentation des strates hiérarchiques ou des instances décisionnaires délocalisées.

On peut retrouver ce manque de repère dans le cadre du développement d'une politique de management participatif. Ce type de méthode complexe à mettre en œuvre, qui reconnaît une qualité de « sachant » ou « d'expert » au salarié, lui confère des responsabilités supplémentaires et l'intègre dans les process de suivi, peut se révéler contre-productif pour l'entreprise (conflit social) comme pour les salariés (conflit de loyauté), si elle est incomplètement ou mal déployée. Notamment, si elle génère pour le salarié une charge de travail supplémentaire incompatible avec ses horaires de travail. Il est alors possible de constater des cas de burn out. Ceux-ci touchent également les salariés dont les heures supplémentaires ne sont pas prises en compte, et qui travaillent « au forfait », qu'ils encadrent ou non (cadres ou assimilés dans les grilles de classification).

À suivre

Les « nouvelles » formes d'entreprises de type start-up, associations, Sociétés Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC). En partant d'un secteur « de niche » ou d'idées innovantes, les porteurs du projet cherchent un cadre souple et réactif pour construire la structure. L'objectif de ces porteurs :

³² Audition en visioconférence de Michel Bruand, directeur du Service Santé Travail de Cholet Saumur, 22/04/2020

³³ Audition le 15/01/202 de Geneviève Couraud, rapporteure de l'étude La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité pour le compte du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

³⁴ La santé des habitants des Pays de la Loire, Observatoire Régional de Santé, mai 2017

être dans l'action, le sens, le métier, et pouvoir à terme être salarié.

DES DEMANDES D'ADAPTABILITÉ ET DE RÉACTIVITÉ

Elles peuvent être vécues par certains comme une opportunité d'acquisition de compétences, de qualification, de progression dans son poste et source de dynamique professionnelle mais elles peuvent aussi être ressenties comme épuisantes.

Le glissement du métier vers un travail dont les contours sont définis par la mission ou par le poste peut également favoriser une demande d'adaptabilité rapide et fréquente quand le poste ou la mission évolue. De même la mise en œuvre de nouveaux outils plus performants peut mettre des équipes (managers, techniciens, opérateurs) en difficulté. L'accompagnement de leur déploiement est fondamental pour que l'outil généraliste s'adapte aux besoins spécifiques de l'entreprise et que les employés se forment à l'outil.

De plus, la tension des marchés et le contexte économique fortement concurrentiel font peser sur les entreprises une exigence de réactivité sur les coûts et les délais.

Enfin, dans un monde professionnel aux parcours de moins en moins linéaire, le salarié est rendu de plus en plus responsable de son employabilité, dans une logique beaucoup plus individuelle que collective. La réforme du Compte Personnel de Formation (CPF) lui donne plus largement la main pour décider de sa formation. À lui d'avoir la capacité de s'informer sur les formations disponibles et éligibles avec des moyens financiers alloués inférieurs à ceux du Droit Individuel de Formation. De même, en recherche d'emploi, ou en reconversion professionnelle, à lui de se repérer dans le fourmillement de ressources disponibles et des dispositifs, et de les activer³⁵. Tous les salariés ne sont pas en égale capacité de s'emparer de ces outils et dispositifs mis en place pour eux. Les besoins en orientation, accompagnement et soutien dans la démarche sont importants et il convient d'y répondre.

LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS)

Les facteurs psychosociaux de risque au travail sont définis comme les risques engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. Ils sont répartis suivants six axes : exigences du travail (intensité, temps de travail...), exigences émotionnelles, autonomie et marges de manœuvre, qualité des rapports sociaux au travail, conflits de valeurs et situation économique.

Leur identification passe par le repérage des zones de mal-être, évidentes ou non identifiées comme telles car perçues abusivement par le salarié comme inhérentes au métier. Ainsi, des travailleurs sociaux n'avaient-ils pas identifié le risque routier comme RPS. De même, ils classaient les insultes et les menaces des publics accompagnés dans le registre des « incidents ».

Les RPS « peuvent porter atteinte à la santé physique, mentale ou sociale des travailleurs »³⁶. Ils peuvent se combiner à la pression sociale croissante et parfois à des conditions personnelles (matérielles, solitude), ce qui amplifie leur portée. Leur répercussion par une interpénétration des sphères professionnelles et privées atteint la santé du salarié, du ménage ou de la famille. Ces situations génèrent désarroi, érosion de la confiance et de l'estime de soi. Elles sont autant de facteurs de stress et de risques de burn-out ou de bore-out pouvant conduire à une désocialisation, des addictions ou à des tentatives de suicide.

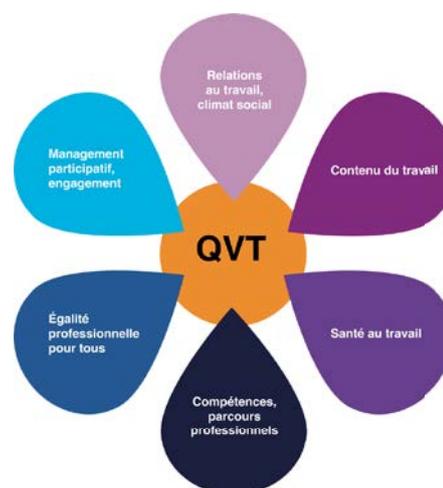
QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL (QVT) ET RESPONSABILITÉ SOCIALE DE L'ENTREPRISE (RSE) DANS LA PRÉVENTION (RSE)

Visant l'amélioration du bien-être au travail et du climat social dans l'entreprise, ces politiques peuvent agir toutes les deux sur la réduction des risques psychosociaux.

La Qualité de Vie au Travail (QVT)

L'ANI (Accord National Interprofessionnel) de 2013 définit la QVT comme « un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une recon-naissance et une valorisation du travail effectué ».

La culture d'entreprise peut dans certains cas être porteuse d'une démarche Qualité de Vie au Travail (QVT). Le Groupe Atlantic, entreprise familiale devenue internationale, a développé un projet de QVT en concertation avec le service RH, les salariés, les psychologues d'entreprise. Il englobe un travail sur l'ergonomie des postes, une sensibilisation aux gestes... Des services aux salariés ont aussi été développés avec des partenaires extérieurs : conciergerie, accès à des places de crèche, aide à la recherche de logement.



Les 6 dimensions de la QVT selon l'ARACT³⁷

³⁵ Étude Comment faciliter l'accès à la formation professionnelle ? CESER Pays de La Loire, octobre 2019

³⁶ Page web Associer RSE et QVT dans l'entreprise, site AFNOR.fr

³⁷ Page web Les 6 dimensions de la Qualité de Vie au Travail, site Paysdelaloire.aract.fr,

Le levier QVT, dont le concept est clairement défini et réglementé, peut œuvrer en faveur d'une réduction des risques sur la santé et notamment des RPS.

Cependant, si la démarche n'est pas correctement conduite ou si elle reste superficielle, descendante ou non-participative, elle s'avèrera contreproductive et pourra augmenter les risques pour les équipes.

Le principal facteur de QVT reste la qualité du management, du dialogue social et de l'organisation du travail associant l'ensemble des parties prenantes en prenant en compte l'expression des salariés sur le contenu de leur travail.

À suivre

L'utilisation et le bénéfice retirés de ce type de services facilitateurs.

AUTRE LEVIER : LES POLITIQUES RSE³⁸

La RSE

La Responsabilité Sociétale des Entreprises ou Responsabilité Sociale des Entreprises est définie par la Commission européenne comme l'intégration volontaire par les entreprises de préoccupations sociales et environnementales à leurs activités commerciales et leurs relations avec les parties prenantes.

Les entreprises qui souhaitent mettre en œuvre une politique RSE peuvent s'appuyer sur la norme internationale ISO 26000, qui ne donne pas lieu à certification. Elle précise que l'entreprise engage sa responsabilité sur l'impact de ses actions et de ses décisions sur la société et l'environnement. Elle définit le périmètre de la RSE sur sept points de vigilance : la gouvernance de l'organisation, les droits de l'homme, les relations et conditions de travail, l'environnement, la loyauté des pratiques, les questions relatives aux consommateurs, les communautés et le développement local. Des axes dont plusieurs croisent la prévention des RPS.

Le déploiement d'une stratégie RSE interroge les modes de fonctionnement jusqu'à la « raison d'être de l'entreprise » pour créer de nouvelles solutions plus éthiques et plus durables tout en continuant à créer de la valeur et à générer profit ou excédents. Il est vecteur de changement, parfois d'innovation. Une politique RSE sera efficace et **bénéfique en termes de prévention santé au travail**, si elle s'inscrit dans l'ADN de l'entreprise. C'est-à-dire comprise et appliquée par toutes les parties prenantes, transversale et mesurable.

Une étude sur 8 500 entreprises impliquées dans une démarche RSE met en évidence une performance supérieure en moyenne de 13 % sur les autres³⁹. Elle préconise aussi d'accompagner les PME et TPE dans le développement de cette démarche.

Ce qui rejoint les études précédemment citées sur l'intérêt global des investissements dans des politiques de prévention.

La mixité, un facteur d'amélioration du climat social

La mixité est un facteur d'équilibre dans les relations sociales des équipes. Différences et complémentarités du cheminement de pensée, des modes d'organisation du travail sur les postes, sont autant d'éléments régulateurs. Reste à questionner quels postes, et à quel niveau, sont occupés par les femmes dans ces équipes.

Les Centres d'information du Droit des Femmes et des Familles (CIDFF) interviennent à la demande des entreprises pour sensibiliser / former sur la question égalité femme homme, prévenir les RPS concernant les VSST (violences sexistes et sexuelles au travail) notamment et ainsi favoriser la mixité professionnelle.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Travailler sur les RPS par la QVT et la RSE
- > Poursuivre et amplifier l'information et la formation de l'entreprise à l'intérêt de la mixité comme un facteur d'équilibre dans les relations sociales et de qualité de vie au travail

TÉLÉTRAVAIL ET IMPACTS SANTÉ-SOCIAL

Jusqu'ici le télétravail était moins répandu en France que dans les autres pays européens. La pandémie de Covid-19 et le confinement de mars-mai 2020 ont accéléré le déploiement massif d'une forme « bricolée de travail » à la maison », réalisé parfois avec des enfants confinés, ce qui génère une difficulté supplémentaire pour les femmes. Bien loin donc de la définition du télétravail à l'article 1222-9 du Code du travail. Elle n'a été possible que pour certains métiers et dans des territoires connectés. A noter que pour certains salariés, cette forme de travail se poursuit encore lors du second confinement (débuté le 29 octobre 2020), avec à nouveau, des injonctions au télétravail généralisé pour toutes les missions qui peuvent « être télétravaillées ».

Le télétravail bouleverse l'écosystème et questionne en termes de bénéfices-risques pour l'entreprise comme pour les salariés dans la dimension santé-social.

Il questionne la **dimension collective du travail** comme créateur de lien social avec une évaluation nécessaires des risques d'isolement, voire de désocialisation des personnes.

³⁸ Qu'est-ce que la responsabilité sociétale des entreprises (RSE) ? Portail Bercy Entreprises Infos, publié le 19/11/2019

³⁹ Étude Responsabilité sociale des entreprises et compétitivité - Évaluation et approche stratégique, Salima Benhamou, Marc-Arthur Diaye, France Stratégie, janvier 2016

L'organisation du travail du salarié est également à envisager. La gestion du temps notamment par rapport à la charge de travail et au suivi des horaires peut-elle être entièrement déléguée à l'encadrement invisible d'un logiciel. Quel accompagnement à surmonter les difficultés des tâches ou missions est mis en œuvre ?

Enfin, le suivi des bonnes conditions de travail est à mettre en place. Le salarié dispose-t-il d'un espace approprié, « dédiable » ou dédié dans des logements dont la surface ne favorise pas forcément le regroupement des fonctions habitat et travail ? Quel régulateur pour limiter les risques d'intrication des sphères professionnelle et privée ?

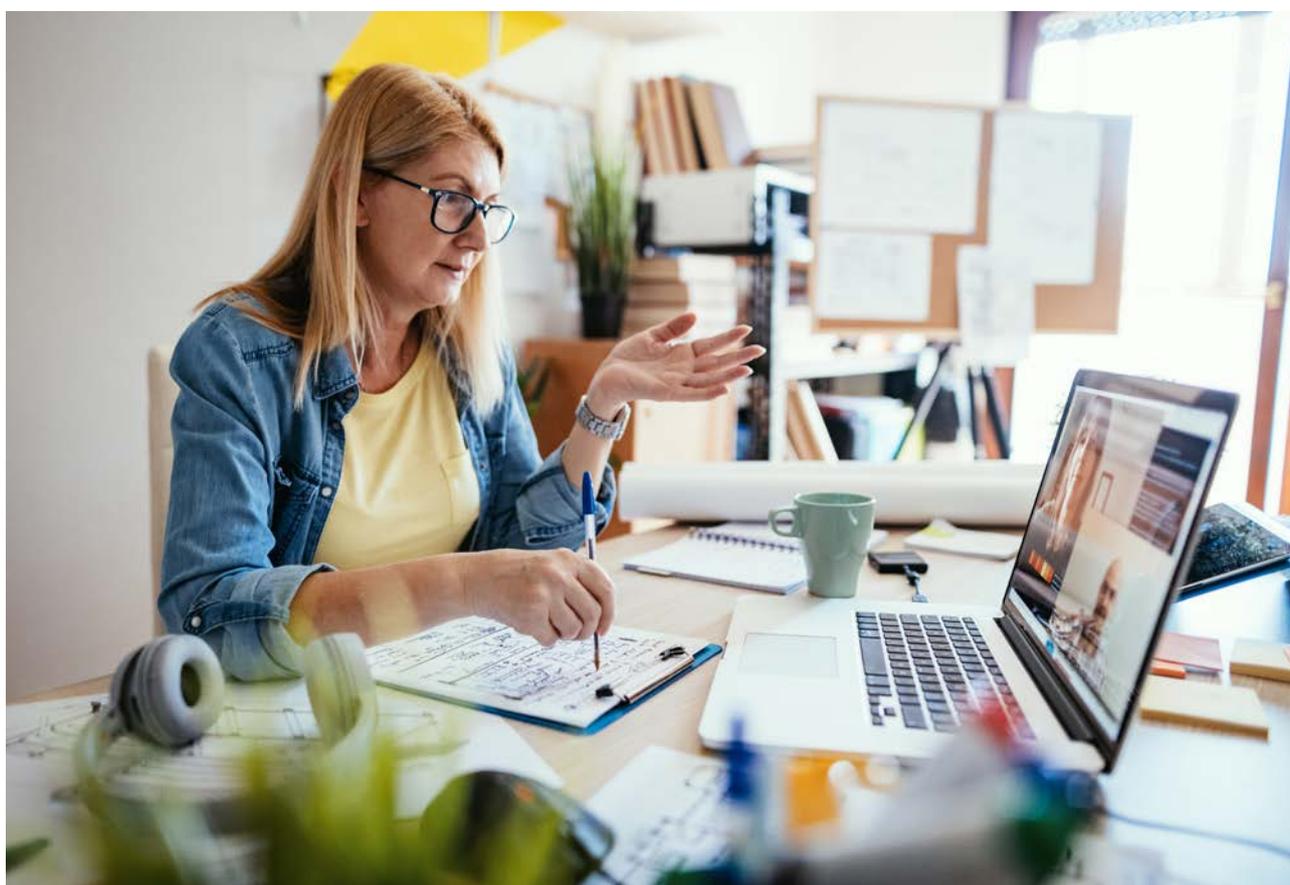
Cependant, le télétravail présente des **aspects bénéfiques** aux yeux des personnes qui ont choisi de l'exercer. Il correspond à des attentes et le salarié peut y trouver une amélioration en terme de qualité de vie : un gain de temps et une baisse des risques en réduisant les trajets travail, une possibilité d'aménager ses horaires en fonction de ses contraintes personnelles ou familiales.

Sa découverte pendant le premier confinement a séduit beaucoup de salariés. Le retour au travail sur site, en « présentiel » à l'issue de ce confinement a été compliqué pour certains d'entre eux. Au-delà de la peur d'un virus toujours présent, ils avaient aussi perdu une forme de **socialisation**. La vie dans l'équipe, le travail sous le regard des collègues, la reprise du rythme de l'entreprise leur semblaient compliqués.

On le voit, il convient de l'inscrire dans une démarche encadrée et inscrite dans le cadre réglementaire d'une négociation d'entreprise. **Le « tout télétravail » ne semble donc profitable ni pour les travailleurs, ni pour les entreprises.**

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Des conséquences sur l'aménagement du territoire (les infrastructures des transports, les réseaux numériques, le bâti entreprise et privé, l'écologie et le développement de zones excentrées pour des trajets quotidiens mais bien desservies pour un trajet hebdomadaire (exemples : Vendôme, Laval, Est-Sarthe proche du réseau autoroutier))
- > La nécessité de pouvoir disposer d'espaces dédiés connectés, au domicile ou dans des tiers lieux comme les espaces de coworking



BESOINS

- Engager les acteurs régionaux de la Santé dans la dimension prévention santé-sociale au travail
- Développer des réseaux favorisant l'insertion par l'activité
- Diffuser l'information sur les actions de prévention possibles et à développer en entreprise
- Développer des actions d'information sur l'importance de la mixité en entreprise

FREINS

- Le passage du CHSCT au CSE
- Un marché de l'emploi tendu
- Sociaux : La mobilité, le logement, le mode de garde des jeunes enfants
- Des dispositifs pour les jeunes qui ne sont pas déployés sur tout le territoire (exemples : service civique dans le cadre d'une mission d'intérêt général, terrain d'apprentissage pour les 16-18 ans)
- Le lien insuffisant entre services de santé au travail et ARS

**LE TRAVAIL,
L'EMPLOI
ET LA SANTÉ****BIBLIOGRAPHIE**

L'économie des Pays de la Loire, ORS, avril 2016

Page web Les chiffres clés de l'Économie sociale et solidaire, esspace.fr

Rapport Égalité Femmes Hommes 2018-2019, Conseil régional des Pays de La Loire, 01/10/2019

Rapport d'activité 2019, AGEFIPH

ORS, Travail et santé en Pays de la Loire. Chiffres clés. Édition 2019

Chiffres des accidents du travail et des maladies professionnelles : où en est-on en Pays de la Loire ? SSTRN, 28/08/2019

la Dirrecte (Analyses Pays de la Loire N° 1, juin 2015

Rapport Lecocq au Premier ministre Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée, Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, août 2018

Les 58 aires d'attraction des villes en Pays de la Loire, Atlas des zonages des Pays de la Loire, Insee, Dossier Pays de la Loire, N°6, 13/11/2020

Rapport Des vacances pour toutes et tous. Quel avenir pour le tourisme social en Pays de la Loire ? Ceser Pays de la Loire, octobre 2020

Activité et conditions d'emploi de la main-d'œuvre pendant la crise sanitaire Covid-19 Spéciale COVID, DARES, Octobre 2020

Conditions de vie pendant le confinement : des écarts selon le niveau de vie et la catégorie socioprofessionnelle, Insee Focus n° 197, 19/06/2020

Confinement : des conséquences économiques inégales selon les ménages, Insee Première, n° 1822, 14/10/2020

Enquête CoviPrev , Santé Publique France

Nicolas Franck, Entretien sur Franceinfo.fr, publié le 24/11/2020, mis à jour le 24/11/2020

Bulletin COVID-19 : point épidémiologique du 8 octobre 2020, Santé Publique France, 0/10/20,

Prévenir les risques professionnels : un enjeu économique pour l'entreprise, Note thématique Eurogip, ref. : 124/F, février 2017,

Livret L'emploi à temps très partiel, des initiatives en Pays de la Loire et en France pour faciliter l'accès à l'emploi des plus fragiles, Partenariat entre FAS Pays de la Loire, COORACE Pays de la Loire et Insertion44.

Pacte d'ambition pour l'insertion par l'activité économique Permettre à chacun de trouver sa place, Libérons notre potentiel d'inclusion pour créer 100 000 emplois de plus ! 09/2019

Grand Débat National : faire nation et agir dans les territoires, les 29 propositions du CESER, CESER des Pays de La Loire, mars 2019

Comprendre les troubles musculo-squelettiques, Ameli, 14 novembre 2019

Brochure Le travail de nuit et le travail posté Quels effets ? Quelle prévention, INRS, mai 2018

La santé des habitants des Pays de la Loire, Observatoire Régional de Santé, mai 2017

Étude Comment faciliter l'accès à la formation professionnelle ?, CESER Pays de La Loire, octobre 2019

Page web Associer RSE et QVT dans l'entreprise, site AFNOR.fr,

Page web Les 6 dimensions de la Qualité de Vie au Travail, site Paysdelaloire.aract.fr,

Qu'est-ce que la responsabilité sociétale des entreprises (RSE) ? Portail Bercy Entreprises Infos, publié le 19/11/2019,

Étude Responsabilité sociale des entreprises et compétitivité - Évaluation et approche stratégique, Salima Benhamou, Marc-Arthur Diaye, France Stratégie, janvier 2016,

La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité, Geneviève Couraud, rapport au Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, mai 2017,

Santé et travail : une approche par le genre pour améliorer la prévention, Florence Chapert, La santé en action N°44, Santé Publique France, septembre 2017,

De plus en plus de Ligérien travaillent hors de leur intercommunalité de résidence, Insee Flash Pays de la Loire , N° 93, septembre 2019,

Les emplois se concentrent très progressivement sur le territoire, les déplacements domicile-travail augmentent, Insee Premières n°1771, septembre 2019,

LEVIERS

- Le PRST
- Nouveaux partenariats à élaborer
- Prévention Genre et travail
- Actions auprès des entreprises des différents acteurs : STI, de la CARSAT, associations...
- Formation /information auprès des salariés
- Croisement avec le plan Ambition alimentation santé de la Région et les Projets Alimentation Territoriaux (PAT) des collectivités : un axe de développement sur la qualité alimentaire dans les restaurants d'entreprise ou société sous-traitante, aux producteurs locaux, aux restaurants ouvriers... avec l'appui des infirmières SST
- Intégration d'un module santé au travail à la formation des infirmiers
- Les démarches de RSE et de QVT

S'EMPARER DES DÉMARCHES IMPULSÉES PAR L'ÉTAT POUR DÉVELOPPER DES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES

PRÉCONISATION N° 1

CIBLES : *Territoires, Acteurs locaux*

OBJECTIF

Finaliser un cadre contractuel avec l'État qui lui permettra d'accéder aux crédits dédiés pour le déploiement du Pacte Ambition IAE et de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la Pauvreté, dont l'État joint le pilotage à partir des territoires.

BÉNÉFICES

- Renforcer le Plan de bataille pour l'emploi en contribuant au développement de nouveaux emplois
- Toucher des populations hors radar habituel
- Réduire la pauvreté sur le territoire et améliorer la qualité de vie des habitants

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

La Région nous semble être à la bonne échelle car elle possède les compétences et les moyens pour contribuer à la dynamique et à la réussite de ces plans sur son territoire. Elle pourrait :

- porter un intérêt aux démarches d'État tels que la Stratégie Nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, puis s'en emparer pour :

- A minima consulter les EPCI et les communes, les départements, les corps intermédiaires tels que les associations, les chambres consulaires, les organisations syndicales,

- Co-construire une vision, une politique de moyen ou long terme (hors situation d'urgence) en prenant appui sur ces mêmes interlocuteurs qui ont la connaissance des besoins et du terrain,

- Et enfin, aider à la mise en œuvre en soutenant les acteurs de terrain sociaux/solidarité qui ont la connaissance des situations concrètes.

NB : un soutien hors appel d'offres est souhaitable pour éviter des effets négatifs telle la concurrence, perspective court-termiste

- relayer, décliner et compléter le plan d'actions gouvernemental ciblé et destiné à favoriser l'embauche des jeunes (public le plus touché par le chômage et la précarité).

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

Plan de bataille pour l'emploi

SOUTENIR UN PARCOURS PROGRESSIF DE RÉINSERTION PAR L'ACTIVITÉ - VOLET 3 SUR 3

PRÉCONISATION N° 2

Volets complémentaires : Volet 1/3 - Soutenir un Parcours progressif de réinsertion sociale dans le cahier Pauvreté et précarité sociale, volet 2/3 - Développement de formations impliquant des compétences psychosociales dans le cahier Education à la santé

CIBLE : *Acteurs locaux*

OBJECTIF

Créer et mettre en action un Réseau Régional des Associations de Solidarité, des Chantiers et entreprises d'insertion et des Entreprises

BÉNÉFICES

- Favoriser la continuité du Parcours de réinsertion initié dans les volets 1 et 2 de la préconisation
- Compléter la démarche du Pacte de l'IAE en amont du parcours avec les associations de solidarité et en aval avec les réseaux d'entreprises

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

Attribuer des financements de fonctionnement au Réseau qui lui permettront de :

- Développer l'interconnaissance entre les associations de solidarité, les acteurs de l'IAE et les entreprises et favoriser l'articulation des actions de leurs professionnels

- Mettre en place une continuité d'accompagnement des futurs salariés en utilisant la complémentarité des compétences du réseau

- Soutenir la reprise et l'essaimage d'expérimentations issues de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

Plan de bataille pour l'emploi

SOUTENIR L'EMPLOYABILITÉ DES FEMMES

PRÉCONISATION N° 3

CIBLES : *Publics, Acteurs locaux*

OBJECTIF

Développer et renforcer les ressources des familles et l'autonomie des femmes

BÉNÉFICES

Réduire l'exposition au chômage des jeunes femmes, diminuer les risques santé-social liés aux conditions de travail.

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

Favoriser la mixité des métiers :

- Par le développement d'actions éducatives pour lever des freins psychologiques
- Par l'orientation en proposant un élargissement des choix pour les filles et les garçons

Soutenir l'accès des femmes à la formation notamment par l'apprentissage, avec une attention particulière pour les métiers où elles sont peu présentes

Participer à favoriser l'offre d'accueil des enfants pour des réponses aux horaires atypiques et contrats courts (aux côtés du gestionnaire, de l'employeur, et de la branche famille)

Soutenir les actions de prévention santé-social en entreprise (par du conseil sur site) sur :

- La prévention genrée de la santé au travail, par exemple sur les TMS et les RPS
- La question du genre : valoriser la mixité des équipes, informer sur la pénibilité du travail au féminin, sensibiliser sur le harcèlement "ordinaire"...

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

- # Plan de bataille pour l'emploi
- # Pacte éducatif régional
- # Égalité Femmes-Hommes

DÉVELOPPER LA PRÉVENTION SANTÉ DANS LES ENTREPRISES LIGÉRIENNES NOTAMMENT PME-TPE

PRÉCONISATION N° 4

CIBLE : *Acteurs locaux*

OBJECTIF

Inciter les PME et TPE dans des dynamiques de prévention des risques professionnels.

BÉNÉFICES

Améliorer les conditions de travail et le bien-être dans l'entreprise.

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

Responsable des politiques économiques, la Région doit veiller au déploiement de politiques de prévention des risques professionnels :

- Accompagner les dynamiques de communication et les bonnes pratiques auprès des entreprises sur l'intérêt de la prévention des risques professionnels
- Soutien de la Région aux entreprises qui s'engagent dans l'adoption de bonnes pratiques, d'outils et de méthodes de suivi en faveur de la santé et de la prévention dans les PME et TPE

Par exemple

- Expérimentation (mobilisable en lien avec les AFS de la CARSAT) : Inclure des modules « prévention santé au travail » dans les formations sanitaires et sociales, notamment pour les métiers d'aide à la personne. Un soutien à l'innovation pourrait être mis en œuvre en lien avec le Gérontopole, les EPCI et toute la filière de la Silver Economie
- Promouvoir la réduction de la pénibilité du travail avec le programme de la CARSAT (ex. aide engins au levage, aspiration menuiserie ou soudure)
- Soutenir des Journées de conseil prévention sur site, en direction des TPE et PME avec une prise en charge par la Région et les branches professionnelles, notamment dans le cadre d'actions concertées entre entreprise et SST selon le principe « Chacun sur son métier »

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

- # Plan de bataille pour l'emploi

DÉVELOPPER DES ESPACES DE TRAVAIL PARTAGÉS DANS LES TERRITOIRES

PRÉCONISATION N° 5

CIBLE : *Territoires*

OBJECTIF

Développement d'espaces de coworking labellisés « compatible pandémie »

BÉNÉFICES

- Permettre le télétravail dans des locaux existants aménagés et bien équipés (accès numériques, surface, matériels) et financièrement accessibles.
- Lutter contre l'isolement dans le cadre du télétravail avec des conditions de travail compatibles avec la relation sociale.

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

Le développement de tels espaces permettrait un travail à distance, sans isolement, hors domicile, avec des réseaux numériques efficaces et dans des conditions sanitaires respectant les mesures de protection.

En outre ils participeraient à l'équité des territoires, à l'égal accès des populations au travail et à la réduction des déplacements domicile-travail.

Points de vigilance :

- Privilégier les lieux déjà bien reliés aux réseaux numériques (pour limiter les investissements) et faciles d'accès en transport collectif,
- Soutenir la création de tels lieux dans des secteurs identifiés, basé sur des bâtiments existants, pôle ruraux, bien desservis en axes routiers et/ou ferroviaires pour favoriser en même temps le développement de la fibre sur ces territoires
- Localiser les espaces de co-working en évitant les zones à fort taux de radon

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

- # Pacte de Ruralité
- # Contrat Territoires-Région

DÉVELOPPER UNE FORMATION « RÉFÉRENT PRÉVENTION SANTÉ AU TRAVAIL »

PRÉCONISATION N° 6

CIBLE : *Acteurs locaux*

OBJECTIF

Former des « référents prévention santé au travail » pour développer la prévention santé travail en entreprise.

BÉNÉFICES

- Action basé sur le modèle des sauveteurs secouristes du travail (SST)
- Avoir une veille dans l'entreprise (spécialement pour les TPE et PME)

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Consulter les acteurs responsables pour la consolidation des missions et les éléments du programme de formation : ARACT, CARSAT, SSTI et les partenaires sociaux

- Insérer la formation dans le programme de formation du Conseil Régional
- Repérer des "Référents prévention" au sein de l'entreprise et les former

En parallèle :

- Développer une formation « Sensibilisation à la prévention des risques professionnels » à destination des demandeurs d'emplois volontaires afin de permettre aux futurs salariés d'avoir un regard éclairé sur leur poste de travail, et avoir la possibilité de faire des propositions pour le faire évoluer
- Puis ouvrir l'accès à la formation « Référent prévention » à ces personnels

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

- # Stratégie régionale emploi, formation et orientation professionnelles (SREFOP)

PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP ET TRAVAIL

PRÉCONISATION N° 7

CIBLE : *Publics*

OBJECTIF

Participer à l'inclusion des personnes en situation de handicap dans le monde du travail les ressources des familles et l'autonomie des femmes

BÉNÉFICES

Garantir une égalité de droits par rapport aux autres salariés

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

Le Conseil Régional ne pourra travailler qu'avec des organismes détenteurs de la Certification Qualiopi (effective à compter de janvier 2022)

- Mettre en œuvre une clause de conditionnalité d'éligibilité au catalogue des formations régionales, dont l'accès aux locaux...

- Soutenir une formation pour les personnels d'encadrement afin d'assurer le suivi des personnes en situation de handicap
- Soutenir les entreprises dans l'adaptation des locaux, du matériel... pour favoriser l'accès à l'emploi des personnes en situation du handicap
- Promouvoir la communication sur les bonnes pratiques des entreprises en matière d'inclusion des personnes en situation de handicap

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

Plan de bataille pour l'emploi # Programme Santé publique, Vieillesse et politique du handicap

LE CESER SOUHAITE ÉGALEMENT RAPPELER :

LES QUESTIONS DE MOBILITÉ EN LIEN AVEC LA DIMENSION SANTÉ-SOCIALE

La Région adoptera au printemps 2021 son schéma régional des mobilités, Le CESER a émis des préconisations en la matière dans sa contribution votée en octobre 2019, afin de fixer un cadre régional cohérent qui facilite l'usage des transports collectifs.

OBJECTIF

Faciliter les déplacements / Favoriser l'insertion professionnelle

BÉNÉFICES

Améliorer les transports domicile travail

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

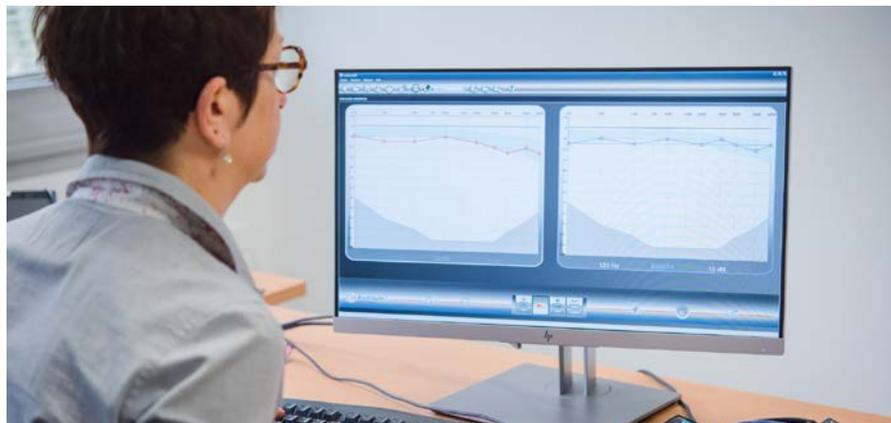
Dans le cadre de la compétence de la Région, développer les moyens de transport collectif, soutenir les villes et les EPCI dans le cadre de leur Plans Locaux de Déplacements ainsi que les dispositifs alternatifs (covoiturage, transports solidaires...).

« LA RÉGION AMBASSADRICE »

La Région est porte-parole. Par son poids politique, économique et social, elle peut soutenir et faire des propositions à l'État et aux autres acteurs pour améliorer la qualité de vie des populations sur son territoire.

Être le promoteur d'une vision globale de la prévention santé social en développant une dynamique d'échange et de travail avec l'ARS, la DIRRECTE, la CARSAT, l'ARACT, les acteurs de la Santé au Travail voire la Médecine scolaire. Pour ce faire il est souhaitable que la Région soit partie prenante du PRST.

- Développer une communication régionale avec d'autres acteurs partenaires
 - sur les thèmes prioritaires (TMS, DUER, ...)
 - création d'un prix régional Label prévention de la santé au travail
- Soutenir le développement d'un module « santé au travail » dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) (dans la formation de base)



L'ÉDUCATION À LA SANTÉ, DEVENIR ACTEUR DE SA SANTÉ

Le mot éducation ne porte pas de consensus concernant les moyens et la finalité de l'apprentissage. Doit-on y voir un mécanisme de régulation sociale ou un enjeu de développement individuel ? Autrement dit s'agit-il d'inculquer des conduites, de former des citoyens, de transmettre des valeurs ou de donner l'exemple ? L'éducation à la santé pose un certain nombre de questions éthiques auxquelles il peut être utile d'apporter des repères aux plus jeunes générations car on ne naît pas acteur de sa santé. Comment l'éducation et les formations formelles ou informelles agissent favorablement sur la prévention santé-sociale ?

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

« La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ».

Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé comprend l'ensemble des activités d'information et d'éducation qui aident les individus à faire des choix favorables à leur santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver ou améliorer la santé, à mieux utiliser les services de santé et à recourir à une aide en cas de besoin¹.

DES OUTILS ET DES PLANS AU SERVICE DES TERRITOIRES

Plan régional d'accès à la santé partout et pour tous (2017-2020)

Plan régional de prévention et d'éducation à la santé des jeunes (2017-2020)

Plan régional Santé Environnement (PRSE3 2016-2021)

Ambition régionale Alimentation Santé (2020)

Médecine scolaire en 2018²



20 000
ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN
(MÉDECINS, INFIRMIERS, ASSISTANTS
DU SERVICE SOCIAL, PSYCHOLOGUES)

1 300

ÉLÈVES
PAR PERSONNEL INFIRMIER



1/3
DE POSTES
DE MÉDECINS VACANTS

12 572

ÉLÈVES PAR MÉDECIN
(SOIT -15% DEPUIS 2013)

Données démographiques

Les Pays de la Loire³



RÉGION PARMIS LES PLUS DYNAMIQUES
DE FRANCE ET D'EUROPE SUR LE SOLDE
MIGRATOIRE ET NATUREL



LES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES
DE L'INSEE PRÉVOIENT UNE FORTE
CROISSANCE DU NOMBRE ET DE LA PART
DES SÉNIORS DANS LA POPULATION

Les jeunes



1 114 733
LIGÉRIENS ONT MOINS DE 25 ANS
(SOIT 30 % DES LIGÉRIENS)

123 500

LYCÉENS (À LA RENTRÉE 2019)
(Source Rectorat)

31 743

APPRENTIS (AU 31/12/2018),
SOIT 6,6% D'APPRENTIS PARMIS LES 16-25 ANS
(+ 2,3% PAR AN EN MOYENNE SUR 5 ANS)
(Source Insee)



PRÈS DE **140 000** ÉTUDIANTS (À LA RENTRÉE 2019)
(source Rectorat)



1/10 DES JEUNES DE 16-25 ANS, SOIT 45 000 JEUNES,
ONT BÉNÉFICIÉ D'UN ENTRETIEN EN PRÉSENTIEL
AVEC UN CONSEILLER DE L'UNE DES MISSIONS LOCALES
LIGÉRIENNE⁴



1^{RE} RÉGION SPORTIVE DE FRANCE
POUR LA PRATIQUE LICENCIÉE
PAR RAPPORT AU NOMBRE D'HABITANTS

1 MILLION DE LICENCIÉS
ET 10 000 CLUBS⁵

¹ Stratégie nationale de santé 2018-2022, Ministère des solidarités et de la santé, Décembre 2017

² Santé scolaire : un dispositif à revoir, Vie-publique.fr, Publié le 05 juin 2020

³ Rapport Vivre en Pays de la Loire en 2050 : quelles politiques publiques régionales pour améliorer la vie des Ligériens et des Ligériennes dans un contexte de mutations ? CESER des Pays de la Loire, juillet 2020

⁴ Benoit Drapeau, directeur de l'Association Régionale des Missions Locales des Pays de la Loire (ARML), audition en audioconférence le 23 avril 2020.

⁵ Article Omnisports. Le CROS à la relance des sports en Pays de la Loire, Ouest-France, publié le 23/06/2020



AGIR PRÉCOCEMENT

Partager la connaissance est un prérequis. Cela permet d'être compris, de remporter l'adhésion et de convaincre les personnes de l'intérêt qui existe à s'engager dans une démarche en prévention santé, intérêt aussi bien pour elle que pour le groupe auquel elle appartient.

LES PARENTS, PREMIERS ÉDUCATEURS DE L'ENFANT

Le regard des autres, le poids de la société induisent une injonction à une « bonne mère », « être un bon parent ». La profusion d'informations, le manque d'accompagnement et la solitude rendent parfois la tâche compliquée. Enfin, avec des rythmes quotidiens qui s'accroissent, de plus en plus de parents témoignent de la difficulté à concilier leurs temps de vie.

Le concept lancé par l'Unicef des « 1000 premiers jours », de la conception aux deux ans de l'enfant, propose une approche globale de la santé de la mère et de l'enfant. « Beaucoup de choses se jouent pendant ces 1000 premiers jours, mais tout ne s'y décide pas », rappelle la Commission « Les 1000 premiers jours » dans son rapport éponyme.

Rapport Les 1000 premiers jours⁶

Il note la nécessité de formuler un discours de santé publique simple et cohérent, articulé autour de quelques messages clefs.

Il préconise un parcours personnalisé pour que chaque famille soit accompagnée de façon globale par un référent dès l'Entretien Prénatal Précoce. Il reconnaît l'importance d'un accompagnement gradué suivant les besoins, situations spécifiques et fragilités. Le plan présente également des recommandations concernant la réforme des congés parentaux et des modes d'accueil. (Sept. 2020)

L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES

Les dépressions périnatales, très répandues et sous-diagnostiquées, ont un effet majeur sur le bien-être des mères et de leur enfant. Environ 30% des femmes mériteraient une attention particulière en raison d'une fragilisation plus ou moins grande liée à l'état de grossesse ou à l'accouchement.

Il paraît donc urgent, comme le souligne ce rapport, de se doter des moyens nécessaires pour faciliter l'accès à la prise en charge psychologique. Des actions locales se déploient dans ce sens.

Ainsi, pour les sorties de maternité, l'Assurance Maladie a-t-elle initié en 2010 le dispositif PRADO, conçu pour anticiper les besoins liés au retour. Il repose sur l'adhésion des femmes concernées lors de leur séjour à la maternité, ce qui est positif au sens empowerment mais fait que toutes les femmes qui en auraient besoin n'en bénéficient pas forcément. Depuis 2016, les branches maladie (CNAM) et famille (CNAF) de la Sécurité Sociale ont signé une convention de partenariat permettant d'adjoindre un volet d'accompagnement social à ce dispositif médical. Il permet en plus du suivi par une sage-femme, le financement d'une aide à domicile effectuées par un Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) ou par un auxiliaire de vie sociale (AVS). En Loire-Atlantique, ce dispositif a été mis en place par la CAF avec l'antenne départementale de la FNAAFP/CSF (Fédération des Associations de l'Aide Familiale Populaire)⁷, qui mène depuis treize ans un projet de **prévention des risques de détérioration dans la construction du lien mère/enfant** avec des TISF formés. Cette prise en charge coordonnée est un exemple de décloisonnement et de coopération entre ces deux institutions.

Cependant, il est tout aussi fondamental de repérer **les causes de cet état de dépression** et de s'intéresser à « la femme » en dehors de son statut de « mère ». En effet, la grossesse est un risque majeur de déclenchement des violences conjugales⁸. La sensibilisation et la formation des professionnels et acteurs concernés à l'écoute, pour détecter les non-dits, permettraient la prise en compte et l'orientation de ces femmes pour un accompagnement ultérieur par des professionnels spécialisés.

Elles pourraient aussi le cas échéant lever le voile sur des fratries impactées par les violences pour assurer une prise en charge globale des enfants et du parent victimes.

Il y a là un défi à relever en termes de moyens et de coordination de l'Agence régionale de santé (ARS), des Départements, des associations via les professionnelles des services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), des services de gynécologie et d'obstétrique et de l'accompagnement psychologique en victimologie et en médiation familiale.

Alliés au congé maternité, **le congé parental d'éducation et le congé paternité** doivent permettre de consolider le rôle des parents et l'importance de l'environnement qui se crée autour de l'enfant, et ainsi renforcer la coparentalité.

Le **doublage du congé paternité** de 14 à 28 jours va dans ce sens et entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2021. Il est rendu obligatoire pour une durée de 7 jours immédiatement après la naissance de l'enfant, en interdisant l'emploi du salarié pendant cette période. Cette obligation vise à le rendre plus effectif car seulement 67% des pères l'utilisent à ce jour⁹. L'objectif est aussi de remédier aux inégalités de recours, en incitant les salariés les plus précaires à y recourir, et de contribuer à la santé de la mère et de l'enfant par l'appui que peut ainsi apporter le deuxième parent.

L'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) regrette que seulement sept jours deviennent obligatoires. Elle remarque que « cette mesure ne corrigera pas les inégalités professionnelles : un congé maternité moyen dure

⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé, Septembre 2020.

⁷ Une des quatre fédérations employeurs de la branche de l'aide, de l'accompagnement et des soins à domicile, qui regroupe près de 5 000 salariés dans toute la France.

⁸ Estelle Moinard et Muriel Causy, directrices des CIDFF (Centres d'information sur les violences faites aux femmes) respectivement du Maine-et-Loire et de la Sarthe, audition conjointe le 12/02/2020.

⁹ Donnée CNAF (2020).

dans les faits près de 6 mois ; 11 jours de plus de congé paternité ne suffiront pas à faire changer le regard du monde du travail sur les pères »¹⁰.

Congé parental et Prestation Sociale

Mis en œuvre en 1977 mais n'ouvrant droit à une allocation CAF qu'à partir de 1985, le Congé parental d'éducation a permis aux parents salariés d'arrêter de travailler, partiellement ou totalement, à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant, jusqu'aux 3 ans de l'enfant. En suspendant le contrat de travail, il ouvre droit à une prestation sociale : le Complément libre choix d'activité, identique quel que soit le salaire du parent qui prend ce congé.

En janvier 2015, une réforme le fait évoluer avec l'objectif officiel de promouvoir l'égalité Femme Homme au sein de la famille avec une nouvelle allocation la PREstation PARTagée d'éducation de l'Enfant (PreParE). Celle-ci en répartit l'allocation temporellement entre les deux parents.

Quelle que soit la forme d'indemnisation, ce congé est très majoritairement posé par les mères : 6% des pères en 2018¹¹.

La mise en œuvre du **congé parental d'éducation** a été vécue comme une opportunité par de nombreuses femmes dont l'équation (leur salaire moins le coût du mode de garde des enfants) ne présentait pas un différentiel important avec le montant de l'allocation « Complément libre choix d'activité ». Elles privilégient la conciliation des temps et un confort de vie des enfants tout en préservant les revenus du ménage. En revanche, les dispositifs prévus pour leur retour à l'emploi se sont révélés nettement insuffisants pour les réarrimer à l'entreprise. Ainsi, le retour à l'emploi des femmes qui avaient opté pour la reconduction du congé jusqu'aux 3 ans du dernier enfant de la fratrie a-t-il été encore plus compliqué. Certains réclament un congé plus court mais plus rémunérateur, afin de favoriser l'employabilité des femmes et peut-être une plus grande attractivité de ce congé pour les hommes.

Pour d'autres familles, le faible montant de l'allocation (3927,20€ pour un temps plein 2019) a été tout à fait dissuasif et explique aussi la très nette baisse de l'attrait pour ce dispositif encore amplifié par la réforme de 2015.

La bonne conciliation des temps de vie est bien une question cruciale pour l'équilibre familial, spécialement dans les premières années de l'enfant. L'accessibilité aux modes d'accueil, individuel ou collectif, est aussi un véritable challenge pour les politiques publiques et l'économie nationale. Leur fermeture lors du confinement de mars-mai 2020 a provoqué la mise au chômage partiel de nombreuses femmes au motif de la garde d'enfant et a sérieusement compliqué le passage en télétravail de nombreuses autres.

Les Pays de la Loire sont parmi les régions les mieux dotées avec une offre d'accueil de 90 places pour 100 en-

fants, essentiellement portée par les assistants et assistantes maternelles¹². Dès 2009, la région a été la première à expérimenter les Maisons d'Assistants Maternelles (MAM), notamment en Mayenne. Tout en restant considérées comme un accueil individuel, elles permettent le regroupement de quatre professionnelles dans un lieu dédié à l'accueil de 16 jeunes enfants maximum. La capacité de l'accueil collectif ne représentait que 13 % de l'offre d'accueil totale en 2015 mais elle est en croissance rapide comme dans le reste de la France.

La disponibilité de l'offre d'accueil contraint parfois le libre choix des familles : 22 % des parents qui confient leur enfant à une assistante maternelle le font parce que c'est l'unique offre de garde disponible mais dans 29 % des cas, l'assistante maternelle n'était pas leur premier choix¹³. Et dans ce cas le reste à charge financier¹⁴ pour la famille est plus élevé que pour un mode de garde collectif inscrit dans le mode de gestion Prestation de Service Unique (PSU) de la CAF : respectivement 1,40 euro par heure (après déduction du crédit d'impôt à année +1) contre 1,20 euro directement payé à la structure d'accueil (en fin de mois). Ce mode PSU conditionné à l'application d'une grille tarifaire nationale encadrée, garantit la mixité sociale et l'accessibilité à toutes les familles, y compris les plus modestes. On relève aussi des écarts entre les structures d'accueil collectif, suivant qu'elles appliquent la PSU ou le CMG PAJE (Complément Mode de Garde structure en comparaison au mode Paje pour les assistantes maternelles). Le mode CMG PAJE est moins encadré, voire, si les structures ne sollicitent pas de financement Caf, totalement libre en éventail tarifaire.

Pour proposer une tarification accessible pour toutes les familles tout en garantissant l'équilibre financier, les Établissements Accueil des Jeunes enfants (EAJE) ont besoin de s'adosser à un partenaire, souvent les collectivités territoriales. A Nantes, Habitat et Humanisme 44 a conclu un partenariat différent avec l'antenne de la CPAM. Le financement de places d'accueil réservées pour les salariés de l'antenne sise non loin, a permis à l'association de créer une micro-crèche, financièrement accessible à tous et notamment aux habitants de la maison Tissatout dont elle est gestionnaire.

Ces tarifications différentes créent des écarts quant à l'accessibilité pour les familles modestes, et donc en termes de mixité sociale pour les établissements.

On peut noter que plusieurs dispositifs innovants en matière de garde d'enfants intègrent le fait qu'un enfant en bas âge peut être un **frein à l'emploi**, donc à des ressources financières. Ils ont été pensés avec une attention particulière pour les familles monoparentales (le plus souvent des femmes isolées) et les familles en situation de précarité. Ils sont à l'œuvre dans la région avec un financement des Caf (le bonus « mixité sociale » accordé aux structures permettant de majorer les financements).

Les crèches à Vocation d'Insertion Professionnelle (AVIP), inspirées par la sociologue Mara Maudet et par les douze crèches aujourd'hui gérées par l'Institut d'Éducation et des Pratiques Citoyennes, accueillent l'enfant sur des contrats de 6 mois renouvelables une fois pendant le temps de recherche d'insertion professionnelle et d'accompagnement

¹⁰ Allongement du congé paternité : une première réponse à compléter par une réforme des congés parentaux. Communiqué de presse N°20 de l'UNAF, 23/09/2020

¹¹ Source ONAPE, 2019

¹² Insee, Flash Pays de la Loire, Garde d'enfants : une offre abondante portée par les assistantes maternelles, n°81, 15 mars 2018

¹³ Insee, Flash Pays de la Loire, Garde d'enfants : une offre abondante portée par les assistantes maternelles, n°81, 15 mars 2018

¹⁴ Après déduction des aides de la CAF et des crédits d'impôts.

vers l'emploi du parent. Si le parent bénéficiaire trouve un poste ou une formation, il garde la place en crèche jusqu'à l'entrée de l'enfant en école maternelle.

Le dispositif « Ma cigogne » est quant à lui en expérimentation dans la Communauté de communes Sud Vendée Littoral¹⁵. Lancé en 2016 par Pôle emploi, il doit permettre aux parents demandeurs d'emploi de trouver une place de garde d'enfants pour réaliser leurs démarches de recherche d'emploi près du domicile ou du lieu de rendez-vous.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- Sensibiliser les familles le plus précocement possible
- Développer des formations et moyens d'accueil pour les personnes victimes de violences intraconjugales et intrafamiliales
- Avoir une politique volontariste sur la conciliation des temps de vie familiaux et professionnels est indispensable à la santé des personnes et favorable au dynamisme économique de la région

CO-ÉDUCATION, « IL FAUT TOUT UN VILLAGE POUR ÉLEVER UN ENFANT »

Ce concept de co-éducation reconnaît la coopération qui s'établit autour de l'enfant entre les parents, les professionnels de la petite enfance, des loisirs et les professeurs des écoles... Il implique échanges et réciprocité, notamment dans les structures collectives que fréquente l'enfant.

Ainsi, le déploiement de « conseils de maison » dans les Établissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) qui tout comme des conseils d'école associent les parents et toutes les parties prenantes, sont autant d'instances qui permettent de partager le sens de l'éducation à la vie, et plus particulièrement à la santé, d'énoncer quoi apprendre et comment, avec le plus grand nombre d'acteurs. Ils favorisent aussi la cohérence et la continuité éducative pour les différents éducateurs (parents, familles, animateurs, personnels d'éducation et intervenants des temps de loisirs). Enfin, ils contribuent à identifier de façon macro les besoins éducatifs spécifiques des enfants du XXI^{ème} siècle et de façon micro les besoins éducatifs de certains territoires.

Les **Projets éducatifs territoriaux** (PEDT), qui maillent aujourd'hui le territoire, peuvent se révéler des outils tout à fait pertinents à l'échelle des collectivités locales et des Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI). Cet outil permet d'inclure l'ensemble des acteurs de santé aux côtés des acteurs du sport, de la culture, de l'animation, du social. Il développe une coopération et une coordination locale dans l'intérêt de l'enfant pour respecter au mieux ses rythmes et ses besoins en lien avec ceux de ces parents.

Dès les années 1980, la question des relations parents-enfants, de la parentalité, a été à l'ordre du jour. L'évolution de la société, la diversification des formes familiales, la dimension « égalité femme homme » et le rôle des « nouveaux pères », la place de la psychologie dans l'éducation, ont donné lieu à de multiples innovations : les Maisons vertes de Françoise Dolto¹⁶, conçues comme lieux d'accueil enfants-parents, la médiation familiale... La Conférence de la famille initiée par l'État a reconnu ces initiatives et créé les Réseaux d'écoute d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP) pour les regrouper, accompagner leur développement notamment dans le cadre d'une Charte et les soutenir financièrement. Les CAF, les collectivités locales et départementales, des associations et institutions interviennent en cofinancement ou financent seules des actions en lien avec leur projet associatif ou politique.

La reconnaissance de ces initiatives locales, associatives, au plus près des besoins des familles et des réalités de leurs bassins de vie, a permis le développement **d'actions de parentalité** sous forme de groupe de paroles, conférences-débats, actions parents-enfants... Elles contribuent à l'information, l'échange, la réassurance des parents. Elles permettent aussi de rompre l'isolement et de créer du lien social. En parallèle, les REAAP ont contribué au développement de partenariats et à la mutualisation des pratiques et des connaissances. L'origine de ces projets reste très souvent le fait d'associations familiales et d'éducation populaire, qui sont gestionnaires ou non d'EAJE (notamment en Loire-Atlantique). Quelques fois le projet se développe pour porter d'autres actions et des publics plus larges, pouvant aboutir à la création d'un Espace de Vie Sociale.

Les Lieux d'Accueil Enfant-Parents font maintenant l'objet d'une prestation de services des Caf avec un objectif de maillage des territoires. Certains comme le Café des enfants « A l'Abord'âge ¹⁷ » à Nantes développe aussi une activité de salon de thé qui anime le lieu et génère des recettes complémentaires pour développer le projet.

Enfin, ajoutons les Espaces Rencontre, des lieux tiers et neutres, qui permettent dans les cas de séparation avec tension et conflit familial de maintenir un lien de parentalité entre les enfants et le parent non gardien.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- Promouvoir le développement des projets éducatifs de territoire avec une incitation à y intégrer la dimension éducation à la santé
- Soutenir les acteurs, associations et fédérations qui développent des initiatives locales à destination des parents

¹⁶ La Maison verte : ouverte en janvier 1979 à Paris 15^{ème} dans une boutique qui donnait sur une petite place de quartier. Il s'agit, depuis lors, d'offrir un lieu ouvert sur la cité où le jeune enfant, âgé de quelques jours à 3 ans révolus, et ses parents, peuvent venir quand ils le désirent, sans rendez-vous. Un lieu convivial et accueillant où le lien social, si nécessaire aux êtres humains, est reconnu comme essentiel à la santé psychique des enfants comme des parents.

¹⁷ Association « A l'Abord'âge ! » : « L'association, composée essentiellement de parents, a pour objet l'épanouissement et le développement des enfants à travers la création d'un café pour toute la famille, qui soit un lieu de rencontres, d'expression et d'échange de savoir-faire, d'activités artistiques et culturelles. Nous souhaitons aussi donner une autre dimension à ce projet en proposant des produits issus du commerce équitable et de l'agriculture biologique. »



La santé n'est pas une ressource inépuisable, il appartient donc à la collectivité mais également à chacun d'être attentif à sa propre santé et à la santé de tous, notamment par la non mise en danger.

LE NIVEAU D'ÉDUCATION EST UN DES CRITÈRES DÉTERMINANTS DU GRADIENT DE SANTÉ

Selon l'ORS Pays de la Loire, « les habitants ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat se déclarent plus souvent limités dans leurs activités habituelles en raison d'un problème de santé que ceux ayant un niveau égal ou supérieur au baccalauréat »¹⁸.

Les démarches de prévention ont une plus grande efficacité auprès des classes moyennes plus éduquées, plus réceptives. Jean-Michel Leray¹⁹ souligne ainsi que « les personnes qui ont le plus besoin de prévention sont toujours celles qui ne demandent rien. Alors que celles qui demandent ont souvent presque trouvé la réponse à leur problème ». Il s'agit donc de travailler sur la capacité d'expression de la demande et notamment celle des jeunes qui sont les adultes de demain. L'obligation de scolarisation dès 3 ans (depuis septembre 2019) et l'obligation de formation portée de 16 à 18 ans (depuis août 2020) sont des mesures qui vont dans le bon sens.

L'école se veut un lieu majeur pour la promotion de la santé en termes de suivi mais aussi de prévention, par l'éducation à la santé, aux comportements favorables et à la citoyenneté. La Médecine scolaire et le suivi de santé en sont les premiers leviers.

Dans le cadre de sa scolarité, un élève doit avoir accès à deux examens de santé obligatoires : le dépistage à la sixième année effectué par un médecin scolaire ; le bilan de santé à la douzième année assumé par un infirmier. La visite médicale d'aptitude s'ajoute à ces visites pour les élèves mineurs de l'enseignement professionnel en contrat de travail réglementé.

Toutefois, dans son rapport, la Cour des Comptes relève que le nombre de visites à la sixième année de l'élève a chuté de 26% en 2013 à 18% en 2018 et le bilan infirmier de la douzième année n'est effectué que pour 62% de l'ensemble des collégiens²⁰.

Sur le terrain, l'absence des infirmières de santé scolaire se fait cruellement sentir dans les établissements qui ne disposent plus de ces personnels. La Ville de Nantes a développé un service de santé scolaire municipal tout en confortant le maillage des établissements. De telles politiques volontaristes demandent des moyens financiers

dont toutes les communes ne disposent pas pour se substituer au corps d'État.

La Cour des Comptes met principalement en cause le déficit de médecins et l'organisation du dispositif. Elle préconise, entre autres, la création d'un service de santé scolaire dans chaque rectorat et chaque Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale (DSDEN). Ces services devraient pouvoir collaborer avec les institutions partenaires (agences régionales de santé, assurance maladie, collectivités territoriales). De même, elle suggère une articulation entre médecine scolaire et médecine de ville ou hospitalière pour le dépistage obligatoire à la sixième année.

Ces préconisations rejoignent les propos de Jean-Michel Leray²¹ qui regrette que l'actuel fonctionnement en silo de la santé ne permette pas à l'ARS d'intervenir dans le cadre de la santé scolaire (ni dans celui de la santé au travail), quand des facilités pourraient exister avec le Rectorat en Pays de la Loire.

Le **Parcours éducatif de santé (PES)** est donc la première action de santé communautaire²² que tout individu va rencontrer.

Le Parcours Éducatif de Santé, de la maternelle au lycée

Il a pour objectif de préparer les élèves à devenir des citoyens responsables en matière de santé individuelle et collective et fait de l'égalité entre les filles et les garçons un enjeu majeur et transversal. Il est structuré autour de trois axes : l'éducation à la santé afin d'accompagner chacun dans la mise en œuvre de choix responsables en matière de santé, la prévention (conduites addictives, alimentation, activité physique, contraception), la protection pour créer un climat d'établissement favorable à la santé et au bien-être.

Développé dans le cadre du projet d'établissement, il vise à impliquer l'ensemble des personnels éducatifs, en lien avec les représentants des familles. Il prend en compte les besoins des élèves et les caractéristiques territoriales pour définir les actions et mettre en œuvre les partenariats.

Le Guide d'accompagnement des équipes pédagogiques et éducatives²³ pour sa mise en œuvre, présente dès son préambule le lien entre l'état de santé et les déterminants sociaux de la santé. Il précise également que : « Le développement de la promotion de la santé doit être corrélé au continuum éducatif et progressif tout au long de la scolarité ; il doit donc être assuré de façon adaptée aux différents cycles de la scolarité des élèves, en lien avec le socle de compétences, de connaissances et de culture et en respectant les enjeux sociétaux actuels et le contexte local. ». Il incite également les acteurs à mettre en œuvre le PES en mobilisant et développant les compétences psychosociales des élèves.

¹⁸ Santé, bien-être et qualité de vie dans les Pays de la Loire. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017, ORS et ARS, 2017

¹⁹ Jean-Michel Leray, président de la commission spécialisée Prévention et du groupe permanent Santé précarité de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) des Pays de la Loire, audition en visioconférence le 7/04/2020.

²⁰ Rapport Les médecins et les personnels de santé scolaire, Cour des Comptes, avril 2020

²¹ Jean-Michel Leray, Président de la commission spécialisée Prévention et du groupe permanent Santé précarité de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) des Pays de la Loire, audition en visioconférence le 7/04/2020.

²² > Renvoi vers le cahier Organisation promotion

²³ Guide d'accompagnement des équipes pédagogiques et éducatives, Ministère de l'Éducation Nationale, juin 2017

Ces projets peuvent nécessiter l'intervention de compétences extérieures aux établissements : collectivités territoriales, associations etc... L'IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé) est ainsi intervenu auprès de 240 enseignants du 1^{er} degré. L'objectif était de favoriser la mise en œuvre d'actions pour renforcer le **développement des compétences psychosociales** des élèves. Un peu plus 6 000 élèves de CM1-CM2 en ont bénéficié.

Le renforcement de ces compétences est indispensable au collège puis au lycée pour favoriser le développement de l'empowerment, individuel et collectif, de ces futurs adultes. Acteurs des politiques éducatives, le Département et la Région ont un rôle à y jouer.

Le **Pacte Éducatif Régional** adopté en 2017 en partenariat avec le Rectorat de l'Académie de Nantes soutient notamment le développement d'actions en faveur de la santé.

Ainsi, les lycées publics et privés, les Centres de Formation par l'Apprentissage (CFA) et les Maisons Familiales Rurales (MFR) sont invités à remplir l'appel à projets « **Actions éducatives ligériennes** » notamment sur l'esprit d'agir, la prévention et promotion de la santé, la lutte contre les addictions et, la transition écologique et énergétique. Mais pour construire des propositions collectives sur ces problématiques, encore faut-il que les lycéens soient incités, encouragés et accompagnés et que les Commissions Education Santé et Citoyenneté (CESC) soient suffisamment motrices. Il faut aussi que la communauté éducative se réinscrive chaque année dans le dispositif régional et que les professionnels disposent de suffisamment de temps pour déposer projets et bilans. Il semble qu'il y ait des écarts de mobilisation et donc d'utilisation entre les lycées.

Afin de promouvoir et d'accompagner la mise en œuvre opérationnelle du programme d'actions éducatives, la Région a développé un dispositif, les « **Ambassadeurs du civisme** », qui repose sur la participation dans les lycées de jeunes volontaires en service civique.

Une pluri annualité des projets et de leur subvention permettrait aux établissements de se projeter dans des actions plus construites, installables dans la durée, en cohérence avec la durée du parcours scolaire des élèves. Ils auraient sans doute une portée accrue. Les Maisons des Lycéens (MDL) pourraient en pérenniser les retombées et être des espaces adaptés pour permettre aux jeunes de découvrir, connaître et appréhender la santé comme un bien commun. En outre, ils allégeraient les temps et coûts de gestion.

À noter que le financement des actions éducatives, à partir d'un fond initialement modeste, a été abondé dans le cadre du Plan de relance.

En **reliant environnement et santé**, le **PRSE** pourrait être un outil intéressant pour impliquer les jeunes dans la prise en charge des questions de santé environnementale à titre individuel comme collectif. Des actions éducatives prenant en compte le rôle des déterminants sociaux de santé pourraient trouver leur place dans les thématiques de l'appel à initiatives ouvrant droit à un accompagnement. Ainsi en 2020 : la protection de la ressource en eau destinée à la consommation humaine, l'amélioration de la qualité de l'air intérieur des bâtiments, en intégrant l'enjeu lié au radon, la limitation de la présence de pesticides dans l'eau et l'air et leur impact sur la santé.

L'axe projet « éducation alimentaire » pourrait croiser l'Ambition Alimentation Santé régionale et faire l'objet de déclinaisons spécifiques notamment sur la restauration des établissements. Enfin, le renforcement du partenariat avec l'ARS pourrait être mis en œuvre.

En outre, ceci permettrait de renforcer de façon dynamique la contribution de la Région des Pays de la Loire au sein du Plan national Santé-Environnement (PNSE).

En dehors de ces projets volontaires, il semble important de **promouvoir des interventions d'information et de sensibilisation dans tous les établissements** pour garantir une équité d'accès à la santé des jeunes ligériens. Ainsi, le MarSOINS, unité mobile du centre de santé infirmier associatif « A vos soins », propose ce type d'intervention sur les addictions et sur la santé sexuelle dans des centres de formation de la région nazairienne. D'autres structures pourraient très utilement être mobilisées sur ces thématiques dans le cadre d'une campagne pour tous les établissements dépendant de la Région.

En effet, si la liberté pédagogique des établissements est importante, la transmission des connaissances liées à la santé devrait être la même pour tous.

Qu'est-ce qu'une bonne hygiène de vie ? Qu'est-ce qu'une bonne alimentation ? Guillaume Garot²⁴ souligne l'importance d'intégrer ces questions de santé publique dans les programmes scolaires. En tant que président du Conseil National de l'Alimentation et devant la montée en puissance de l'obésité, il estime qu'elles ne doivent plus seulement être évoquées dans le cadre d'actions éducatives, choisies par les établissements, uniquement traitées sur le temps du midi pour les seuls élèves intéressés et volontaires.

LE LABEL « CITÉ ÉDUCATIVES »

Dans un esprit d'expérimentation « globale », le label « Cité éducatives »²⁵ a pour objectif d'intensifier la prise en charge éducative entre 3 et 25 ans, avant, pendant, autour et après le cadre scolaire, et vise aussi l'**accompagnement à l'émancipation et à l'empowerment**.

En Pays de la Loire, quatre quartiers ont été labellisés : Chaoué-Perrières à Allonnes (72), Ville-ouest à Saint-Nazaire, Bellevue à Nantes/Saint-Herblain (44) et Monplaisir à Angers (49).

Ce label ouvre droits à des moyens supplémentaires (810 000€ sur 3 ans pour le projet Angers-Monplaisir) pour mieux coordonner et renforcer les dispositifs existants et accompagner au mieux chaque parcours éducatif individuel. Outre le renforcement du suivi personnalisé des élèves notamment lors du passage entre les différents cycles de la scolarité, l'accent est mis sur la continuité éducative (axes 1 et 2 du dispositif). **Les préoccupations de santé** y sont travaillées par l'amélioration du bien-être de tous dans les établissements, le développement de la prévention santé-hygiène de vie et la place des familles.

La réussite de ces projets passe par la construction de nombreuses coopérations et la coordination des acteurs éducatifs et de leurs projets. Mais il faut surtout « Ouvrir le champ des possibles » (axe 3) en termes de sport, culture, mobilité. Il faut aussi accompagner les jeunes, et aussi par-

²⁴ Guillaume Garot, député de la première circonscription de la Mayenne, audition du 9/01/2020

²⁵ Déployé dans 80 quartiers en France d'habitat social de plus de 5 000 habitants et présentant des dysfonctionnements urbains importants et avec des enjeux de mixité scolaire.

fois leurs parents, à prendre confiance en eux et à aller vers une démarche d'empowerment.

La participation des familles, souvent éloignées de l'école, ne se décrète pas et Anne Postic²⁶ souligne d'ailleurs que « le pouvoir d'agir ne s'improvise pas, il faut du temps, des moyens de la pédagogie et des petits pas ».

Les quartiers de Bellevue et de Monplaisir font, dans le même temps, l'objet d'une rénovation urbaine, conduite dans le cadre d'une Évaluation d'impact sur la santé (EIS) avec, dans le cas de Bellevue, la construction d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Cette démarche, en intervenant sur plusieurs déterminants sociaux de santé (habitat, environnement, santé, accès à l'éducation), multiplie les facteurs d'intervention et de réussite.

Dans le même esprit, le CESER note l'intérêt qu'il y aurait de mettre en lien les thématiques de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, le Rapport Les 1000 premiers jours de l'enfant et la scolarisation dès 2 ans dont les retombées sont très intéressantes dans ces quartiers.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Décloisonner le système de la médecine scolaire, notamment l'ouvrir aux partenariats locaux, par exemple : ARS, collectivités territoriales, institutions
- > Promouvoir les questions de santé notamment environnementales et alimentaires dans tous les établissements dépendants de la Région
- > Développer et rendre pluriannuelle les actions éducatives
- > Inscrire les questions de santé publique dans les programmes scolaires : hygiène de vie, alimentation, ...

DEVENIR ACTEUR DE SA SANTÉ

UN DÉCALAGE ENTRE SANTÉ PERÇUE ET SANTÉ RÉELLE POUR LES JEUNES

« Comme ils sont jeunes, ils se pensent en bonne santé ». Tel est le constat fait par l'Union Régionale des Missions Locales (URML)²⁷ tout en précisant que la demande des jeunes qui consultent ses antennes locales relève de l'emploi, pas d'un conseil en santé. Cependant, les professionnels des Missions locales sont en première ligne pour repérer les problèmes alimentaires, d'hygiène personnelle ou d'addiction. Ceux-ci révèlent un mauvais état de santé global et sont autant de freins à l'employabilité des personnes. Les thématiques de santé sont souvent évoquées

par une approche détournée, administrative, par le numéro de Sécurité Sociale et son usage, et toujours de façon très progressive.

Les jeunes sont aussi un public particulièrement exposé au non-recours, notamment aux soins : par l'éloignement géographique ou culturel du recours au soin, ou par méconnaissance du droit au remboursement, par la complexité et l'effet repoussoir de la réglementation.

Les jeunes accompagnés par l'URML ont un très faible niveau scolaire : 80 % sont au maximum bachelier et 30% d'entre eux n'ont aucun diplôme. Benoit Drapeau constate aussi que le nombre de décrocheurs est plus important dans certains territoires comme le Saumurois et Sud Sarthe, avec respectivement 18% et 30% de jeunes décrocheurs mineurs.

Echec et décrochage scolaire peuvent parfois être la conséquence d'un handicap léger caché et non dépisté. L'URML a ainsi accompagné 2 000 jeunes dans une reconnaissance de travailleur handicapé. Un travail progressif à mener avec le jeune est nécessaire pour identifier ses difficultés, l'amener à les accepter et in fine, solliciter une demande de reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH). Cela nécessite du temps.

Le **manque de maturité** souvent important de ces jeunes « décrocheurs » se corrèle directement avec l'injonction d'être rapidement autonome ; ce qui est complètement insécurisant et peut faire perdre encore plus pied. La **Garantie Jeunes**, actionnée dans le cadre des dispositifs PACEA²⁸, est conclue pour un an et ne peut pas être prolongée au-delà de 6 mois. L'accompagnement mixant collectif et individuel est stimulant, mais il est fondamental que le jeune ait le temps d'une « montée en puissance » à son rythme, ce qui n'est pas toujours possible en 18 mois. Ce dispositif « accélérateur » n'est d'ailleurs pas proposé à tous les jeunes, d'autres problématiques étant à traiter avant le retour en formation ou en emploi (de mobilité, psychologique...). Les conséquences d'une autonomisation trop rapide sont souvent sous-estimées en termes de santé mentale (spirale d'échec impactant l'estime de soi) et de risque de précarisation sur du long terme.

L'association Repair's ! 75 dresse le même constat pour ce qui concerne les jeunes accompagnés par l'Aide Sociale à l'Enfance. Pour Repair's ! il s'agit de lutter aussi contre les « sorties sèches ».

Les mesures gouvernementales annoncées dans le cadre du Plan de protection renforcée de l'enfance, sont très éloignées des propositions ambitieuses du CESE²⁹ et de l'étude 2018 de la Fondation Abbé Pierre sur le mal logement³⁰. Dans les faits, la loi de mai 2019 instaure le **Contrat d'accès à l'autonomie** qui peut être demandé par les jeunes qui atteignent 18 ans jusqu'à leurs 21 ans. Le Département s'engage à garantir l'accès du jeune à un logement ou un hébergement et à l'accompagner dans ses démarches d'accès aux droits et à l'éducation. Cependant, seuls les jeunes confiés à l'ASE pendant une durée d'au moins 18 mois dans les deux ans qui précèdent leur majorité peuvent en faire la demande. Pour Léo M., « Ceci exclut de fait 44% des jeunes, qui sont les plus en difficultés car ils ont vécu

²⁶ Anne Postic, Commissaire à la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté pour les Pays de la Loire, audition en visioconférence du 26/03/2020.

²⁷ Benoit Drapeau, Directeur de l'Union Régionale des Missions Locales Pays de la Loire, audition en visioconférence du 14/04/2020.

²⁸ PACEA : Parcours d'Accompagnement Contractualisé vers l'Emploi et l'Autonomie.

²⁹ Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance, Antoine DULIN, CESE, Avis de 06/2018

³⁰ Rapport annuel sur L'État du mal-logement de la Fondation Abbé Pierre, 2018, 23e édition

des situations difficiles longtemps avant d'être enfin repérés. C'est un retour en arrière »³¹. Il salue la Loire-Atlantique, premier département à avoir acté l'allongement des contrats « jeune majeur » jusqu'à l'âge de 25 ans (mars 2020), reprenant en cela les préconisations du CESE. Il souhaite également agir sur trois autres axes pour mieux accompagner ces jeunes majeurs : faciliter leur accès à l'hébergement, expérimenter des retours possibles au sein des dispositifs de l'ASE, développer des parrainages et soutenir leur réseau relationnel, les accompagner dans leur future parentalité.

Les préoccupations des acteurs sur **la santé mentale des jeunes** sont donc fortes et Jean-Michel Leray insiste sur celles de la CRSA. Il souligne qu'une enquête nationale sur les préoccupations et l'état de santé des jeunes pointe l'importance du nombre de dépressions (traumatismes psychologiques, faible estime de soi, faible motivation) devant les maladies liées à la pollution et les accidents.

La perte de confiance conduit certains jeunes à s'autocensurer dans des cursus scolaires. Alors qu'ils en auraient les compétences, ils ne s'autorisent pas à se lancer dans des études longues. En Mayenne, Guillaume Garot voit ce manque d'ambition des jeunes comme un vrai problème, notamment sur les études médicales.

Pour ce secteur, il convient donc d'informer les lycéens sur la possibilité de rémunération pour les étudiants en médecine et d'odontologie, dès la 2^e année jusqu'à la fin de leurs études dans le cadre du Contrat d'Engagement de Service Public (allocation mensuelle de 1 200 € bruts et imposables). En contrepartie, ils seront tenus d'exercer dans des zones d'actions prioritaires ou complémentaires pour une durée d'engagement égale à celle du versement de l'allocation (2 ans minimum). Et pour les autres secteurs d'activité de réfléchir aux moyens nécessaires à mettre en œuvre pour permettre à tous les jeunes qui en ont les capacités et le souhait de poursuivre leurs études.

Une analyse systémique est proposée par Virginie Raisson-Victor³², qui souligne que les moins de 30 ans vont devoir affronter de multiples défis : changement climatique, épuisement des ressources, vieillissement de la population, gestion de la dette... De plus, ils ont actuellement peu de capacité de faire entendre leurs intérêts qui ne sont pas ceux de leurs aînés, car ils sont moins représentés dans les instances. La crise Covid-19 amplifie ce phénomène avec une perte de repère, de sens, des incertitudes et des perspectives d'avenir.

Cette approche globale incite à soutenir les structures d'éducation populaire, tous secteurs d'activité confondus. Elles produisent du lien social et participent, directement et indirectement, au développement, à la montée en puissance des compétences psychosociales et de l'estime de soi, conditions nécessaires au développement de **l'empowerment**. Les Collectivités rencontrées s'appuient toutes, de façons différenciées, sur les tissus associatifs. Elles ont aussi recours à des acteurs plus ciblés dans le champ de la jeunesse comme les Maisons Départementales des Adolescents qui organisent des permanences délocalisées dans les territoires (Sud Vendée littoral, Erdre et Gesvres).

A suivre

L'impact du contrat Jeunes jusqu'à 25 ans en Loire-Atlantique

L'évolution de la santé mentale des jeunes de 18 à 25 ans

LES ACTIONS DE PRÉVENTION RESTENT INDISPENSABLES

Les comportements à risques persistent

Bien qu'en diminution entre 2014 et 2017, la consommation des jeunes ligériens reste centrée sur l'alcool, dont les niveaux d'usage réguliers sont les plus élevés du pays. 76,3 % des Ligériens de 17 ans disent avoir consommé de l'alcool récemment dans le mois, contre 66,5 % pour la moyenne de la France. Ils sont 22 %, dans les Pays de la Loire, à avoir, au moins trois fois par mois, une « alcoolisation ponctuelle importante » contre 16,4 % pour le reste de la France.

La prévalence du tabagisme quotidien a diminué en Pays de la Loire entre 2016 et 2017, chez les hommes comme chez les femmes. Un jeune ligérien de 17 ans sur quatre est fumeur quotidien, chiffre proche de la moyenne nationale³³.

L'ARS a lancé en mars 2019, le Programme Régional de Prévention des Addictions. Il doit permettre l'articulation des actions, l'amélioration de leur efficacité et leur lisibilité sur les territoires. Ensemble, les acteurs du champ de l'addictologie ont identifié plus de 40 actions conçues pour : renforcer la prévention dès le plus jeune âge auprès des jeunes et des parents ; améliorer le repérage et l'orientation précoces notamment vers le soin ; améliorer le maillage territorial par territoire/bassins de vie des dispositifs et des réseaux d'acteurs. Cet effort est soutenu par un triplement du budget consacré à cette cause entre 2017 et 2022 (il va ainsi passer de 1M€ à 3M€ par an).

Ainsi, le Comité Régional Olympique³⁴ participe à une groupe de travail animé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire pour élaborer un outil de prévention des consommations d'alcool dans le domaine du sport, où celles-ci peuvent être relativement banalisées (exploitables dans d'autres cadres (famille, manifestations culturelles).

De son côté, la Région a développé plusieurs types de contractualisation pour contribuer au développement de comportements favorables à la santé en lien avec ses compétences. Ainsi, le Plan régional de prévention et d'éducation à la santé des jeunes (2017-20) et le Pacte éducatif régional entrent-ils dans le cadre des compétences des lycées, de la formation et du chef de filât jeunesse. Elle est partie prenante du Plan Régional Santé Environnement (PRSE3), participe au soutien du Pôle de ressources

³¹ Léo M., association Repair's ! 75, audition en visioconférence du 2/04/2020

³² Virginie Raisson-Victor, directrice du Laboratoire d'études prospectives et d'analyses cartographiques (LÉPAC), auditionnée dans le cadre du rapport du CESER Pays de la Loire, *Vivre en Pays de la Loire en 2050 : quelles politiques publiques régionales pour améliorer la vie des Ligériens et des Ligériennes dans un contexte de mutations ?* Rapporteur Xavier Guillaume, octobre 2020.

³³ Rapport L'état de santé de la population en France, Drees, 2017

³⁴ Anne Cordier, Présidente du CROS Pays de la Loire, témoignage issu de la « récolte d'expérience Santé-social » de la commission 2 du CESER

régionales en éducation et du partenariat PromoSanté³⁵, espace collaboratif d'expertise et de ressources dont l'IREPS assure la coordination.

En 2011, la Région a mis en œuvre le Pack 15-30 destiné aux 15 -30 ans scolarisés dans la région. Au fur et à mesure de son évolution, cet outil a obtenu un réel succès et la communauté éducative a largement participé à sa promotion, par exemple, les professeurs pour le coupon « classes » qui permettait l'accès gratuit à un spectacle et les infirmières scolaires pour le pass contraception.

En 2018, le e.pass jeunes a été lancé en version dématérialisée, accessible via l'application gratuite éponyme. Dans cette version, le e.pass culture-sport (8€) et le e.pass santé (gratuit) sont accessibles à tout jeune entre 15-19 ans et sans limite d'âge s'ils ou elles sont scolarisés en lycée, ou en formation professionnelle³⁶ (Centres de formation par apprentissage ou Maisons Familiales Rurales). Le premier ouvre droit à des réductions et avantages sur les loisirs : livres, cinéma, spectacles, manifestations sportives, ... Le second permet de bénéficier anonymement de deux consultations médicales auprès d'un généraliste ou d'un spécialiste (gynécologue, sage-femme ou pédiatre), d'une analyse médicale (sur ordonnance) et d'un autotest de dépistage du virus du Sida ou de contraceptifs.

Cependant, depuis 2018, la Région note une baisse significative des attributions et utilisations des e.pass santé³⁷ avec des volumes constatés très faibles par rapport aux 200 000 jeunes lycéens et apprentis en Pays de la Loire.

La dématérialisation de cet outil de prévention et de promotion de la santé indispensable a rendu son utilisation difficile, notamment à cause des problèmes d'interface dans les lieux d'utilisation (médecins, pharmacie). Idem pour le e.pass culture sport dans les cinémas, librairies et associations sportives. Elle semble également nuire aux démarches collectives des établissements. La Région doit véritablement s'interroger sur ces procédures qui génèrent une perte de recours et fragilisent un outil extrêmement pertinent. Il semble indispensable de simplifier son utilisation (d'autant que l'évaluation du dispositif est facilement réalisable) pour en relancer l'usage et dynamiser la prévention chez les jeunes.

Dans une dynamique de prévention, faire le constat d'une addiction ou d'un taux de suicide revient à constater un mal-être. L'enjeu pour les politiques publiques est de comprendre ce qui fait que dans notre société un jeune va mal.

Les pôles de recherche sont à mobiliser pour repérer des causes économiques, sociales et sociétales de ce mal-être. Mais ils conviennent aussi d'utiliser le « savoir chaud » de ces jeunes, d'écouter ce qu'ils ont à dire et d'identifier leurs préoccupations. Cela suppose de dégager de nouveaux moyens pour investir dans ces recherches entre autres en mettant en mouvement tous les relais locaux sur les territoires, sans pour autant abandonner la prévention et la remédiation.

Une mesure de ce type serait développable en élargissant la « Mesure 1 » du Plan Prévention à la santé des Jeunes : Consolider une offre régionale professionnelle en prévention santé des jeunes.

Consulter les champs de la santé et du social, dans lesquels des structures organisées peuvent être parties-prenantes, permettrait la multiplication des angles d'approche, dépassant des lectures stigmatisantes notamment vis-à-vis des addictions. A titre d'exemple, Jean-Michel Leray cite le cas de l'IREPS « qui a un budget de 2,5 millions et 40 salariés : en doublant ce nombre de personnes on aurait la possibilité de répondre aux demandes ».

De nombreuses études montrent que les politiques québécoises sont à ce titre inspirantes car les moyens mis en œuvre pour les préventionnistes sont maintenant supérieurs à ceux dont disposent les curateurs.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Donner du temps à l'accompagnement des jeunes en difficulté
- > Renforcer les compétences psychosociales c'est-à-dire la capacité à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne notamment dans les relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.
- > Réel intérêt à fédérer les acteurs sociaux, médico-social, sanitaires dans des programmes de terrain
- > Poser le diagnostic et les bases d'un travail concret sur le mal-être des jeunes

HYGIÈNE DE VIE : LES GESTES FAVORABLES À LA SANTÉ

L'activité physique, l'alimentation et l'équilibre nutritionnel, l'évolution de la masse corporelle, la consommation d'alcool et de tabac, le sommeil sont autant de domaines qui concourent à l'hygiène de vie et en constituent des marqueurs. Ils sont en rapport avec des habitudes, des moyens financiers et un mode de vie.

ALIMENTATION

« En 40 ans, les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été multipliés par dix »³⁸ alerte l'OMS en 2017, précisant en outre que « d'ici 2022, le nombre des enfants et des adolescents obèses dans le monde sera supérieur à celui des enfants dont le poids est insuffisant ». En effet entre 1975 et 2016, dans le monde, les taux d'obésité chez les enfants et les adolescents sont passés de moins de 1% à près de 6% chez les filles et près de 8% chez les garçons.

L'Observatoire régional de la santé indique en 2017³⁹, que près de 9 % des enfants de 5-6 ans sont en surcharge pondérale dont 1,6 % sont obèses ; 38 % des adultes de la région, soit près d'un million de personnes présentent une surcharge pondérale. Par ailleurs, entre 55 et 75 ans, le surpoids concerne plus d'un Ligérien sur deux avec des tendances évolutives qui diffèrent selon l'âge. Enfin, le re-

³⁵ PromoSanté Pays de la Loire rassemble 6 structures régionales, reconnues dans leurs missions d'appui aux acteurs en santé publique et en promotion de la santé : l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (ANPAA) Pays de la Loire, l'Instance régionale d'éducation et promotion de la santé (IREPS) Pays de la Loire, la Fédération Addiction, la Mutualité Française Pays de la Loire, le Planning Familial Pays de la Loire et l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire.

³⁶ Une expérimentation est en cours dans certains IME notamment avec l'ADAPEJ de Loire-Atlantique.

³⁷ Catherine Deroche sénatrice du Maine-et-Loire et conseillère régionale des Pays de la Loire déléguée à la santé, en ouverture de la journée Promosanté, 5/12/2019.

³⁸ OMS communiqué de Presse, Paul Garwood, Londres 11/10/2017

³⁹ La santé des habitants des Pays de la Loire, ORS Pays de la Loire, 2017

cours des Ligériens à la chirurgie de l'obésité est en très forte augmentation.

« L'obésité est une maladie qui, outre son retentissement sur le bien-être psychique et social des individus, augmente le risque de mortalité. Elle augmente également le risque de diabète de type 2, d'hypertension artérielle et de maladies cardiovasculaires, de certains cancers (sein, utérus, côlon notamment), de pathologies biliaires, ainsi que de difficultés respiratoires, d'arthrose... Chez l'enfant, un des principaux risques de l'obésité est sa persistance à l'âge adulte.⁴⁰»

L'impact de la commercialisation des produits alimentaires bon marché, ultra transformés, fortement caloriques, riches en sucres et graisses, et pauvres en nutriments est mis en avant. Les expériences de Serge Ahmed et son équipe à Bordeaux tendent à démontrer que le sucre serait aussi addictif que la cocaïne⁴¹. De même que le coût plus élevé des aliments sains et nutritifs, moins abordables, moins facilement utilisables pour les familles, notamment les plus fragiles économiquement. Cette alimentation majoritairement basée sur les produits ultra transformés est également à l'étude sous l'angle des neurosciences comme facteur possible du développement des Troubles de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDHA). La richesse en sucre rapide de ces produits, combinée aux faibles apports en fruits, légumes et légumineuses, serait en question.

Ce type de nourriture impacte également la **santé bucco-dentaire**. Selon Nicolas Blouin⁴², un gros travail d'information est encore à faire sur les sodas. Les consultations de dépistage réalisées à Saint-Nazaire en quartier prioritaire de la politique de la ville détectent des caries dentaires dans 80% des auscultations.

Malgré le plan de prévention national « MT 'dents », une analyse des données de santé a montré qu'en Pays de la Loire les enfants dont les familles bénéficient de la couverture Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ont un suivi bucco-dentaire nettement inférieur aux autres. Ainsi, à 7 ans, 31 % de ces enfants bénéficiaires ne sont jamais allés dans un cabinet dentaire contre 17% des enfants non bénéficiaires. Entre 14 et 17 ans, 34 % de ces mêmes jeunes n'ont eu aucune prestation de suivi contre 24 % des jeunes non bénéficiaires⁴³.

Bien manger, c'est aussi bien étudier. Guillaume Garot⁴⁴ remarque qu'à Laval ce sont dans les quartiers pauvres que les enfants vont le moins à la cantine.

Le rôle des collectivités territoriales est donc important dans l'accès à la restauration scolaire. Certaines villes dont Laval ont mis en place des tarifications solidaires sous la forme d'un quotient familial, une piste intéressante dans une dimension de justice sociale. L'accès à la cantine scolaire est aussi une opportunité pour sensibiliser les jeunes sur l'importance d'avoir une alimentation équilibrée et de qualité.

Dans l'Ambition Alimentation-Santé, la Région fixe un objectif d'approvisionnement des cantines des lycées avec

« 100 % de produits français, 50 % de produits régionaux et 20 % de produits issus de l'agriculture biologiques ou de qualité ». Dans une dizaine de lycées pilotes, elle expérimentera un logiciel de restauration pour identifier plus facilement l'origine des produits. On peut voir dans cet objectif un enjeu de promotion de l'agriculture, de vitalité des territoires, d'impact environnemental de l'alimentation via notamment la diminution des transports, tout comme une incitation à la traçabilité des produits en termes de provenance et de qualité (label notamment)⁴⁵.

Parallèlement elle renforcera son partenariat avec l'ARS pour développer de nouvelles actions de prévention et d'éducation.

La Région souhaite également sensibiliser le grand public sur les conséquences de l'alimentation sur la santé, notamment par une série d'actions déclinées dans la Semaine régionale du « bien manger » (Assises régionales de l'alimentation, portes ouvertes d'exploitations agricoles, événements de sensibilisation sur tout le territoire). Enfin, pour les seniors, un concours des chefs cuisiniers des EHPAD vise à redonner l'envie de s'alimenter aux personnes âgées dénutries.

L'OMS recommande **une activité physique quotidienne de 60 minutes cumulées** pour les jeunes âgés de 5 à 17 ans. Elle peut s'exercer dans les déplacements, le jeu, le sport, et toutes les tâches quotidiennes. Elle participe au développement des appareils locomoteur et cardiovasculaire sains et de la conscience neuromusculaire, et contribue à garder un poids approprié. En outre, l'activité physique a des effets psychologiques bénéfiques. Elle aide les jeunes à mieux surmonter l'anxiété et la dépression et semble-t-il à mieux limiter les conduites à risques (consommation de tabac, alcool et drogues).

On voit ici l'intérêt des campagnes de sensibilisation doublées d'ateliers locaux (type escalier plutôt qu'ascenseur) pour promouvoir des gestes simples, peu coûteux et favorables à la santé. Intérêt également de favoriser des aménagements locaux pour promouvoir les déplacements doux dans la vie quotidienne via des pistes cyclables ou des initiatives comme « les pédibus » pour conduire les plus jeunes à l'école.

Le **lien entre sport et santé** est au cœur du projet développé par le Comité Régional Olympique Sportif (CROS) « Active ta Santé ! »⁴⁶ pour aider les jeunes à mieux intégrer des pratiques quotidiennes sur les plans Santé mentale et Bien-être. L'objectif est de construire un dialogue structuré entre les jeunes et les décideurs européens quant à l'amélioration des politiques qui les concernent. À cette fin, des temps d'échanges et de réflexion entre les jeunes et leurs responsables pédagogiques sont mis en place dans les lycées et antennes de la filière universitaire STAPS, pour identifier les meilleures manières de prévenir les risques et faire émerger des solutions innovantes. Le projet, conduit en partenariat avec l'Association nationale des étudiants en STAPS (ANESTAPS) et la Fédération Familles Rurales des Pays de la Loire, intéresse les ligues

⁴⁰ La santé des habitants des Pays de la Loire, ORS Pays de la Loire, 2017.

⁴¹ Serge Ahmed, directeur de recherche au CNRS, le Journal du CNRS 2015

⁴² Nicolas Blouin, directeur de l'association A vos Soins, audition en visioconférence du 3/04/2020.

⁴³ ORS Pays de la Loire, URPS Chirurghiens-dentistes des Pays de la Loire. (2018). Recours au cabinet dentaire des enfants et des adolescents. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS. 76 p.

⁴⁴ Guillaume Garot, député de la 1ère circonscription de la Mayenne, audition du 9/01/2020.

⁴⁵ L'avis du CESER des Pays de la Loire, Plan Ambition « Alimentation-Santé », juillet 2020

⁴⁶ Dans le cadre du volet « Jeunesse » du programme Erasmus+ (sur la priorité « Santé mentale et Bien-être » de la stratégie 2019-2027 de l'UE en faveur de la jeunesse).

sportives régionales du Sport scolaire et du Sport universitaire qui souhaitent apporter leur contribution. Une première restitution publique est prévue avant de nouveaux échanges en présence d'experts et de décideurs.

Le **soutien de la pratique sportive** est donc essentiel. La politique de la Région passe par le développement des infrastructures dans les EPCI via le Contrat Territoires-Région (CTR). Cela permet effectivement de mailler le territoire en équipements structurants pour permettre à tous un accès au sport.

Cependant, l'équipement n'est pas l'unique solution. A la faveur de son redécoupage issu de la loi NOTRe en 2017, l'intercommunalité la mieux dotée en équipement par habitant est la Communauté de communes des Vallées de la Braye et de l'Anille. Jacky Breton constate que le poids de ces équipements pèse en termes de coût d'entretien et de fonctionnement sur le budget de cet EPCI à faible moyens financiers, et ce même si les élus ont trouvé des solutions de location saisonnière à des organisateurs de centres de vacances pour les rentabiliser.

Outre la question du financement, la dynamique associative qui fait vivre le sport a besoin de soutien⁴⁷ pour diffuser la pratique sportive et maintenir **l'accès au sport pour tous**.

Les associations sportives ont un rôle essentiel. Elles accueillent les enfants dès le plus jeune âge, elles peuvent et doivent être accompagnatrices de sa santé en ayant un rôle d'alerte et de veille. Elles peuvent aussi être un relais pertinent pour accueillir, ou co-porter via leur fédération, des actions de sensibilisation, de prévention. Cela suppose qu'elles développent la dimension de loisir et de plaisir en parallèle à la pratique de compétition.

Pour favoriser l'accès au sport notamment, la Communauté de communes Sud Vendée Littoral a mis en œuvre à la rentrée 2019 un dispositif « Être et apprendre ». L'objectif est de développer des animations afin que tous les enfants de cycle 2 ou 3 bénéficient de deux actions.

Autre exemple, avec un pôle de 44 éducatrices et éducateurs sportifs, le département de Loire-Atlantique propose des écoles multisports aux enfants de 7 à 14 ans, dans les 190 communes de moins de 12000 habitants. Des conventions sont développées localement pour permettre aux enfants fréquentant les accueils de loisirs d'en bénéficier également et c'est l'occasion pour les jeunes de s'essayer à une variété de sports pas toujours présents dans la commune.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- Soutenir les actions contre le développement de l'obésité
- Promouvoir des tarifications solidaires dans les cantines scolaires
- Soutenir l'accès au sport pour tous notamment auprès des fédérations



COMMUNICATION ET COOPÉRATION

L'IMPORTANCE D'UNE COMMUNICATION ADAPTÉE

Il est fondamental de mettre en œuvre des stratégies de communication diversifiées et adaptées pour toucher tout un chacun de façon multiple et pertinente, et d'adapter les stratégies éducatives aux différents publics que l'on souhaite toucher.

En s'appuyant sur le fait que des changements individuels peuvent être produits par l'implication des personnes dans une action collective, la **santé communautaire** met en œuvre une action collective locale. Ainsi, les parcours éducatifs en santé dans le milieu scolaire ou les actions collectives déployées dans les entreprises par les différents acteurs de la santé au travail.

Médecins du Monde agit aussi de cette façon auprès des migrants ou dans les camps de Roms que l'association accompagne. Il s'agit d'abord de développer les attitudes individuelles, d'autonomiser la personne puis, ayant identifié des référents, de se baser sur eux pour faire passer les messages d'éducation en santé en responsabilisant le groupe et d'arriver ainsi à une autonomie collective.

On atteint alors les démarches de **pair-aidance** mises en œuvre notamment dans les groupes de parole souvent utilisés dans le cadre des actions parentalité. Le savoir des uns profite à l'intégralité du groupe, ce qui permet aussi aux participants de prendre conscience de compétences insoupçonnées, de rassurer les personnes sur leur capacité et de générer du pouvoir d'agir.

L'association Repair's!75 fonctionne essentiellement sur cette méthode pour véhiculer des messages en prévention santé. « Léo M. » souligne que les messages passent beaucoup mieux sans la « dimension moralisatrice » que peut induire auprès des jeunes l'étiquette « éducation nationale ». C'est aussi de cette façon que les « Expairs » bénévoles présentent l'association dans leur action « Les pieds sous la table », repas soirée avec les 16-21 ans dans les foyers de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Aujourd'hui, 50% des adhérents sont encore placés, ils participent à la vie de l'association et peuvent demander de l'aide, des informations « avant d'être en galère » (25% des personnes sans-abri sont passées par les foyers de l'ASE). L'association est composée de pairs bénévoles mais aussi d'éducateurs, de référents de foyer, de professionnels de l'insertion, autant de bénévoles bien armés pour leur apporter des réponses.

Il convient également de **repérer les lieux les plus porteurs** et les plus adéquats pour conduire ces actions. Pour être efficaces et adaptées, les actions doivent prendre en compte les besoins des personnes dans les territoires qu'elles habitent, en particulier les territoires en fragilité économique ou Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), Zones de Revitalisation Rurale (ZRR). Elles peuvent prendre appui sur des maisons de quartier, des

⁴⁷ Le Conseil Régional des Pays de la Loire a mis en place un fonds de solidarité exceptionnel pour permettre à ces associations de maintenir leurs activités et préserver l'emploi malgré les difficultés économiques engendrées par la crise sanitaire COVID-19.

centres sociaux, des structures ou des restaurants associatifs, des centres ou maison de santé, etc. > *Renvoi vers le cahier Organisation de la promotion santé-sociale*

Pour les jeunes de 6 à 18 ans, les structures d'accueil (Accueil de Loisirs sans Hébergement, Foyers ou espaces jeunes, MJC) sont autant de relais plus que pertinents. La Communauté de communes Sud Vendée Littoral remarque que les quatre animateurs du « Campus », structure destinée aux jeunes dans la ville de Luçon, touchent environ 300 jeunes par jour. L'EPCI a une volonté d'itinérance de la structure pour proposer ce type d'animation à tous les jeunes du territoire, qui jusqu'ici n'en disposent pas.

A contrario, l'association A Vos Soins et l'URML relèvent que sur certaines thématiques il est préférable que les actions de prévention éducation santé se déroulent dans des espaces non stigmatisants, en dehors du quartier, par exemple dans les établissements scolaires ou centres de formation.

Des démarches de maraudes ou d'« Aller vers » sont déployées pour aller chercher les personnes éloignées des radars, comme celles des Restos du Cœur, de la protection civile, du Samu social... Mais aussi celles d'associations qui déploient là inventivité et énergie pour les joindre au bas des immeubles : porteurs de paroles, bibliothèques ambulantes. Le Département de Loire-Atlantique utilise aussi ce type de démarche pour ses maraudes sociales.

Enfin, il faut **repérer des vecteurs pertinents**, inventer des moyens adaptés aux cibles que l'on veut toucher. Pour Jean-Michel Leray, Instagram et YouTube seraient des outils particulièrement pertinents. Prenant l'exemple d'une communication COVID, il pointait « le ras le bol » des gestes-barrières et des taux de mortalité globaux qui n'atteignaient plus ce public qui se sentait à l'abri de la maladie. Selon lui, parler d'un taux de mortalité de 2% chez les moins de 18 ans et de 0,2% chez les moins de 15 ans ne signifiait rien. En revanche communiquer sur « combien de jeunes d'un établissement seront morts à la rentrée ? » via un youtubeur qui ferait une « visio » pourrait être pertinent en termes de prévention.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Multiplier les stratégies éducatives et les formes de diffusion
- > Développer les tiers-lieux : Maisons de quartier, Centres sociaux ou espaces de vie sociale, Structures d'accueil Jeunesse

L'ENJEU D'UNE ARTICULATION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Nous avons identifié quelques-uns des leviers liés aux compétences spécifiques de chacune des collectivités territoriales. L'éducation à la santé de la population ligérienne aurait tout à gagner en termes d'équité d'accès, de mutualisation des compétences, des connaissances et des partenariats en mettant en œuvre une ou plusieurs formes d'articulation territoriale.

Les communes et EPCI sont au cœur du dispositif éducatif de proximité géographique. Ces collectivités sont aussi les premiers interlocuteurs locaux des familles par la compétence petite enfance, enfance, jeunesse. Elles ont la main sur les écoles élémentaires et les cantines, et sont en lien direct ou indirect avec les structures d'accueil périscolaire, petite enfance, et de loisirs. Elles sont aussi au cœur des problématiques sociales de la population et le premier recours en termes de support avec les CCAS ou CIAS (centres communaux ou intercommunaux d'action sociale) qui soutiennent financièrement les familles ou les orientent dans leurs démarches de recours.

Elles disposent d'outils de contractualisation avec des acteurs variés : les acteurs locaux associatifs notamment (PEDT), l'ARS (Contrat local de Santé), la CAF (Convention Territoriale Globale), et avec la Région (Contrat Territoires-Région). Les champs d'intervention de ces différents contrats se recoupant, elles ont tout intérêt à les articuler entre eux pour créer une réponse globale aux besoins des habitants et des dynamiques entre les partenaires. > *Renvoi vers l'article Territoires pour la démarche PLUSS*

En termes de politique locale, elles ont également la possibilité de travailler des projets Alimentation de Territoire, le plan de déplacement local et pour les EPCI de plus de 25 000 habitants, le Plan Air-Energie-Climat Territorial (PAECT) et la prise en charge de la compétence eau.

La seule question qui se pose est finalement celle **des moyens financiers et humains**, pour mettre en œuvre des projets de ce type et par conséquent celle **de l'équité** du service rendu aux populations ligériennes. Comme le souligne Fabienne Labrette-Ménager⁴⁸ : « Il faudra mesurer dans les prochaines années leur capacité financière à investir en dehors de leurs compétences réglementaires obligatoires. Les communautés de communes ne pourront pas toutes exercer de nouvelles compétences facultatives. »

Depuis les lois de décentralisation, **les Départements** sont des acteurs incontournables de l'action sociale. Le budget consacré à cette mission se répartit en quatre pôles dont la part la plus importante est attribuée à la lutte contre l'exclusion et la pauvreté via les allocations individuelles de solidarité (principalement le RSA). Le reste se distribue entre les champs de l'enfance (protection maternelle et infantile, adoption, protection de l'enfance, soutien aux familles en difficulté), du handicap (hébergement, insertion sociale et aides financières aux personnes handicapées), des personnes âgées et de la dépendance (création et gestion des maisons de retraite, aides). A noter qu'en Pays de la Loire, tous les départements sont signataires de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

Les départements sont également des acteurs des politiques éducatives, puisqu'ils gèrent la construction, l'entretien, l'équipement des collèges et peuvent soutenir les actions éducatives. En outre ils accompagnent et développent la pratique du sport (hors infrastructures).

Ils sont également tous signataires de Schémas Départementaux des Services aux Familles (SDSF) avec l'Etat, les CAF, l'association des Maires de France (AMF) et le Rectorat. Ceux-ci visent principalement à lutter contre les inégalités d'accès aux modes d'accueil entre les familles et à développer les dispositifs de soutien à la parentalité.

⁴⁸ Fabienne Labrette-Ménager, maire de Fresnay sur Sarthe, vice-présidente du Conseil départemental de la Sarthe.

Une Région détient plusieurs types de leviers permettant d'intervenir dans le champ des politiques publiques de la santé et du social. Certaines obligations sont clairement définies par la loi. Par ailleurs, les Régions doivent « participer au développement social », ce qui constitue une sorte de « clause générale de compétence » qui engage cette collectivité à mener cette réflexion, notamment à travers l'exercice des autres compétences qui lui sont confiées par la loi et qui représentent autant de leviers indirects.

Ces leviers peuvent être mobilisés en faveur de l'éducation à la santé pour développer l'accès au bien-être, à l'autonomie, soutenir des actions de prévention, favoriser des tarifications spécifiques ou abonder des fonds de solidarité, contribuer à développer les expérimentations territoriales, aider toute forme de coopération (mutualisation, mise en réseau...), lutter contre la fracture numérique...

En outre, la notion de « chef de filât », en particulier pour la politique « jeunesse » devrait aussi pouvoir constituer un levier qu'il pourrait être intéressant d'approfondir. Enfin, à travers de nombreux textes et dispositifs, l'État a défini des leviers contractuels dont certains sont prescriptifs et d'autres incitatifs.

Le Porte-Clés Santé Pays de la Loire

PromoSanté édite annuellement un dossier de synthèse qui s'adresse à tous les acteurs intervenant dans le champ promotion et prévention de la santé. Il privilégie le contexte régional et a pour objectif de faciliter l'accès et l'appropriation des données, des connaissances, des méthodes et des ressources essentielles pour favoriser leur intégration dans les pratiques professionnelles. Numéro 2019 : Les inégalités sociales de santé.

La Région s'est saisie de certains de ces leviers qui agissent sur les déterminants sociaux de santé dans ses différentes politiques publiques. C'est ce que soulignait Catherine Deroche⁴⁹ en ouverture de la Journée Régionale Promosanté 2020 : « La compétence de la santé relève de l'État mais la Région a souhaité s'en emparer par le biais de ses compétences propres et a pointé des croisements avec

les élus locaux : Numérique et accès santé, Plan d'accès à la santé, partout et pour tous, Plan de prévention et éducation santé jeunes, Plan régional de santé environnementale. Des mesures existent pour lutter contre les inégalités sociales de santé. »

Les **problématiques de l'éducation à la santé concernent les politiques publiques de toutes les collectivités territoriales** et les auditions conduites ont démontré leur volonté d'implication. Il est donc important de favoriser leur articulation.

Souvent considérées comme des aspects relevant de la vie privée, les questions liées à la prévention santé ne sont pas intégrées dans un certain nombre d'appels d'offres, de conventions et de contractualisations. La crise sanitaire que nous traversons démontre que la santé ne relève pas que d'une approche personnelle, mais également d'une approche sociétale. Il s'agit d'un bien commun et à ce titre il est nécessaire que la société s'en préoccupe.

Il serait donc important d'identifier tous les espaces ou politiques publiques, où ces questions peuvent faire l'objet d'actions éducatives, de sensibilisation ou de formation, pour développer le volet éducation santé. Ainsi, inclure un volet dans le cahier des charges des actions de formation financées par la Région pourrait permettre de sensibiliser les publics qui les suivent.

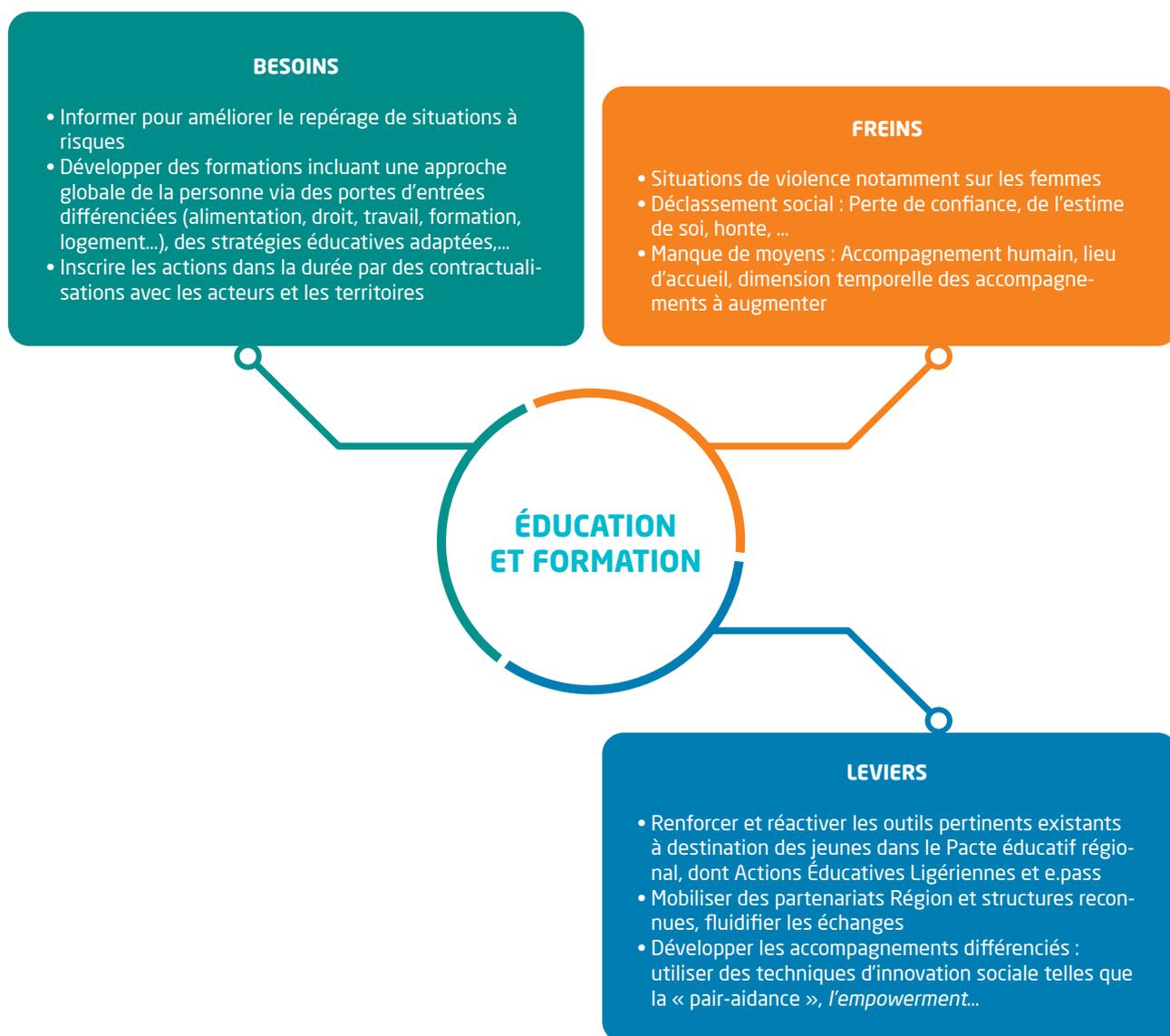
Dans le même esprit, il pourrait être envisagé de poser une clause de conditionnalité des aides « prévention santé-social » comme cela existe sur les axes environnement, numérique, handicap, par l'ajout d'une condition.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Mutualiser et partager des ressources
- > Renforcer les interactions entre les collectivités territoriales dans le respect des compétences de chacune
- > Sécuriser les acteurs par des conventions pluriannuelles
- > Développer des actions transversales autour des DSS



⁴⁹ Catherine Deroche, conseillère régionale des Pays de la Loire déléguée à la santé, Journée Régionale Promosanté 05/12/2019



BIBLIOGRAPHIE

Stratégie nationale de santé 2018-2022, Ministère des solidarités et de la santé, Décembre 2017

Santé scolaire : un dispositif à revoir, Vie-publique.fr, Publié le 05 juin 2020

Rapport Vivre en Pays de la Loire en 2050 : quelles politiques publiques régionales pour améliorer la vie des Ligériens et des Ligériennes dans un contexte de mutations ?, CESER des Pays de la Loire, juillet 2020

Article Omnisports. Le CROS à la relance des sports en Pays de la Loire, Ouest-France, publié le 23/06/2020

Rapport Les 1000 premiers jours Là où tout commence Ministère des Solidarités et de la Santé, Septembre 2020

Allongement du congé paternité : une première réponse à compléter par une réforme des congés parentaux, Communiqué de presse N°20 de l'UNAF, 23/09/2020

Garde d'enfants : une offre abondante portée par les assistantes maternelles, Insee, Flash Pays de la Loire, n°81, 15 mars 2018

Santé, bien-être et qualité de vie dans les Pays de la Loire. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017, ORS et ARS, 2017

Rapport Les médecins et les personnels de santé scolaire, Cour des Comptes, avril 2020

Mise en oeuvre du parcours éducatif de santé Guide d'accompagnement des équipes pédagogiques et éducatives, Ministère de l'Éducation Nationale, mise à jour novembre 2020

Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance, Antoine DULIN, CESE, Avis de 06/2018,

Rapport annuel sur L'État du mal-logement de la Fondation Abbé Pierre, 2018, 23e édition

Rapport L'état de santé de la population en France, Drees, 2017

Communiqué de presse de l'OMS, Paul Garwood, Londres 11/10/2017

La santé des habitants des Pays de la Loire, ORS Pays de la Loire, 2017

Addiction: l'autre poudre blanche, Serge Ahmed, CNRS Le Journal, 26/02/2015

ORS Pays de la Loire, URPS Chirugiens-dentistes des Pays de la Loire. (2018). Recours au cabinet dentaire des enfants et des adolescents. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS. 76 p.

Avis du CESER des Pays de la Loire, Plan Ambition « Alimentation-Santé », juillet 2020

Rapport d'information sur l'évaluation de la loi n° 2016-138 du 11 février 2016 relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire, Graziella Melchior et Guillaume Garot, juin 2019

CONSTRUIRE UN PLAN « AGIR POUR LA SANTÉ AU QUOTIDIEN »

PRÉCONISATION N° 1

CIBLE : *Territoires*

OBJECTIF

Sensibiliser les Ligériennes et Ligériens à l'importance d'une bonne hygiène de vie, et ce dès le plus jeune âge, en organisant une continuité entre les acteurs

BÉNÉFICES

Donner de la visibilité à toutes les actions simples qui sont autant de gestes en faveur d'un bon état de santé

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Regrouper les actions déjà soutenues, qu'elles soient portées en direct par la Région (cf. dans l'Ambition alimentation santé...) ou portées par des opérateurs : Aération/radon,...

- Recenser et promouvoir des actions existantes portées par les communes et les EPCI : Pédibus, Semaine du Vélo,...

- Soutenir le développement de nouvelles actions et veiller à leur déploiement régional par exemple :

- Éducation sur le bon usage et l'accès au droit,
- Éducation en santé dans le cadre du service sanitaire des étudiants médicaux et paramédicaux,
- Sport : Soutien financier aux actions « Sport pour tous » à destination des plus fragiles (jeunes enfants, sport adapté handicap ou personnes à mobilité réduite ou âgées, etc.)

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

#Aménagement du territoire (SRADDET) #PRSE3 et PRSE4 # Chef de filât Jeunesse

PILOTER UNE ÉTUDE SUR LES CAUSES DE LA MAUVAISE SANTÉ MENTALE DES JEUNES

PRÉCONISATION N° 2

CIBLE : *Acteurs locaux*

OBJECTIF

Comprendre les causes du mal-être des jeunes, déclencheurs d'échecs scolaires, d'addictions, de comportements à risques, pour développer des politiques qui y remédient et mieux traiter les conséquences qui pourraient malgré tout persister. Travailler cette étude dans une approche territoriale infrarégionale.

BÉNÉFICES

- Investir dans la bonne santé des ligériennes et ligériens de demain
- Réduire les Inégalités sociales de Santé
- Développer le bien-être et le bien vivre dans la région

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

Être garant de la démarche, en assurer le montage et le copilotage avec les instances impliquées

• Mobiliser les réseaux santé, social, sport, culture, reconnus comme acteurs régionaux et infrarégionaux pour recueillir la parole des jeunes et les mobiliser dans la démarche

• Solliciter la participation des communautés psychiatriques de territoire

• Construire une stratégie régionale sur un principe d'ateliers thématiques (cf. la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté) pour couvrir les différentes problématiques relevées

• Faire appel à des chercheurs pour apporter des données systémiques

• Restituer et diffuser l'étude au niveau national et en tirer des politiques régionales adéquates

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

Chef de filât jeunesse, # Plan Régional de prévention et éducation à la santé #Égalité Femmes-Hommes

FACILITER LE DÉPLOIEMENT D' ACTIONS D'ÉDUCATION À LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES

PRÉCONISATION N° 3

CIBLE : *Territoires, Acteurs locaux*

OBJECTIF

Promouvoir des comportements individuels et collectifs favorables à la santé, notamment environnementale et alimentaire

BÉNÉFICES

Agir pour le développement équitable des territoires

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Repenser avec les acteurs concernés les modalités d'utilisation et de fonctionnement des e.pass santé-contraception et culture sport pour une meilleure utilisation par les jeunes.
- Simplifier la mise en œuvre des Actions éducatives pour les lycées (par exemple avec une pluri-annualité des projets et moyens) et porter une communication offensive et incitative auprès de tous les établissements pour promouvoir leur développement notamment sur ces thématiques
- À l'initiative de la Région, déployer une campagne d'information annuelle sur ces thématiques portées par des interventions dans tous les établissements

- Renforcer le soutien financier des associations sportives qui s'engagent en faveur de la santé en accueillant au moins une action d'éducation par an et en développant des comportements « Buvettes éthiques » sans alcool, ...
- Soutenir les acteurs locaux qui développent des initiatives sur ces thématiques en direction des jeunes dans les tiers-lieux qu'ils fréquentent : Maisons de quartier, Centres sociaux ou espaces de vie sociale, Structures d'accueil Jeunesse, avec un renfort de l'aide dans les territoires à faible potentiel fiscal ou sensibles en santé
- Inciter au développement des Projets Educatifs Territoriaux (PEDT) et aux interactions entre collectivités territoriales dans le respect des compétences de chacune pour promouvoir le développement de ces actions tout en maillant le territoire régional

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

#PRSE3 et PRSE4 # Chef de filât jeunesse #Formation sanitaire et sociale

DÉVELOPPEMENT DE FORMATIONS IMPLIQUANT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES VOLET 2/3

PRÉCONISATION N° 4

Volets complémentaires : volet 1/3 - Soutenir un parcours progressif de réinsertion sociale dans le cahier Pauvreté et précarité sociale , volet 3/3 - Soutenir un parcours progressif de réinsertion par l'activité dans le cahier Travail.

CIBLE : *Acteurs locaux*

OBJECTIF

Améliorer les compétences psychosociales pour favoriser l'empowerment des personnes

BÉNÉFICES

- Augmenter la confiance, l'estime de soi et les ressources internes des personnes pour leur permettre de s'inscrire dans des dynamiques de projet
- Contribuer au développement de la bonne santé mentale

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Développer des modules de formation en victimologie dans le cadre des formations sanitaires et sociales pour mieux accompagner les personnes victimes de violences intraconjugales et intrafamiliales
- Développer des modules de formation sur l'empowerment dans le cadre des formations sanitaires et sociales
- Soutenir les associations jeunesse et éducation populaire dans la proposition d'action grand public visant le renforcement des compétences psychosociales dans les espaces jeunesse et tiers-lieux précédemment mentionnés

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

Égalité Femmes-Hommes, #Formation sanitaire et sociale, #Vie associative

« LA RÉGION AMBASSADRICE »

La Région est porte-parole. Par son poids politique, économique et social, elle peut soutenir et faire des propositions à l'État et aux autres acteurs pour améliorer la qualité de vie des populations sur son territoire.

- Décloisonner le système de la médecine scolaire pour une compétence partagée avec l'ARS
- Porter une politique volontariste sur la conciliation des temps de vie familiaux et professionnels est indispensable à la santé des personnes et favorable au dynamisme économique de la région
- Inscrire les questions de santé publique traitées dans le Parcours éducation en Santé dans les programmes scolaires dès l'école élémentaire
- Inciter au développement la dimension éducation à la santé dans les Projets éducatifs de territoire (PEDT)



L'ORGANISATION DE LA PROMOTION SANTÉ-SOCIALE

En quoi l'organisation de l'accès à la santé a-t-elle un impact sur la prévention santé-sociale ?

#accès à la santé #proximité #qualité de vie

CADRE RÉFÉRENTIEL

La déclaration d'Adélaïde, Organisation mondiale de la santé (OMS), 2010

« La santé est un concept positif qui met l'accent sur les ressources personnelles et sociales ainsi qu'aux capacités physiques. C'est pourquoi **la promotion de la santé n'est pas une responsabilité qui incombe au seul secteur de la santé** et va au-delà d'un mode de vie sain pour inclure le bien-être et un environnement propice »¹.

La démarche de santé communautaire

Partie intégrante de la santé publique, c'est une approche populationnelle et non individuelle qui promeut et met en œuvre une vision globale et de proximité de la santé. Elle est fondée sur plusieurs grands principes :

- les déterminants sociaux de santé qui touchent toute une population et ne sont pas répartis de la même manière sur tout le territoire
- L'approche de la santé n'est pas toujours suffisamment globale
- Les comportements individuels sont difficiles à faire changer mais une action collective et locale auprès du groupe entier y contribue ;

La démarche d'universalisme proportionné

L'« universalisme proportionné » est un concept né du constat que ni les approches universelles, ni les approches ciblées ne parvenaient à réduire les Inégalités Sociales de Santé (ISS). Il vise à aplanir la pente du gradient social selon le principe « la santé pour tous, adaptée aux besoins de chacun ». Les actions universelles mises en place se caractérisent par une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles auxquels se heurtent certains groupes sociaux².

DES OUTILS AU SERVICE DES TERRITOIRES

Le Contrat local de Santé (CLS)

Outil au service de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS), il est conclu entre les collectivités territoriales et l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il permet de mobiliser les acteurs et de consolider les partenariats locaux autour d'un projet commun. Il crée des synergies pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

Regroupement, sur un site ou en multisite, de professionnels de santé : Médecins (médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), auxiliaires médicaux (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute,...), pharmaciens et biologistes. Cette collaboration interprofessionnelle pour la prise en charge d'une population est formalisée dans un Projet de Santé.

Les Centres de santé

Regroupement de professionnels de santé pluriprofessionnel ou uniquement dédié aux soins infirmiers. Le tiers payant intégral des régimes obligatoire et complémentaire permet une accessibilité financière aux patients.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Structures visant à organiser et coordonner sur un territoire les soins de premier et de second recours, les parcours de santé en liaison avec les établissements hospitaliers et les acteurs médico-sociaux et sociaux, la prévention et l'information en matière de santé. Elles constituent un nouveau cadre d'exercice regroupé avec pour finalité d'améliorer la prise en charge de la population à l'échelle de son territoire. « Il y a une forte dynamique dans la région et il y aurait à terme une cinquantaine de CPTS avec des échelles populationnelles variables »³.

Les lieux de santé en Pays de La Loire au 31 décembre 2019



23
CLS

SONT SIGNÉS DONT 10 ONT FAIT L'OBJET AU COURS DE L'ANNÉE 2019 D'UNE SIGNATURE OU D'UN RENOUVELLEMENT, 6 SONT EN PROJET⁴



101 MSP
SONT EN FONCTIONNEMENT

22 EN LOIRE ATLANTIQUE,
27 EN MAINE ET LOIRE,
14 EN MAYENNE,
18 EN SARTHE,
21 EN VENDÉE

11 MSP

SONT EN PROJET(2), SOIT 7% DES MSP NATIONALES (DÉBUT 2020)⁵



4 CPTS

AVEC SIGNATURE DE LEUR CONVENTION DE FINANCEMENT AVEC LA CPAM ET L'ARS, 15 PROJETS EN COURS⁶

¹ Version française de la Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, sur le site de l'OMS who.int.

² Définition à partir de Inégalités sociales de santé, Porte-Clés Santé Pays de la Loire n°2 - Juillet 2019

³ L'état d'avancement des Communautés Professionnelles Territoriales, Communiqué CRSA Pays de la Loire, 09/12/2019

⁴ Page du site de l'ARS, publication du 14/01/2020

⁵ Page Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en Pays de la Loire, site web de l'Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire (APSMU)

⁶ L'état d'avancement des Communautés Professionnelles Territoriales, Communiqué CRSA Pays de la Loire, 09/12/2019

Les centres d'examens de santé de la CPAM

Départementaux, ils proposent des bilans de santé gratuits pour tous les assurés sociaux (étudiants, salariés, demandeurs d'emploi...), des tests, analyses et examens médicaux pour un check-up complet.

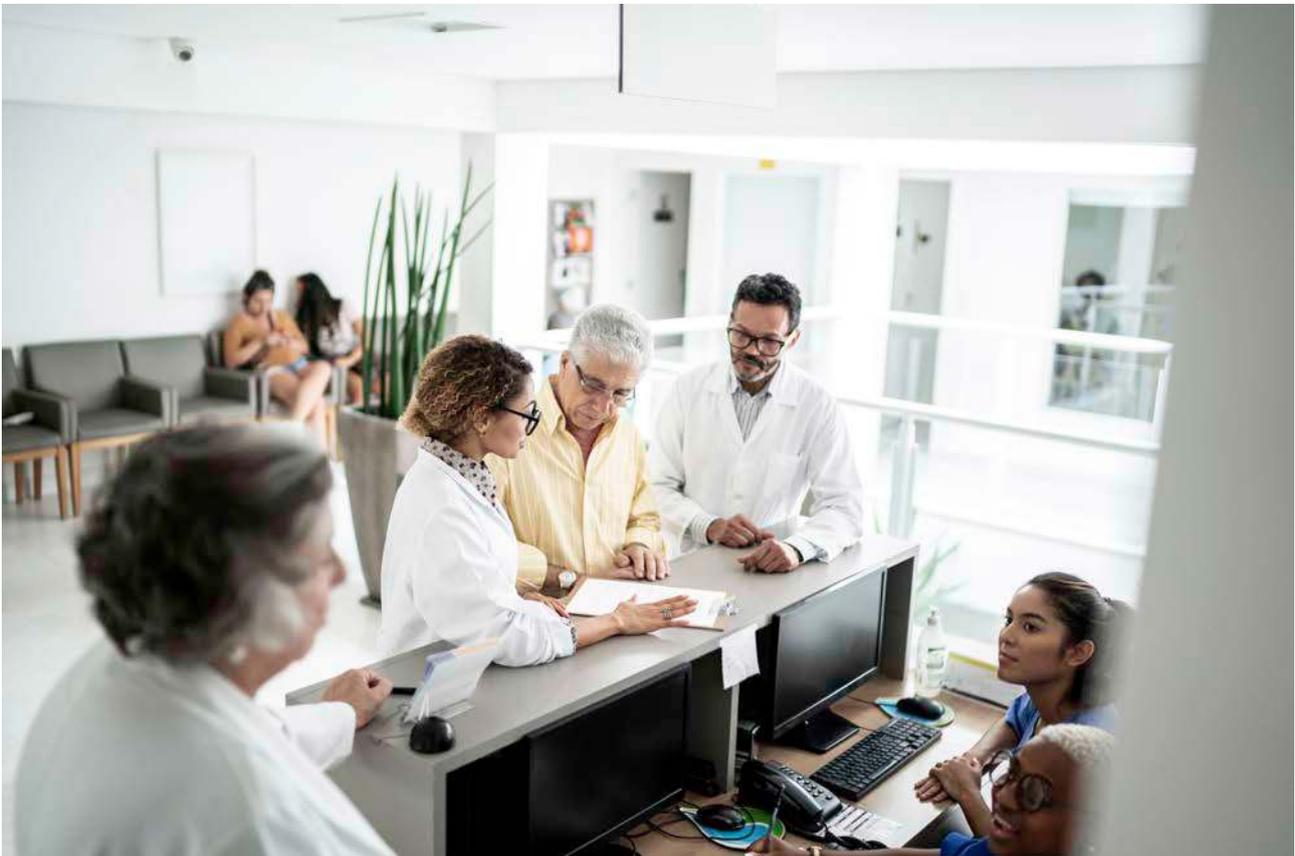
Convention Territoriale Globale (CTG)

Cette convention favorise le développement et l'adaptation des équipements et des services aux familles, l'accès aux droits, l'optimisation des interventions des différents acteurs ainsi que le développement et l'adaptation des équipements et des services aux familles. La CTG repose sur un projet social de territoire et de déploiement de l'offre globale de service des Caisses d'Allocations Familiales (CAF) qui est élaboré dans une démarche partenariale. La convention se concrétise par la signature d'un accord-cadre politique sur une période de quatre ans.

DES PLANS

Région : Plan Régional d'Accès à la Santé (PRAS), Plan Régional Santé Environnement (PRSE 3), Plan Régional de prévention et d'éducation à la santé des jeunes

État : Ségur de la Santé (pilier 4)





L'INTERACTION TERRITOIRE PROMOTION SANTÉ

La Charte d'Ottawa, charte de promotion de la santé de l'OMS⁷, incite à des actions de politiques publiques incluant l'éducation individuelle et communautaire et la réorientation des services de santé vers une approche multisectorielle attentives aux besoins des patients.

L'IMPACT DE L'ÉCONOMIE LOCALE

La santé des habitants se détériore d'autant plus vite que les territoires dans lesquels ils vivent se portent mal économiquement. L'insécurité de l'emploi et des ressources génère chez eux angoisse, dépression, renoncement aux soins, notamment pour des raisons financières ... Cette insécurité influe aussi sur l'accès à un logement de qualité et freine l'accès à la culture, aux loisirs, aux sports, aux vacances. Elle peut aller jusqu'à générer de la précarité alimentaire. > *Renvoi vers le cahier Travail*

La volonté politique d'investir dans des actions de promotion de la santé est bien présente dans les territoires mais une capacité financière affaiblie réduit les moyens déployables.

La volonté forte des élus de la Communauté de communes des Vallées de la Braye et de l'Anille a permis de développer un Contrat Local de Santé (CLS) et 3 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) intercommunales avec le soutien des subventions du Conseil Régional et de l'ARS. Deux de ces MSP sont neuves, construites à Bessé-sur-Braye et Vibraye par la Communauté de Communes, la troisième a été rachetée et agrandie à Saint Calais. Le territoire est ainsi maillé et en capacité théorique de répondre aux besoins de la population. Plusieures difficultés sont cependant repérées par Jacky Breton⁸.

D'une part, il pointe l'impossibilité pour la collectivité d'assumer le coût du poste de coordination qui permet l'activation du Contrat Local de Santé (CLS). Cette difficulté a finalement été levée par un cofinancement avec la Région et l'ARS pour les 3 premières années.

D'autre part, le coût de raccordement à la fibre d'une des MSP pour la connexion d'un poste de télé-médecine serait très élevé au regard du budget de la communauté de communes. Malgré tous ces investissements, les communes peinent à trouver des médecins qui veulent s'installer durablement.

Par ailleurs, des élus et techniciens de la Communauté d'agglomération Saumur Val de Loire⁹ remarquent qu'un soutien technique de la Région serait le bienvenu. En effet, ils témoignent de la difficulté de financer des postes d'ingénierie sur les territoires économiquement les plus fragiles, ce qu'ils repèrent comme un frein à la réalisation des objectifs.

L'utilisation des fonds européens (FEDER) qu'ils ont activés (en complément de fonds régionaux pour boucler des projets de MSP) est lourde à gérer et les délais d'obtention de ces fonds obligent l'Agglomération à avancer la trésorerie.

En définitive, si les obligations au montage des MSP sont reconnues comme cohérentes par tous nos interlocuteurs, elles pèsent sur les acteurs du terrain : élus, techniciens et professionnels de santé.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Il est difficile pour les territoires les plus en difficulté économique et souffrant d'inégalités territoriales de santé de faire face aux coûts de développement de projet et aux coûts de fonctionnement
- > Il est nécessaire d'impliquer les professionnels de santé dans un projet de territoire et de réussir à maintenir en poste les médecins qui se sont installés

L'IMPORTANCE DE LA TRANSVERSALITÉ SANTÉ-SOCIALE

Pour un résultat optimal, il est important de définir et de conduire **des politiques santé-social en associant les plans et les dispositifs**.

Projet éducatif de territoire, la Convention Territoriale Globale (CTG) de la CAF, CLS de l'ARS sont des exemples de contractualisation qui permettent la mise en route de dynamique en matière de prévention. Ces contractualisations sont d'autant plus efficaces qu'elles intègrent dès leur élaboration les acteurs du territoire, les collectifs d'habitants et les associations et ce, d'autant plus qu'elles ont aussi la possibilité d'agir en articulation entre elles, comme la démarche PLUS en Vendée qui développe conjointement CLS et CTG.

En s'engageant dans ces contractualisations, les politiques publiques peuvent efficacement diffuser et promouvoir des comportements favorables à la santé par des manifestations conviviales, voire ludiques, comme « La Santé c'est tout un Parkour » à Saumur. Dans trois pôles répartis dans la ville, c'est l'occasion de mixer les entrées pour toucher tous les publics en joignant l'utile à l'agréable : conseil en nutrition, prévention diabète et « vélos à smoothies », puis tests de vue, quiz sur la vaccination avec une mise à jour possible des vaccins et enfin tests de souffle sur les effets du tabac et un atelier Qi Gong.

Cela joue sur plusieurs déterminants sociaux de santé et implique de s'appuyer sur les acteurs locaux. En donnant de la visibilité à l'action, on renforce également la dynamique locale et la cohésion sociale.

Pour des actions de prévention plus spécifiques, les têtes de réseaux et acteurs de la prévention spécialisée peuvent être mobilisés.

Jean-Michel Leray¹¹ remarque que les cartes de mortalité par suicide et de consommation de produits addictogènes montrent une corrélation avec celles où sont présentes des inégalités de base et où peu d'actions de prévention sont

⁷ Charte issue de la première conférence internationale pour la promotion de la Santé, OMS, 1986.

⁸ Président de la communauté de communes des Vallées de la Braye et de l'Anille (jusqu'en juillet 2020.) audition le 31/01/2020

⁹ Béatrice Bertrand, élue communautaire référente du CLS et maire de Vivvy ; Céline Hercelo, Politiques contractuelles et Conseil de développement ; Benjamin Royer, responsable des politiques sociales, de l'EPCI Saumur Val de Loire, audition du 27/02/2020

¹⁰ > Renvoi vers l'article Territoires

¹¹ Jean-Michel Leray, Président de la commission spécialisée Prévention et du groupe permanent Santé précarité de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) des Pays de La Loire, Audition du 07/04/2020

menées. Les opérateurs en prévention ne viennent sur un territoire qu'en réponse à une demande qui leur est faite. Celle-ci est souvent amenée par un collectif de personnes (associations, élus locaux, opérateurs) sensibilisé pour la « porter ».

Dans certains territoires, les ressources actuelles sont insuffisantes pour repérer la demande, notamment sur les problématiques de suicide, de consommation d'alcool et de tabac. Ainsi, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) a initié un travail à Châteaubriant et un collectif commence à se mobiliser. Une Analyse des Besoins Sociaux (ABS) des différentes communes ou EPCI pourrait utilement renseigner sur les spécificités du territoire dans le cadre d'un repérage par les CCAS¹².

En Sarthe, un Comité Territorial de Santé (CTS) avait alerté sur un problème de diabète et de suicide dans un territoire rural mais il ne disposait d'aucun relais disponible pour lancer le débat. Pour Jean-Michel Leray, cela montre l'importance cruciale de la mise en place de Contrats Locaux de Santé (CLS). La mise en réseau des forces vives locales sanitaires, médico-sociales et sociales qu'ils impliquent est un précieux levier pour agir localement en prévention et en promotion santé.

Cela démontre aussi l'importance des **instances de démocratie en santé** pour le lancement ou le soutien au débat local sur les problématiques repérées au niveau régional puis pour leur portage par les acteurs locaux.

La nécessité de partir des réalités, des éléments moteurs et des besoins des territoires est fondamentale. Ils diffèrent d'un territoire à l'autre et la véritable équité territoriale n'est pas forcément dans une uniformité des dispositifs. Nous voyons là aussi l'intérêt à mobiliser le Contrat Territoires-Région (CTR) qui laisse la main aux collectivités. La Région pourrait choisir de valoriser différemment, suivant les territoires des actions, jugées prioritaires.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- **Prise en compte de la pauvreté et de sa diffusion géographique dans la politique d'aménagement du territoire**
- **Soutien équitable de la Région à l'accompagnement des politiques d'aménagement du territoire favorables à la santé : par exemple différencié en fonction du potentiel fiscal des EPCI et incluant un soutien d'ingénierie**
- **Aller du soutien de l'ingénierie en santé¹³ à l'ingénierie en promotion de la santé**

LA DONNÉE ENVIRONNEMENTALE

La Charte de l'environnement adoptée par la France le 1er mars 2005¹⁴ pose que chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé. Elle a valeur constitutionnelle et est, à ce titre, une avancée importante. Au-delà du droit individuel à l'accès aux soins, cela crée un droit collectif à une non mise en danger de tous.

NATURE ET ESPACES AMÉNAGÉS

L'accès à la nature a un impact fort pour le bien-être des individus quel que soit leur âge. Il contribue au développement de la curiosité, de l'imaginaire et à la motricité des enfants. Il est souvent propice à des jeux de groupe qui favorisent le développement émotionnel et social, entraînent la coordination et l'équilibre. Les expériences en pleine nature réduisent les inégalités dans la réalisation des activités physiques entre les filles et les garçons¹⁵. Mais profiter d'espaces moins contraints et moins artificialisés influe également positivement sur la santé des adultes en diminuant le stress et les comportements agressifs et en permettant une activité physique.

La crise sanitaire met encore plus en évidence ce besoin indispensable à l'équilibre des habitants lors de restrictions de circulation.

L'impact de l'environnement incite à **revisiter les espaces urbains avec les politiques d'aménagements « ludiques »**. C'est en agissant sur les environnements que les villes sont des acteurs clés pour la promotion de la santé. Toutes les orientations conditionnent l'état de santé de la population (l'urbanisme, l'environnement, le transport, l'habitat, la cohésion sociale, la petite enfance, la jeunesse, l'éducation ou l'emploi). Une attention au mobilier urbain, à la propreté, le développement d'aménagements apaisants (miroirs d'eau, îlots de fraîcheur), adaptés à tous les publics, tenant compte des différents âges, des possibilités physiques de chacun, favorisant un accès non genré, donnent envie de se réapproprier la ville, et participent à ce que chacun s'y sente bien. Les aménagements semblent plutôt réussis au pied des châteaux de Nantes et d'Angers à en juger par le nombre de familles et de jeunes qui s'y retrouvent en été. À noter que ces deux villes sont inscrites depuis les années 1990 dans le réseau des Villes-Santé de l'OMS.

¹² L'Analyse des Besoins Sociaux est une obligation légale depuis 1995. Elle permet aux communes, par l'intermédiaire de leur centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS/CCIAS), de procéder à une analyse réelle de la population en difficulté : familles, jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap.

¹³ Objectif 1, mesure 2 du Plan Régional d'Accès à la Santé (PRAS) 2017-2020

¹⁴ Texte disponible sur legifrance.gouv

¹⁵ Les 1000 premiers jours Rapport de la commission des 100 premiers jours, Ministère des solidarités et de la santé, Septembre 2020

Le réseau Villes-Santé de l'OMS

Les villes membres du réseau s'engagent à promouvoir des environnements urbains favorables à la santé de tous et partagent des valeurs communes : l'équité, la durabilité, l'intersectorialité des politiques.

Le réseau français concerne 13 millions d'habitants. En Pays de La Loire, Angers, Nantes, La Roche-sur-Yon et Bouguenais en sont membres. Leurs actions abordent diverses thématiques : Bien-être, Participation des habitants, Habitat, Nutrition, Mobilités actives, Plan ou Programme Local de Santé, Soins de premiers recours, Santé mentale, Santé environnementale, Parentalité, Petite enfance, Écoles, Qualité de l'air, Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) et Zones Urbaines Sensibles (ZUS).

Depuis 2009, les 4 Villes-Santé ligériennes forment, avec 13 autres agglomérations ou EPCI, le Réseau Grand Ouest pour travailler sur les thématiques de leur choix en fonction des réalités et actualités locales.

Un **développement des déplacements doux** avec le développement des pistes cyclables, des locations de vélos en libre-service et de promenades végétalisées incitent à la marche à pied. Les EPCI se saisissent de l'opportunité des Plans Locaux de Déplacements (PLD) et des Plans Air-Energie-Climat Territorial (PAECT) pour développer ce type d'actions. Ainsi, celui d'Erdre et Gesvres développe-t-il des axes cyclables entre les différentes communes et promeut-il une « Semaine marche et vélo » (édition de 2019).

Autre mode d'action dans la Communauté de communes des Vallées de la Braye et de l'Anille : le réaménagement urbain de Saint-Calais qui a permis l'homologation « Petites Cités de Caractère » améliorant le cadre de vie des habitants comme la visibilité touristique de la commune. Le développement de chemins de randonnée relève d'une démarche similaire.

LA PRISE EN COMPTE DU RISQUE CLIMATIQUE

Ce risque va toucher tous **les espaces de notre région, notamment les espaces littoraux et leur arrière-pays** exposés au risque de submersion et au changement de nature des milieux marécageux.

Les Évaluations d'Impact sur la Santé (EIS) ont un rôle essentiel à jouer dans la prise en compte et la mesure de ces risques sur la santé.

A Noirmoutier, l'étude s'est attachée à la mesure d'impact du Programme d'Actions de Prévention des Inondations (PAPI). Elle a mis en évidence l'influence du PAPI sur « quatre familles de déterminants de santé : sentiment de contrôle et capacité à agir, ressources économiques, cadre

de vie et climat social. Ces déterminants apparaissent comme autant de facteurs de la résilience territoriale de l'île face au risque de submersion marine »¹⁶. Elle a aussi montré qu'il était nécessaire de sensibiliser les populations, de construire une culture du risque de submersion marine notamment auprès des populations les plus fragiles.

La participation de la population à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques qui la concerne est également l'une des valeurs fortes de l'EIS. Elle permet entre autres une meilleure appropriation du message.

Les villes sont aussi impactées par ces risques climatiques avec notamment **l'augmentation des températures**. Elle contribue au développement du nombre d'îlots de chaleur¹⁷ et à la concentration atmosphérique de certains polluants. Elle modifie également les écosystèmes. On constate une implantation de végétaux invasifs parfois allergènes (auxquels la population est moins habituée) ainsi qu'une précocité et un allongement de la saison des pollens. En s'imprégnant de polluants, ceux-ci deviennent potentiellement plus nocifs et plus agressifs. Ainsi assiste-t-on depuis quelques années au développement d'allergies et de pathologies respiratoires chroniques.

Le Conseil Régional a inscrit la lutte contre le changement climatique et son adaptation comme une des priorités de la Feuille de route pour la transition écologique de la Région (mars 2018) et pointe le SRADDET comme un levier devant traiter de l'adaptation (soumis à consultation fin 2020)¹⁸.

LA QUALITÉ DE L'AIR

La qualité de l'air est affectée par les transports, le chauffage des bâtiments, l'agriculture, les industries et la production d'énergie, le brûlage de déchets¹⁹. Elle a des effets immédiats sur la santé (inconfort, gêne respiratoire ...) et à plus long terme (asthme, cancers, troubles de fertilité ...).

Les efforts réalisés par les entreprises (industries, exploitations agricoles ...), les collectivités et la sensibilisation des particuliers ont permis de constater des améliorations concernant certains polluants : en 20 ans, les émissions et les concentrations dans l'air extérieur du dioxyde de soufre, du monoxyde de carbone, de certains composés organiques volatils et du plomb ont fortement diminué.

En Pays de la Loire, Air Pays de la Loire a pour missions la surveillance de la qualité de l'air, l'information du public et des autorités compétentes, l'accompagnement des décideurs par l'évaluation des actions de lutte contre la pollution de l'air, l'amélioration des connaissances et la participation aux expérimentations innovantes sur les territoires.

Les cas de pollution les plus importants sont plutôt rares : une seule alerte (concernant les particules fines) a été émise en 2020, et deux en 2019 (concernant l'ozone et les particules de soufre).

La qualité de l'air extérieur dans les principales villes des Pays de la Loire, par exemple le 24 novembre 2020 (en période d'activité réduite du fait du confinement), était moyenne (indice 5) à médiocre (indice 7)²⁰.

¹⁶ Évaluation des impacts sur la santé du PAPI de l'île de Noirmoutier, ORS Pays de la Loire, Avril 2017

¹⁷ La nuit, la température en ville peut rester plus élevée que dans les zones rurales voisines (ces différences peuvent atteindre dix degrés en été) ; il se crée ainsi une bulle de chaleur sur la ville, appelée îlot de chaleur urbain (ICU). Source : Pourquoi fait-il plus chaud en ville qu'à la campagne la nuit ? Météo France, 21/04/2020

¹⁸ Changements climatiques comment s'adapter en Pays de la Loire ? Journée de partage et d'échanges, événement Comité 21 Grand Ouest, Région Pays de la Loire, Ademe Pays de la Loire, Préfet de la région Pays de la Loire, DREAL, 2ème édition le 26/11/2019

¹⁹ La liste des polluants est disponible page 6 du guide La pollution de l'air en 10 questions, ADEME, septembre 2020

²⁰ L'échelle d'indices de Air Pays de la Loire va de 1 (très bon) à 10 (très mauvais). Ce chiffre permet de caractériser de manière simple et globale la qualité de l'air d'une agglomération urbaine. Détails de la méthode et indices à des dates passés sur airplg.org

Un autre point de vigilance porte sur la qualité de l'air intérieur en lien avec le radon. > *Renvoi vers le cahier Logement*

LA QUALITÉ DE L'EAU

« Disposer d'une ressource en quantité et qualité suffisante est un véritable enjeu pour toute collectivité en charge de la production et de la distribution d'eau destinée à la consommation humaine. En Pays de la Loire, près de 780 000 m³ d'eau sont prélevés chaque jour pour l'alimentation en eau potable. Elle provient à 39 % d'eaux souterraines et à 61 % d'eaux superficielles »²¹.

Les eaux brutes en Pays de la Loire sont encore impactées par les produits de traitement agricoles et leurs métabolites. L'état des lieux de 2019 indique que 11% seulement des masses d'eau sont en bon état, malgré une politique volontariste de l'eau mise en place depuis près de 20 ans.

L'ARS Pays de La Loire assure le contrôle sanitaire de toutes les eaux distribuées dans la région. Mais actuellement, les usines de potabilisation sont dans l'incapacité technique de traiter certains produits tels que les métabolites de produit issus des traitements du maïs. Le « programme de mesures » va évoluer et dans le 11^e programme des agences de l'eau, de nouvelles particules seront recherchées tels que les microplastiques, les résidus médicamenteux, les hormones etc. Sur lesquels nous n'avons aucune donnée à ce jour et sont un vrai sujet en matière de santé.

On peut aussi se poser la question de la consommation des produits issus de la pêche, de loisir comme professionnelle, avec les effets de bioaccumulation dans les poissons. Même question pour les produits issus de la conchyliculture qui est très dépendante de la qualité de l'eau des rivières qui se jettent sur nos côtes.

L'INTÉRÊT DE CONJUGUER POLITIQUE PROMOTION SANTÉ-SOCIAL ET AGENDA 2030

Inscrit depuis septembre 2015 à l'agenda 2030 de 193 États membres de l'ONU, les 17 objectifs de développement durable (ODD) sont un appel à l'action de tous les pays afin de promouvoir la prospérité tout en luttant contre le changement climatique et pour la protection de l'environnement. Mettre fin à la pauvreté doit aller de pair avec des stratégies économiques pour répondre aux besoins sociaux, notamment l'éducation, la santé, la protection sociale. Les objectifs du développement durable croisent la totalité des déterminants sociaux de santé : Pas de pauvreté, Faim zéro, Bonne santé et bien-être, Éducation de qualité, Travail décent, Égalité femmes hommes, Eau propre, Réduire les inégalités...

Déclinés sous forme d'une roue, ils permettent de développer une vision systémique des enjeux qui se posent et une mesure d'impact des décisions prises. Ils se proposent comme un outil universel et concret en termes de langage, de référentiel commun et de démarche intersectorielle. Une forme de « penser global pour agir local ».



La santé à l'heure des objectifs de développement durable, OMS²²

Plusieurs politiques du Conseil Régional croisent les 17 ODD : l'économie circulaire, l'ambition Alimentation-Santé, la reconquête de la qualité de l'eau, la transition énergétique des bâtiments, la qualité de l'air... Elles croisent aussi les enjeux du Plan Régional Santé Environnement (PRSE3) que co-pilote le Conseil Régional.

L'impact du PRSE3 (2016-2021)

Ce plan vise à répondre aux enjeux de l'impact de l'environnement sur la santé qui font l'objet d'une demande croissante de la société. Cinq axes stratégique ont été identifiés : Alimentation et eau destinée à la consommation humaine ; Bâtiments, habitat et santé ; Cadre de vie, Urbanisme et santé ; Environnement de travail et santé : amiante et pesticides ; Mise en réseau d'acteurs, culture commune santé environnement. Ils sont portés par une volonté d'approche pour décloisonner les thématiques.

Au 31 décembre 2018, 46 actions avaient été labellisées par le PRSE3 en Pays de la Loire. A un an de son échéance, le besoin d'évaluation des réalisations et de leurs impacts pour la population est clairement posé. Elle pourra se faire au regard de celle actuellement conduite à l'Assemblée nationale sur le Plan National Santé Environnementale (PNSE) et permettra la définition des axes prioritaires à développer et mettre en œuvre dans le PRSE4.

La Communauté de communes Erdre et Gesvres s'en est emparé pour porter un nouveau regard sur les plans locaux PCAET, PAT, sur les projets d'économie circulaire, sur les projets et les actions concourant au développement durable de son territoire.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

> Le soutien aux EPCI dans le développement d'action de prévention santé environnementale

²¹ L'eau : condition de développement des territoires, Ceser Pays de la Loire, juin 2019

²² Infographie La santé à l'ère des ODD, Site de l'OMS



PRÉVENTION, TOUS CONCERNÉS

POUR TOUTES LES GÉNÉRATIONS ET À TOUT ÂGE DE LA VIE

Pour pouvoir agir en faveur de notre santé, nous avons tous besoin, à des degrés divers, d'information, de sensibilisation (campagne grand public ou ciblée, dépistage), de formation formelle (premiers secours) ou informelle (action d'éducation populaire, ...). Parce que les individus doivent pouvoir prendre en main leur trajectoire de vie, les ruptures et les changements imprévus, et limiter au mieux les conséquences sur leur santé. Parce que les problématiques de santé évoluent avec l'âge et avec l'évolution de la société. Parce que la recherche développe de nouvelles connaissances et améliore la qualité des réponses.

Il est donc utile de mettre en œuvre nationalement des actions de sensibilisation. Leur reprise dans un espace de proximité renforce leur impact.

Ainsi le cancer du sein, premier cancer féminin en termes de fréquence, est aussi la première cause de décès par cancer chez les femmes. Détecté à un stade précoce, il peut être guéri dans 99 % des cas et les progrès réalisés dans les traitements ont permis d'améliorer le pronostic des patientes. La promotion de la prévention s'effectue à plusieurs niveaux. Depuis de nombreuses années, la campagne nationale de dépistage, organisée par la CPAM par envoi individualisé, invite toutes les femmes entre 54 et 70 ans à une mammographie de contrôle. Chaque année en octobre depuis 1994, l'association Ruban Rose propose de lutter contre le cancer du sein en informant, en dialoguant et en mobilisant. Elle investit l'espace collectif par des stands, des courses à pied et des challenges pour récolter des fonds pour la recherche. La ville de Saumur, les professionnels de santé, les associations et de nombreux acteurs locaux ont déployé en 2020 une nouvelle édition de leur « Octobre rose » : deux séances d'aquagym géant, une rando-moto, une exposition « Voyage au cœur du sein », l'installation d'un village place de la République et l'illumination de monuments en rose.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Prévention universelle
- > Réel intérêt à fédérer les acteurs sociaux, médico-social, sanitaires dans des programmes de terrain
- > Donner de la visibilité aux actions de promotion de la santé

AVEC UNE ATTENTION PLUS SOUTENUE POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. Personnes âgées et isolées, personnes en situation de handicap, femmes cheffe de famille monoparentale sont autant de ménages dans lesquels se cumulent les risques de pauvreté mais aussi les indicateurs défavorables pour être en bonne santé et pour être en mesure d'agir en prévention pour sa santé.

Une étude sur la santé des habitants des Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) publiée en 2019²³ note que 54% des habitants de ces quartiers se déclarent en bonne ou très bonne santé. Soit 12 points de moins que dans les quartiers des unités urbaines environnantes. La santé des habitants se caractérise par des indicateurs plus dégradés que dans le reste de leurs agglomérations.

Plus de la moitié de la population y est en surpoids, en particulier les femmes. L'alimentation est moins équilibrée : seuls 52 % des habitants consomment quotidiennement au moins une portion de fruits et 49 % de légumes. L'activité physique et sportive y est moins soutenue : 31% pratiquent au moins dix minutes d'activité sportive dans la semaine contre 49% dans les autres quartiers. Les pathologies chroniques y sont plus fréquentes. Les habitants expriment plus souvent avoir une pathologie chronique : diabète, asthme, dépression ou hypertension artérielle²⁴.

Concernant les comportements de dépistage, le taux de femmes ayant eu recours à une mammographie est identique aux autres quartiers (7 femmes sur 10). En revanche, si 4 hommes sur 10 ont réalisé le test du cancer colorectal, ils le pratiquent moins souvent que leurs homologues des autres quartiers (32 % versus 43 %).

Enfin, cette population dispose plus rarement d'une couverture maladie complémentaire, tout en étant par ailleurs plus souvent bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire, nouvelle appellation de la Couverture maladie universelle (CMU-C). Au cours de l'année écoulée, 40 % des résidents des quartiers prioritaires ont déclaré avoir renoncé à au moins un soin pour raison financière contre 26 % dans les autres quartiers. Ce taux de renoncement est particulièrement élevé pour les soins dentaires (27 %) et pour les soins optiques (22%).

Il y a un double enjeu de politique publique de santé dans ces quartiers tout comme dans les zones de revitalisation rurale dans lesquelles les habitants sont confrontés aux mêmes problématiques.

D'une part, une information sur les dispositifs permettant l'accès aux soins (Complémentaire Santé Solidaire (CSS), Protection Universelle Maladie (PUMA)).

D'autre part, une politique de prévention et de promotion de la santé spécifique. Pour lutter contre ces inégalités de santé, il faut connaître les spécificités locales et sociales de la population. La ville de Nantes a développé un observatoire en santé pour agir à partir de diagnostics partagés et conduire des actions ciblées sur l'ensemble du territoire. Cela permet de mettre en place dans les quartiers, l'animation de réseaux de santé participatifs pour construire des projets locaux adaptés aux besoins. > *Renvoi vers l'article Territoires pour l'EIS à Saint-Herblain Bellevue*

²³ La santé des habitants en quartier prioritaire de la politique de la ville : une moins bonne perception de l'état de santé et une plus forte prévalence du surpoids et de certaines pathologies, Noémie Oswald, ANCT-ONPV, 2019

²⁴ Source idem

« La société civile peut contribuer dans une large mesure à influencer sur les déterminants sociaux de la santé par la participation aux politiques, à la planification, aux programmes et à l'évaluation (...) et au contrôle de la performance (...) »²⁵.

À suivre

D'autres enjeux forts pour tous les territoires :

- La prise en compte du vieillissement, l'autonomie et la liberté de choix des personnes dans un consentement éclairé,
- La situation des femmes et enfants victimes de violences dans une politique de mise à l'abri, de restauration psychologique et financière, d'éloignement et d'accompagnement de l'agresseur
- Les actions d'accompagnement à la parentalité
> *Renvoi vers le cahier Éducation à la santé*

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Mise en œuvre de démarches basées sur l'universalisme proportionné
- > Adapter les stratégies de diffusion des messages aux différents publics : pair-aidance²⁶, actions en santé communautaire
- > Envisager deux niveaux d'actions : la prévention sur des risques identifiés et la promotion pour la mise en place d'attitudes bénéfiques
- > Nécessité d'une alternance du type d'approches, approche par territoire ou approche par public

LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES : FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE

Les recherches pour identifier les interventions efficaces en matière de promotion de la santé et prévention des risques pointent l'intérêt de renforcer les compétences psychosociales des individus (en situation de fragilité ou non).

Le renforcement de ces compétences est valorisant puisqu'elles sont basées sur la confiance dans le potentiel de chaque individu. Il permet de mieux faire face aux exigences de la vie quotidienne, aux changements et d'avoir plus de facilité pour se projeter dans l'avenir.

Les compétences psychosociales sont aussi reconnues comme particulièrement efficaces pour prévenir les consommations de produits psychoactifs, les conduites sexuelles à risque, limiter les comportements violents. Elles permettent aussi de mieux prendre sa place dans un groupe, se sentir légitime pour défendre son point de vue et d'être un citoyen actif dans la société.

Ce développement rejoint un des axes de recommandation de la Charte d'Ottawa de la promotion de la santé : l'acquisition d'aptitudes individuelles. Depuis 2006, l'Éducation Nationale les a d'ailleurs intégrées dans le socle commun de connaissances et de compétences à détenir par chaque élève en fin de scolarité.

Les cinq couples de compétences psychosociales

Ce plan vise à répondre aux enjeux de l'impact de l'environnement sur la santé qui font l'objet d'une demande croissante de la société. Cinq axes stratégiques ont été identifiés : Alimentation et eau destinée à la consommation humaine ; Bâtiments, habitat et santé ; Cadre de vie, Urbanisme et santé ; Environnement de travail et santé : amiante et pesticides ; Mise en réseau d'acteurs, culture commune santé environnement. Ils sont portés par une volonté d'approche pour décloisonner les thématiques.

Entre autres acteurs, les associations d'éducation populaire font déjà un véritable « travail souterrain » de promotion santé-social. Chacune à partir de son champ d'activité spécifique (l'accès au logement, à l'alimentation, aux droits...), soutient le développement de ces compétences de toute personne accompagnée afin de lui donner accès à un « pouvoir d'agir » sur sa trajectoire de vie et sur sa santé.

Ces associations sont à même d'envisager parallèlement les deux approches : l'information individuelle et l'information collective.

L'ENJEU DES COOPÉRATIONS ENTRE COLLECTIVITÉS ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ

LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ (CLS) : UNE VOLONTÉ DE TRANSVERSALITÉ INTRINSÈQUE

Le CLS est conçu par l'ARS comme « un outil pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé ». Il est signé entre les EPCI et l'ARS en lien avec le projet régional de santé.

Sa construction promeut une approche décloisonnée et partenariale pour agir sur l'ensemble des déterminants de santé, aller au-delà de l'accès aux soins, mobiliser les acteurs des secteurs médico-social, social et associatif. Le CLS est basé sur un diagnostic partagé pour mettre en évidence les spécificités et les besoins du territoire suivant quatre axes : la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Dans sa rédaction, il énonce les moyens à mobiliser et le programme d'actions pluriannuel pour apporter des réponses aux habitants.

Le retour d'expérience de la communauté de communes Erdre et Gesvres est en ce sens particulièrement inspirant. La démarche de mise en œuvre a tout d'abord permis l'acculturation des acteurs locaux à la démarche globale de santé et aux déterminants sociaux de santé quand auparavant, seul le soin était repéré.

Elle a aussi permis l'appropriation des politiques nationales, régionales, départementales. Enfin, le diagnostic territorial

²⁵ Rapport Comblent le fossé en une génération, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2008

²⁶ Pair-aidance : Issus des groupes de soutien et d'entre-aide se sont développés dans les années 1930 sur le modèle des Alcooliques Anonymes. L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire.

a favorisé la connaissance entre partenaires locaux des secteurs sanitaire, médico-social, social puis la création ou le renforcement du maillage santé-social du territoire, favorables au déploiement des actions du CLS.

L'approche globale du CLS a donné du sens à la démarche de promotion de la santé et peut irriguer transversalement les politiques publiques en faveur de la qualité de vie : Projet Alimentaire Territorial (PAT), plan de déplacement, Plan Climat-Air-Energie Territorial (PCAET), cadre de vie, sport, circuits de randonnée adaptés, environnement...

La communautés de communes des Vallées de la Braye et de l'Anille et celle de Sud Vendée Littoral, ont un regard similaire sur les apports du CLS. Elles insistent sur l'importance de créer un poste de coordination pour gérer l'animation du CLS et garantir la réalisation des actions prévues.

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Débloquer des moyens financiers pour des animations transversales
- > L'intérêt d'une approche globale de la promotion et prévention en santé-social
- > Développer des articulations entre les CLS, les CTG et les Plans régionaux

LE RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LA DYNAMISATION DES TERRITOIRES

Elle passe principalement par l'organisation des professionnels « hors » ou « dans » des murs.

Ainsi le montage d'une **Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)** permet-il de lancer une dynamique dans des territoires où la démographie médicale est préoccupante.

En Pays de Châteaubriant, où un tiers des patients n'a plus de médecin traitant, des médecins y ont vu une opportunité et ont fondé la CPTS Atlantique Nord Loire, première de Loire-Atlantique et deuxième des Pays de la Loire. Elle est soutenue financièrement et techniquement par la CPAM et l'ARS, qui sont ses partenaires principaux avec un budget de 290 000 euros par an, pendant cinq ans²⁷. La prise en charge des patients se fera de façons diverses. Des créneaux spécifiques chez les médecins pour prendre en charge des patients qui ne font pas forcément partie de leur patientèle habituelle. La délégation de certains soins aux pharmaciens, aux kinésithérapeutes, à certaines infirmières pallie les insuffisances de moyens en s'appuyant, de façon encadrée, sur les compétences spécifiques de chacun des professionnels. La reconnaissance et la valorisation de leurs spécificités et de leurs compétences dans le parcours de prévention et de soin devrait rendre plus visible leur implication dans le territoire.

D'autres **structurations d'équipe passent par le bâti**, lieu repère maillant physiquement le territoire.

Là encore, il existe un intérêt pour les professionnels : rompre l'isolement et croiser les regards, et pour les habitants, obtenir en proximité un accès aux soins de premier niveau.

Il est fondamental d'évaluer le besoin et d'agir en concertation entre groupements de professionnels de santé et collectivités territoriales. Le choix de la juste proximité aux patients est là encore impératif pour que le territoire soit maillé de façon cohérente. Avoir la MSP sur son territoire est un atout de poids pour une municipalité.

Pour agir sur ces zones sous dotées, le département de Vendée a lancé une expérimentation. Il a recruté et salarié des médecins « itinérants » entre MSP qui tiennent des permanences dans différentes communes pour pallier l'absence de cabinets de médecine libérale.

Pour **les centres de santé**, le montage de ces structures est un peu différent. Leur modèle économique est fragile au démarrage. D'une part parce que les aides à la création de l'ARS sont moins élevées que pour une MSP. D'autre part parce qu'en zone sous dotée, les habitants ayant pris des habitudes ailleurs mettront du temps à revenir ce qui fait que les praticiens, généralement payés à la fonction et non pas à l'acte, n'exerceront sans doute pas à temps plein²⁸. Enfin, la gestion du tiers payant intégral est financièrement lourde pour le centre de santé.

La différence de statut entre salarié et libéral entraîne des obligations, des opportunités différentes voire des restrictions de services. Un médecin salarié d'un centre de santé n'est pas astreint aux gardes mais il n'est pas non plus habilité à intervenir dans un foyer d'Aide Sociale à l'Enfance. Les rémunérations forfaitaires de l'Assurance Maladie ne sont pas adaptées à ces structures salariées.

Une reprise de négociation interprofessionnelle pourrait être opportune à l'heure où de plus en plus de jeunes médecins semblent intéressés par ce statut salarié, pas nécessairement à plein temps, en exercice de médecine de ville.

Soumis au tiers payant, les centres de santé offrent une solution d'accès aux soins, notamment pour des personnes ayant de faibles ressources, les personnes en situation de précarité bénéficiant de la CSS donc du tiers payant partout, sous réserve d'un accès aux droits et d'absence de non-recours aux droits.

Un projet de **centre communal expérimental de santé** est en cours à Saumur dans un QPV. Il accueille des personnes n'ayant plus de médecin traitant et constitue une réponse au risque de désertification médicale. Il fonctionne grâce à une douzaine de médecins retraités qui assurent des permanences. Etant maîtres de stage, ces praticiens sont à même d'accueillir des internes qui se forment à la médecine de ville.

Les dépenses d'investissement (40 000€ de bâtiment et mobilier) sont portées à parts égales par la communauté de communes de Saumur Val de Loire et la ville de Saumur. Les frais de fonctionnement, évalués à 265 000 € par an, sont assurés par le CCAS de Saumur qui développe ce projet prévu pour une durée d'expérimentation de 5 ans²⁹.

Dans un centre de santé, le projet d'établissement est le plus souvent porté par le promoteur (une municipalité, une mutuelle, une association ou un établissement de santé) en lien avec les professionnels. Le statut salarié des praticiens pourrait donner la possibilité pour les professionnels de consacrer du temps à la prévention, à l'éducation pour la

²⁷ L'éclairageur de Châteaubriant, 30/01/2020

²⁸ Christelle Le Coz, coordinatrice, Confédération des centres de santé associatifs des Pays de La Loire, audition le 06/03/2020

²⁹ Page web Centre communal de Santé, site Ville de Saumur

santé, sous réserve de trouver ou de dégager des financements. C'est la démarche entreprise par l'association A vos Soins, centre de santé infirmier associatif, qui déploie une activité partenariale de promotion et de prévention santé à bord de son camion le MarSOINS (cf. *la section ultérieure La richesse des initiatives de terrain*).

L'ENJEU DE LA COORDINATION DES ACTEURS DES POLITIQUES DE SANTÉ

Présenté en février 2018, le plan régional de l'ARS est basé sur le plan du gouvernement (2017). Il fait suite au précédent « Pacte Territoire Santé » dont il poursuit les objectifs autour de 3 priorités opérationnelles : renforcer l'offre de soins dans les territoires au service du patient, accélérer la révolution numérique en santé, favoriser une meilleure organisation des professions de santé. Il propose une nouvelle méthode qui est de faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover.

L'enjeu est d'assurer une présence des professionnels de santé à l'endroit et à un moment idoine. L'ARS, avec l'Assurance Maladie et en concertation avec les principaux acteurs concernés (professionnels de santé, élus locaux...), a donc redéfini les zones sous-denses bénéficiant d'aides financières à l'installation pour les médecins libéraux.

De son côté, la Région développe un Plan Régional d'Accès à la Santé (PRAS 2017-20) basé sur le constat d'une « fracture sanitaire », déployé en 15 mesures et orienté vers 2 objectifs : renforcer l'offre en santé principalement dans les territoires en difficulté et préparer l'avenir.

Il propose un accompagnement aux collectivités sur des actions centrées sur le développement de projet, la transmission de l'activité et il marque une volonté forte de soutenir l'investissement foncier dans l'immobilier de santé pour lutter contre la désertification médicale. En revanche, la Région se refuse à investir dans le fonctionnement des structures créées.

DÉVELOPPEMENT DE LA PROMOTION SANTÉ

Il existe au sein de chacune de ces structures (MSP, centre de santé, CPTS) des possibilités de financement des actions de prévention et d'information par l'Assurance Maladie via des accords avec l'ARS, en particulier pour indemniser le temps de travail des différents professionnels.

Par le biais d'un appel à projets lancé depuis 2016, des actions ont été financées portant sur différentes thématiques et menées en lien avec les acteurs du territoire (collectivités locales, établissements scolaires, clubs sportifs...). Exemples : Vaccin' Action à la maison de santé Laennec (44), Ma santé dans mon logement par la maison de santé des Hauts de Saint Aubin d'Angers (49), Combien je bouge ? Combien je mange ? par le Pôle Bercé Santé (72), Bien-être alimentaire et bien-être dentaire par la MSP de Montaigu (85).

Ces financements restent relativement modestes. Pour les professionnels de santé, ils sont longs et complexes à mobiliser et à mettre en place, avec un protocole à rédiger pour chaque action qui doit être agréé par les financeurs et qui comporte des indicateurs d'évaluation à renseigner. Toute cette démarche administrative réglementaire mobilise à elle seule beaucoup de temps et d'énergie.

Certains de ces projets ont bénéficié d'un accompagnement méthodologique proposé par la Mutualité Française et l'Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux.

Une réflexion sur la coordination de la politique de santé sur le territoire serait pertinente.

En effet, nos interlocuteurs remarquent que chaque acteur de santé (CPTS, MSP, centre de santé) d'un même territoire doit porter son propre Projet Territorial de Santé alors que la collectivité a déjà le sien avec les CLS. Peut-être pourrait-il jouer un rôle harmonisateur et fédérateur sur lequel pourrait se baser les professionnels de santé des structures de proximité ?

PromoSanté est également un outil à exploiter pour aller dans le sens de la promotion et de la coordination. Ce regroupement de sept organismes intervenant dans la promotion de la santé (Mutualité, Planning familial, Fédération addictions, Observatoire régional de la santé (ORS), Instance régionale d'éducation et d'éducation de la santé (IREPS), Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) et SIS Animation)) est conçu comme un espace collaboratif d'expertise et de ressources. L'IREPS en assure la coordination.

Il organise une journée régionale annuelle et publie « Le Porte-Clés Santé Pays de la Loire ». Ce dossier annuel s'adresse à tous les acteurs intervenant dans ce champ. Document de synthèse privilégiant le contexte régional, il a pour objectif de faciliter l'accès et l'appropriation des données, des connaissances, des méthodes et des ressources essentielles sur un sujet de santé donné afin de favoriser leur intégration dans les pratiques professionnelles et de tendre vers des actions de qualité. Le numéro de 2019 est consacré au thème des inégalités sociales de santé.

D'autres coopérations d'acteurs locaux sont à mettre en exergue. Ainsi le département de Maine-et-Loire, en coordination avec les acteurs locaux dont l'agglomération Saurmur Val de Loire et des organismes de santé, propose-t-il chaque année une animation gratuite « La Santé c'est tout un Parkour ».

DES BESOINS IDENTIFIÉS

- Améliorer l'articulation entre l'ARS et le Conseil Régional
- Débloquer des budgets actions promotion de la santé portable par les acteurs du territoire (sanitaire, médico-sociaux, sociaux) et au sein des MSP et Centre de santé.

LA RICHESSE DES INITIATIVES DE TERRAIN

Partir des problématiques identifiées par les habitants, les acteurs associatifs, les professionnels et les élus des collectivités territoriales (municipalités ou EPCI) est essentiel.

Mais pour que les projets et actions prennent tout leur essor, un travail conjoint de ces acteurs est souvent nécessaire. Cela nécessite une qualité d'écoute et une ouverture d'esprit pour valoriser ensemble des projets souvent convergents, sans que les uns et les autres n'aient l'impression d'y "perdre leur âme". Diverses formes sont à l'oeuvre sur les territoires allant du soutien financier d'une initiative à un développement conjoint.

Ainsi, la communauté de communes Erdre et Gesvres voit dans la discussion de ses projets d'action un élément fédérateur autour de l'action. Celle-ci étant d'autant mieux acceptée et suivie qu'elle a été construite avec les futurs bénéficiaires.

Guillaume Garot³⁰ insiste aussi sur l'importance de cette appropriation des problématiques et sur la dimension citoyenne de ces démarches. C'est pourquoi, dans le cadre de son mandat de député, il anime des ateliers thématiques sur l'alimentation (en 2018) ou sur la fracture numérique (à venir).

L'agglomération de Saumur Val de Loire remarque que l'appui sur l'initiative locale permet une plus grande réactivité dans le déploiement d'une politique pour répondre aux besoins des habitants.

Ces coordinations entre associations et collectivités permettent donc de définir puis de décliner une offre de prévention ou de promotion de santé parfaitement adaptée. Soit à destination d'un public spécifique comme Les mardis au féminin de l'association A Vos Soins à Saint-Nazaire, soit à destination d'un territoire.

Elle permet aussi le développement de projets innovants comme les actions ou permanences itinérantes. Une alternative pour réaliser des actions de promotion santé-sociale dans des territoires désertés par les professionnels ou pour pallier l'impossibilité de mobilité physique et/ou psychologique des habitants.

Un projet est en cours avec la Direction départementale de la cohésion sociale de Vendée et la Région qui a pour objet de favoriser la promotion de la santé par l'accès à l'alimentation des personnes isolées. Car si le droit à l'alimentation est reconnu depuis la Déclaration universelle des droits de l'Homme adoptée en 1948, le Secours Populaire constate tous les jours dans ses permanences que dans les faits, ce droit est loin d'être exercé. Dans ce cas, il s'appuie sur un véhicule, le Solidaribus qui permet l'accueil des personnes, la mise à disposition de produits alimentaires (idéalement locaux) à un coût intéressant et toute autre forme d'aide.

À Saint-Nazaire, le MarSOINS (Mobilité Accessibilité Réduction des inégalités d'accès aux SOINS) fait parfois escale aux permanences du Secours Populaire.

Cet ancien camion de la Médecine du travail réaménagé, porte le projet de prévention en santé du Centre de soins infirmiers associatif « A vos Soins ». Avec le MarSOINS, le Centre va à la rencontre des habitants. Avec bienveillance, il s'installe pour deux à trois heures dans les quartiers et interpelle les passants. Une salle de convivialité permet de discuter de n'importe quel sujet pour lever les freins psychologiques, rompre l'isolement ou informer. A son bord, une salle de soins permet d'effectuer des check-ups avec différents professionnels de santé. Il se donne plusieurs missions : permettre l'accès à l'hygiène, dépister, développer des programmes d'actions de prévention et d'éducation à la santé pour les personnes vivant dans les quartiers prioritaires et pour la jeunesse autour du bien-être, de l'estime de soi,...

Il revendique un rôle de « sentinelle et de haut-parleur » pour toucher et orienter les personnes les plus éloignées du système de santé. Son efficacité réside dans un travail avec les acteurs locaux : associatifs, sanitaires et sociaux.

Quelques-unes des données récupérées auprès des personnes rencontrées : 60% ont été orientées vers un autre professionnel de santé, 60% sont des femmes, la moyenne d'âge est de 41 ans, 50% des personnes habitent en QPV³¹.

Ce projet issu de la société civile, porté dans un engagement solidaire, essaime avec la création d'un MarSOINS sur la Presqu'île de Crozon. L'association a par ailleurs présenté ses préconisations issues de l'étude réalisée pour la mise en place d'un bus santé social sur la Plaine Orientale à l'ARS de Corse, à la collectivité et à des acteurs locaux.

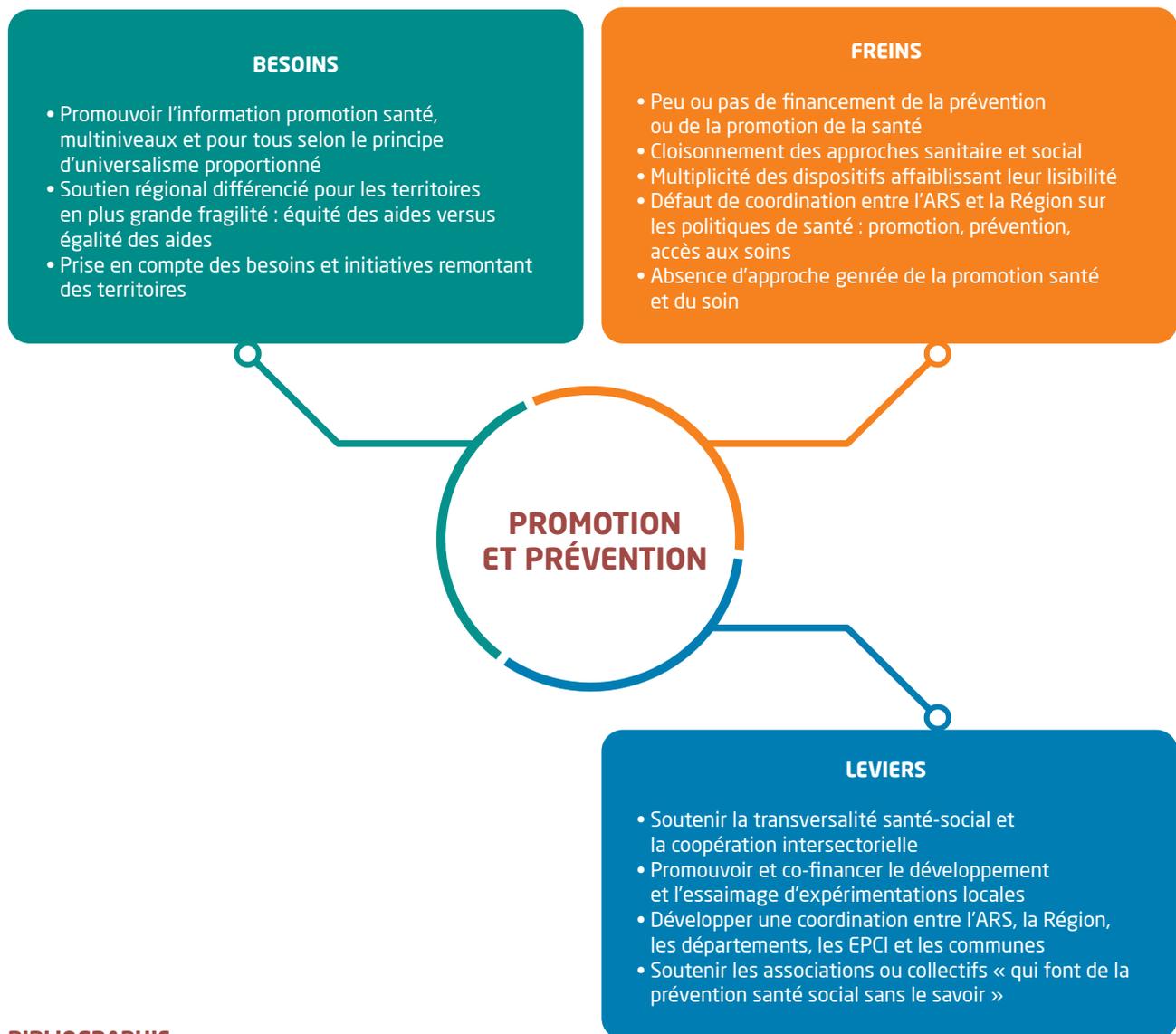
DES BESOINS IDENTIFIÉS

- > Des lieux dédiés aux soins peuvent s'ouvrir à des actions de promotion et prévention portées par les secteurs sociaux et médicaux-sociaux
- > Créer une dynamique entre les offres santé
- > La coordination entre la Région et les acteurs locaux qui est la garantie d'un bon fonctionnement



³⁰ Député de la Mayenne à l'Assemblée Nationale, audition du 9/01/2020

³¹ Article À Saint-Nazaire, le MarSoins roule pour la santé de tous, Florence Pagneux, journaliste correspondante régionale à Saint-Nazaire, La Croix, le 22/03/2019



BIBLIOGRAPHIE

La Déclaration d'Adélaïde, OMS, 2010

Inégalités sociales de santé, Porte-Clés Santé Pays de la Loire n°2 - Juillet 2019

L'état d'avancement des Communautés Professionnelles Territoriales, Communiqué CRSA Pays de la Loire, 09/12/2019

Page du site de l'ARS, publication du 14/01/2020

Page Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en Pays de la Loire, site web de l'APSM

L'état d'avancement des Communautés Professionnelles Territoriales, Communiqué CRSA Pays de la Loire, 09/12/2019

Rapport Les 1000 premiers jours Là où tout commence Ministère des Solidarités et de la Santé, Septembre 2020

Évaluation des impacts sur la santé du PAPI de l'Île de Noirmoutier, ORS Pays de la Loire, Avril 2017

Pourquoi fait-il plus chaud en ville qu'à la campagne la nuit ? Météo France, 21/04/2020

Changements climatiques comment s'adapter en Pays de la Loire ? Journée de partage et d'échanges, événement Comité 21 Grand Ouest, Région Pays de La Loire, Ademe Pays de La Loire, Préfet de la région Pays de La Loire, DREAL, 2^e édition le 26/11/2019

Guide La pollution de l'air en 10 questions, ADEME, septembre 2020

Indices de Air Pays de la Loire

L'eau : condition de développement des territoires, Ceser Pays de la Loire, juin 2019

Infographie La santé à l'ère des ODD, OMS

La santé des habitants en quartier prioritaire de la politique de la ville : une moins bonne perception de l'état de santé et une plus forte prévalence du surpoids et de certaines pathologies, Noémie Oswald, ANCT-ONPV, 2019

Rapport Comblé le fossé en une génération, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2008

Document de travail, La pair-aidance, Dihal, 13/07/2016

Page web Centre communal de Santé, site Ville de Saumur

Article de presse, À Saint-Nazaire, le MarSoins roule pour la santé de tous, Florence Pagneux, journaliste correspondante régionale à Saint-Nazaire, La Croix, le 22/03/2019

Ensemble promouvoir la santé en Pays de la Loire, ARS des Pays de la Loire, mai 2019

Les conclusions du Ségur de la santé, Dossier de presse juillet 2020, Ministère des solidarités et de la santé

PARMI LES CONSEILLERS RÉGIONAUX, NOMMER UN RÉFÉRENT SUR LA QUESTION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ QUI SERAIT AUSSI DÉLÉGUÉ À LA CRSA

PRÉCONISATION N° 1

CIBLES : *Territoires, Acteurs locaux*

OBJECTIF

Rapprocher ces deux secteurs de la santé et du social aujourd'hui cloisonnés, alors qu'ils sont porteurs de situations, de thématiques et de réponses indissociables

BÉNÉFICES

- Démontrer l'implication du Conseil Régional sur ces questions
- Permettre d'être identifié comme un des interlocuteurs de référence

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Promouvoir une approche globale de la santé et de la prévention par les déterminants sociaux de santé
- Participer à un rapprochement entre l'ARS et la Région
- Participer efficacement aux instances de la démocratie en santé (CRSA)
- Passer d'une entrée par la ligne budgétaire à une vision territoriale et un rôle d'envergure régional
- Développer un service régional *ad hoc*

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

SRADDET, Ambition Alimentation santé, actions éducatives, Pacte régional pour la ruralité

CRÉER UNE CELLULE RÉGIONALE D'INGÉNIERIE DE PROJETS

PRÉCONISATION N° 2

CIBLES : *Territoires, Acteurs locaux*

OBJECTIF

Permettre aux territoires, qui ont des moyens financiers et humains plus réduits, mais parfois des besoins plus grands, de porter des projets favorables à la santé, ambitieux pour leurs habitants

BÉNÉFICES

- Développement de l'équité territoriale en Pays de la Loire par la prise en compte de la pauvreté et de sa diffusion géographique dans la politique d'aménagement du territoire
- Soutien équitable et différencié de la Région à l'ensemble du territoire

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Être un lieu d'écoute des besoins des territoires pour favoriser le portage de dispositifs régionaux et/ou partenariaux adaptés aux besoins du territoire
- Accompagner les techniciens des EPCI dans le montage des projets
- Favoriser la diffusion des bonnes pratiques développées localement dans le cadre des dispositifs contractuels et plans régionaux
- Favoriser et soutenir la coordination de projets locaux de prévention et de promotion de la santé

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

#Aménagement du territoire, #Pacte éducatif, #Plan prévention et éducation à la santé des jeunes (2017-2021).

SOUTENIR LES DÉMARCHES EN SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

PRÉCONISATION N° 3

CIBLES : *Territoires, Acteurs locaux*

OBJECTIF

Promouvoir les politiques, les aménagements et les actions favorables à la santé portée par les EPCI ou les acteurs de terrain associatifs dans des logiques de contractualisation (CTR, CPOM)

BÉNÉFICES

- Contribuer à une déclinaison locale dynamique et efficace du futur PRSE4
- Participer à la promotion de la santé de façon globale par des actions concrètement mesurables

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Information sur la santé environnementale sur le site internet et le magazine de la Région
- Appui technique aux EPCI gestionnaires de la protection de la ressource en eau
- Appuis aux initiatives favorisant l'accès à une alimentation de qualité : association d'aide alimentaire, distribution en circuits courts
- Soutien aux campagnes d'information pour améliorer la qualité de l'air intérieur
- Soutien aux politiques locales améliorant le cadre de vie (urbain, périurbain et rural)

- Contribuer à la promotion des objectifs du développement durable dans les politiques publiques
- Appui aux plans locaux de déplacement : développement des pistes cyclables et bandes cyclables (Plan Local de Déplacement), favoriser les circulations douces pour une « ville apaisée »
- Soutien aux transports collectifs, aux motorisations alternatives et au développement du covoiturage, avec l'adoption en décembre 2020 du schéma régional des mobilités
- Soutien à l'amélioration des pratiques agricoles, notamment via l'installation et la conversion des exploitations labellisées notamment en agriculture biologique
- Plus globalement : financement de l'accompagnement des politiques d'aménagement du territoire favorable à la santé dans le cadre de CTR ou d'un second volet du pacte de ruralité.

Mobilisation d'une partie des "Green bonds" (rappel : objectif de 353 millions mobilisables sur quatre ans, entre 2018 et 2021)

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

PRSE4, Aménagement du territoire

FAVORISER L'INNOVATION SOCIALE EN PROMOTION DE LA SANTÉ

PRÉCONISATION N° 4

CIBLES : *Territoires, Acteurs locaux*

OBJECTIF

Contribuer au développement de la promotion de la santé pour tous

BÉNÉFICES

- Favoriser l'accès à la santé et réduire des coûts de soins
- Développer la mesure 7.1 du PRAS (soutien de l'éducation thérapeutique du patient au sein des MSP) à tous avant la venue de la maladie

MISE EN ŒUVRE ET RÔLE DE LA RÉGION

- Soutenir les associations engagées pour la promotion de la santé notamment dans la mise en œuvre du Plan Régional Sport Santé, Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS),...
- Soutien des actions basées sur des démarches d'universalisme proportionné : itinérance, pair aidance, actions en santé communautaire...

POLITIQUES DE RÉFÉRENCE

PRSE 4, Aménagement du territoire

« LA RÉGION AMBASSADRICE »

La Région est porte-parole. Par son poids politique, économique et social, elle peut soutenir et faire des propositions à l'État et aux autres acteurs pour améliorer la qualité de vie des populations sur son territoire.

- Promouvoir l'articulation des acteurs de santé entre eux et avec les secteurs médico-sociaux et social
- Promouvoir une approche globale de la promotion santé-social, différenciée en fonction des besoins des territoires en adaptant le cadre des politiques régionales aux réalités locales
- Soutenir le maintien de la CSS (Couverture Santé Solidaire) et de l'AME (Aide Médicale d'État (étranger) pour que tout résident dispose d'une couverture médicale)





SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS POUR LES POLITIQUES PUBLIQUES RÉGIONALES

Cahier La pauvreté et la précarité sociale : première cause des inégalités de santé

- | | |
|--|----|
| 1. Promouvoir l'accès aux droits santé-social dans une démarche d'« Aller vers » | 25 |
| 2. Co-construire une Charte Région - Associations pour le développement Humain | 26 |
| 3. Soutenir un Parcours progressif de réinsertion sociale - Volet 1 sur 3 | 27 |
| 4. Développement de conventions pluriannuelles | 27 |

Cahier Le logement : premier élément de santé et facteur d'intégration sociale

- | | |
|--|----|
| 1. Création d'une agence foncière régionale | 37 |
| 2. Faciliter et soutenir l'accès au logement des jeunes | 37 |
| 3. L'insertion sociale par le logement | 38 |
| 4. Soutenir l'expérimentation de projets d'aménagement intégrant les enjeux de santé | 38 |
| 5. Adopter un plan ambitieux de rénovation énergétique des logements | 39 |

Cahier Le travail, l'emploi et la santé

- | | |
|---|----|
| 1. S'emparer des démarches impulsées par l'État pour développer des politiques publiques régionales | 56 |
| 2. Soutenir un parcours progressif de réinsertion par l'activité - Volet 3 sur 3 | 56 |
| 3. Soutenir l'employabilité des femmes | 57 |
| 4. Développer la prévention santé dans les entreprises ligériennes notamment PME-TPE | 57 |
| 5. Développement d'espaces de travail partagés dans les territoires | 58 |
| 6. Développer une formation « Référent prévention santé au travail » | 58 |
| 7. Personne en situation de handicap et travail | 59 |

Cahier L'éducation à la santé, devenir acteur de sa santé

- | | |
|---|----|
| 1. Construire un plan « Agir pour la santé au quotidien » | 74 |
| 2. Piloter une étude sur les causes de la mauvaise santé mentale des jeunes | 74 |
| 3. Faciliter le déploiement d'actions d'éducation à la santé dans les territoires | 75 |
| 4. Développement de formations impliquant des compétences psychosociales | 75 |

Cahier L'organisation de la promotion santé-sociale

- | | |
|---|----|
| 1. Parmi les conseillers régionaux, nommer un Référent sur la question des déterminants sociaux de santé qui serait aussi délégué à la CRSA | 89 |
| 2. Créer une Cellule Régionale d'Ingénierie de projets | 89 |
| 3. Soutenir les démarches en santé environnementale | 90 |
| 4. Favoriser l'innovation sociale en promotion de la santé | 90 |



« LA RÉGION AMBASSADRICE »

La Région est porte-parole. Par son poids politique, économique et social, elle peut soutenir et faire des propositions à l'État et aux autres acteurs pour améliorer la qualité de vie des populations sur son territoire.

Cahier La pauvreté et la précarité sociale : première cause des inégalités de santé	28
<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et notamment l'essaimage des actions menées dans ce cadre • Soutenir l'arrêt des baisses et désindexation des prestations sociales et familiales • Promouvoir la mise en place d'un revenu de base accessible dès 18 ans ou a minima un accès au RSA pour tous les jeunes de 18 à 25 ans • Inciter à la simplification et à l'automatisation du versement des prestations sociales • Renforcer l'accompagnement par la mise en place de référents de parcours • Soutenir et suivre le déploiement des 12 propositions du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 	
Cahier Le logement : premier élément de santé et facteur d'intégration sociale	39
<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les impacts de la réforme des APL avec l'USH, les Départements, les CCAS, les Caf et associations de solidarité • Soutenir les plaidoyers sur la mise à l'abri des personnes dans un logement et un environnement sécurisé 	
Cahier Le travail, l'emploi et la santé	60
<ul style="list-style-type: none"> • Être le promoteur d'une vision globale de la prévention santé social en développant une dynamique d'échange et de travail avec l'ARS, la DIRRECTE, la CARSAT, l'ARACT, les acteurs de la Santé au Travail voire la Médecine scolaire. Pour ce faire il est souhaitable que la Région soit partie prenante du PRST. • Développer une communication régionale avec d'autres acteurs partenaires sur les thèmes prioritaires (TMS, DUER, ...); création d'un prix régional Label prévention de la santé au travail • Soutenir le développement d'un module « santé au travail » dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) (dans la formation de base) 	
Cahier L'éducation à la santé, devenir acteur de sa santé	76
<ul style="list-style-type: none"> • Décloisonner le système de la médecine scolaire pour une compétence partagée avec l'ARS • Porter une politique volontariste sur la conciliation des temps de vie familiaux et professionnels est indispensable à la santé des personnes et favorable au dynamisme économique de la région • Inscrire les questions de santé publique traitées dans le Parcours éducation en Santé dans les programmes scolaires dès l'école élémentaire • Inciter au développement la dimension éducation à la santé dans les Projet éducatifs de territoire (PEDT) 	
Cahier L'organisation de la promotion santé-sociale	91
<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'articulation des acteurs de santé entre eux et avec les secteurs médico-sociaux et social • Promouvoir une approche globale de la promotion santé-social, différenciée en fonction des besoins des territoires en adaptant le cadre des politiques régionales aux réalités locales • Soutenir le maintien de la CSS (Couverture Santé Solidaire) et de l'AME (Aide Médicale d'État (étranger) pour que tout résidant dispose d'une couverture médicale 	

REMERCIEMENTS

Le CESER tient à remercier l'ensemble des personnes auditionnées qui ont contribué, par la qualité des points de vue exprimés et par leur expertise de terrain, à éclairer les enjeux de prévention et de promotion en santé et en social en Pays de la Loire.

AXE SANTÉ

ARS, délégation territoriale Vendée, Claire GUILLOT, chargée de mission coordination des politiques publiques.

A vos soins, Nicolas BLOUIN, directeur.

C3SI (Confédération des centres de santé associatifs) des Pays de la Loire, Christelle LE COZ, coordinatrice

CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie) des Pays de la Loire, Jean-Michel LERAY, vice-président de la commission permanente et président de la commission spécialisée de la prévention.

IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé) des Pays de la Loire, René DEMEULEMEESTER, président.

Médecins du Monde, délégation Pays de la Loire : Jean-Louis GRENIER, délégué régional ; Nadège HELLEMANS, secrétaire régionale ; Katell OLIVIER, coordinatrice régionale.

AXE SOCIAL

Insee Pays de la Loire, Pascal SEGUIN, directeur régional.

Geneviève COURAUD, rapporteure de l'étude du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité.

Timothée DUVERGER, maître de conférences associé à Sciences Po Bordeaux, collaborateur au cabinet du maire de Bordeaux.

Anne POSTIC, commissaire à la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté

Association Aide Accueil, Sylvie RABOUIN, directrice.

CIDFF (Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles) : Estelle MOINARD, directrice CIDFF 49 ; Muriel CAUSY, directrice CIDFF 72.

Secours Populaire Français, Claude LEVOYER, membre du comité et du bureau national, responsable régional Pays de la Loire.

MSA Loire-Atlantique Vendée, Caroline-Laure LE ROHO, directrice du projet de l'action le GRAIN

UDCCAS (Union Départementale des CCAS) de Loire-Atlantique, Yves BLED, directeur.

UDAF (Union Départementale des Associations Familiales) de Loire-Atlantique, Marie-Claude TESSIER, technicienne sociale en charge de l'action LIEN.

AXE JEUNESSE

REPAIR'S! 75, Léo M.

URML (Union Régionale des Missions Locales) des Pays de la Loire, Benoît DRAPEAU, directeur.

AXE LOGEMENT

USH (Union Sociale pour l'Habitat) des Pays de la Loire : Axel DAVID, directeur ; Julien BOUCAULT, chargé de mission.

CROUS de Nantes Pays de la Loire, Jean-Jacques AUDUREAU, directeur de l'Hébergement et de la vie étudiante.

Habitat et Humanisme 44, Bruno Allais, président.

AXE TRAVAIL

STCS (Service Santé Travail de Cholet Saumur), Michel Bruand, directeur.

Groupe ATLANTIC, Elise MINARD, Directrice des Ressources Humaines, GA SYNERGY (site de la Roche-sur-Yon).

TERRITOIRES

Communauté de communes Erdre et Gesvres : Marion RICHARTÉ, responsable du service amélioration du service public et développement durable ; Séverine HOUEL, animatrice santé et responsable du CLIC ; Wilfried BRAUD, responsable du pôle mobilités.

Communauté d'agglomération Saumur Val de Loire : Béatrice BERTRAND, élue communautaire référente du CLS, maire de Vivy ; Céline HERQUELOT, politiques contractuelles du Conseil de développement ; Benjamin ROYER, responsable des politiques sociales.

Communauté de communes Sud Vendée Littoral

Pour le Conseil de développement : Joseph BREMOND, Olivier COSTE, Michel GIRARD, membres de la commission social santé ; Joseph MERLET, responsable de la commission social-santé ; Gérard BONNEAU, membre de la commission Leader-Scot ; Christine GAIN-TURPIN, responsable des politiques contractuelles et animation du Conseil de développement.

Pour la communauté de communes : Brigitte HYBERT, présidente ; Jean-Yves CLAUTOUR, vice-président en charge de la commission Enfance-Jeunesse ; Emmanuelle BERNARD, DGA service à la population et cohésion sociale.

Communauté de communes des Vallées de la Braye et de l'Anille : Jacky BRETON, président.

Département de la Mayenne : Guillaume GAROT, député de la première circonscription de la Mayenne.

Département de la Sarthe : Fabienne LABRETTE-MÉNAGER, maire de Fresnay-sur-Sarthe, vice-présidente du Conseil départemental de la Sarthe.



PROMOTION ET PRÉVENTION SANTÉ-SOCIALE : **LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ, LEVIERS POUR UNE POLITIQUE PUBLIQUE RÉGIONALE**

La santé est aux fondements de nos sociétés. L'actuelle crise démontre qu'elle est une ressource individuelle de portée collective et combien elle est indissociable de nos vies sociales et économiques. La santé se définit comme un état de complet bien-être, physique, mental, social, selon la définition de l'OMS. Elle dépend des déterminants sociaux de santé qui sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, vivent, travaillent ainsi que les systèmes développés pour faire face à la maladie.

Grâce à ses compétences directes, indirectes ou dans un rôle d'ensemblier, la Région des Pays de la Loire développe déjà des plans et des actions relevant du domaine santé-social.

La présente étude du CESER identifie des leviers pour agir en prévention dans une perspective d'investissement social en faveur du bien-être des habitants et du développement des territoires.

Dans cette étude, organisée en cinq thématiques, le CESER formule vingt-cinq préconisations dans le champ des compétences régionales et dix-huit préconisations pour lesquelles « La Région ambassadrice » peut se faire porte-parole.

