

ÉLÉMENTS
DE PRÉCONISATION

RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

LES VILLES AGISSENT
DÈS L'ENFANCE



© Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Décembre 2018

Le Réseau vous invite à diffuser son travail, tout en n'oubliant pas d'en citer la source.

Veillez nous tenir informé via secretariat@villes-sante.com



RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

LES VILLES AGISSENT
DÈS L'ENFANCE

SOMMAIRE

Comité de rédaction	4
Édito - Jérôme Salomon, DGS	5
Édito - François Bourdillon, SPF	6
Édito - Laurent Chambaud, EHESP	7
Édito - Charlotte Marchandise-Franquet, RfVS-OMS	8
Introduction	10
Chapitre 1 Inégalités sociales de santé et Enfance	11
Inégalités sociales de santé : définition et enjeux.....	11
Petite enfance et enfance : des périodes critiques	14
Universalisme proportionné : une stratégie pour agir.....	16
Chapitre 2 Parcours et acteurs	19
Principaux acteurs et structures	20
Démarche intersectorielle : une nécessité pour agir	23
Chapitre 3 Dispositifs destinés aux familles : des leviers pour agir	27
Accompagnement de la parentalité	31
Modes d'accueil.....	36
École et dispositifs périscolaires.....	41
Chapitre 4 Milieux de vie : des leviers pour agir	45
Pollutions sonores et atmosphériques	49
Qualité du logement	52
Politique de transports et déplacements.....	55
Politique d'urbanisme	59
Conclusion	63
Annexes	
A. Récapitulatif des actions présentées	65
B. Bibliographie	67
C. Principaux sigles utilisés	69
D. Réseau français des Villes-Santé de l'OMS	70

COMITÉ DE RÉDACTION

Cet ouvrage a été produit par le groupe de travail « Inégalités Sociales de Santé, enfance et petite enfance », présidé par Gérard Boussin, directeur de la santé publique de la Ville d'Angers. L'ensemble du groupe a contribué à la définition des contenus et l'amélioration des textes, initialement rédigés par Clément Bader, chargé de mission pour le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS (RfVS).

Composition du groupe de travail « Inégalités sociales de santé, enfance et petite enfance » :

ANGERS	Gérard Boussin, Sophie Justal, Yann Ménard
BESANÇON	Anouk Haeringer-Cholet
BORDEAUX	Anabelle Flament
BOURG-EN-BRESSE	Véronique Roche, Sophie Aulaz, Corinne Bonnet
CHATEAURoux	Anne David
EVRY-COURCOURONNES	Pascale Echard-Bezault, Fanny Leroux
GRENOBLE	Eric Thery
ORLY	Charly Fampou Toundji
PARIS	Elisabeth Hausherr
RENNES	Marie Boishu
VILLEURBANNE	Pascale Colom
RfVS	Clément Bader, Zoë Héritage

Remerciements

Le RfVS remercie vivement ses partenaires, qui ont rendu possible la publication de cet ouvrage : la Direction Générale de la Santé (DGS), Santé Publique France, l'École de Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS). Nous remercions tout particulièrement Brigitte Lefeuvre, DGS ; Thierry Cardoso, Christine César et Maud Gorza, Santé Publique France ; ainsi que Arielle Poizat, DGCS, qui ont accompagné les travaux du groupe.

Le RfVS souhaite également remercier les différents professionnels qui ont apporté leurs expertises au profit de cet ouvrage : Julie Poissant, Université du Québec à Montréal ; Nathalie Vicarini, Ensemble pour l'éducation ; Sylvana Cote, Université de Bordeaux ; Maria Melchior, Université Pierre et Marie Curie de Paris ; et Didier Jourdan, Chaire UNESCO EducationS & Santé. Merci à Eric Appéré pour la réalisation des illustrations qui ponctuent cet ouvrage.

Nous remercions enfin toutes les Villes-Santé qui ont participé au recueil d'actions sur les inégalités sociales de santé dès la petite enfance et celles qui ont communiqué lors du colloque national « Petite enfance, inégalités, villes », le 24 mai 2018, fournissant ainsi l'essentiel des exemples d'actions présentés dans cet ouvrage : Angers, Aubagne, Bouguenais, Bourg-en-Bresse, Bourgoin-Jallieu, Brest, Châteauroux, Corbeil-Essonnes, Evry-Courcouronnes, Grand Chalons, Grenoble, La Roche-sur-Yon, La Rochelle, Loon-Plage, Lorient, Lormont, Lyon, Marseille, Metz, Montpellier, Mulhouse, Nantes, Orléans, Perpignan, Porto-Vecchio, Rennes, Rouen, Saint-Joseph de La Réunion, Strasbourg, Thionville, Toulouse, Valence et Villeurbanne.

ÉDITO

JÉRÔME SALOMON

Les inégalités sociales en France demeurent à un niveau élevé et retentissent sur la santé dès le plus jeune âge. Dès la maternelle, surpoids et obésité, caries dentaires, exposition excessive aux écrans ou consommation d'aliments gras et de boissons sucrées, sont plus fréquemment observés au sein des milieux les moins favorisés. La période de la petite enfance est une importante fenêtre d'opportunité car les actions menées de manière précoce permettent d'agir sur les racines des inégalités de santé pour obtenir des effets tout au long de la vie.

La stratégie nationale de santé guide pour 5 ans les actions du gouvernement et accorde une attention particulière à la petite enfance en continuité avec la période périnatale - les 1 000 premiers jours - et en lien avec la santé des grands enfants et des adolescents. Sa première traduction, le Plan national de santé publique « Priorité prévention », décline 25 mesures phares pour rester en bonne santé tout au long de sa vie ; près de la moitié de ces mesures concerne la période périnatale, les enfants et les jeunes.

Le carnet de santé de l'enfant, profondément remanié et publié le 1^{er} avril 2018, comporte de nouveaux messages de prévention. Le parcours de coordination renforcée accueil-santé-éducation entre 0-6 ans vise à assurer que tous les enfants bénéficient des dépistages et mesures de prévention nécessaires. Le redéploiement des examens de santé obligatoires permettra une continuité du suivi après 6 ans. Les expérimentations de prévention de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans seront poursuivies et renforcées. À l'école, le développement des programmes qui ont fait leurs preuves en termes de compétences psychosociales, associant la communauté éducative et les parents, est essentiel pour faire de l'enfant, dès la maternelle, un acteur de sa propre santé et de celle de son entourage.

L'enjeu pour ces prochaines années est de promouvoir la santé pour tous, partout et dans la durée dans tous les milieux de vie : les villes ont une place majeure et unique auprès des jeunes enfants et de leurs familles, qu'il s'agisse d'actions spécifiques dans le cadre des contrats locaux de santé, mais également des modes de garde et plus largement de tous les aspects de la vie quotidienne : écoles, terrains de jeux, équipements sportifs, jardins, parcs et environnements de loisirs, transports...

L'action des villes impacte directement l'environnement quotidien de vie des enfants et de leur famille et donc leur santé. Je tiens à saluer ici l'action forte et résolue du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS et à lui renouveler notre soutien.

Jérôme SALOMON

Directeur Général de la Santé

ÉDITO

FRANÇOIS BOURDILLON

Concourir à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) est une responsabilité à la fois politique et citoyenne ; elle implique tant les politiques publiques que les acteurs de la société civile. Nous avons de nombreux exemples d'ISTS en France : en matière de surcharge pondérale, de dents cariées, de dépistage, de cancers, de mortalité....

Or en santé beaucoup se joue dès le plus jeune âge. La santé périnatale et les conditions de vie, envisagées sous des angles multiples tels que l'environnement familial, social, psychique (santé mentale, stress, souffrance psychosociale autour de la grossesse), les conditions de logement, et de travail, etc., sont des déterminants majeurs de la santé à l'âge adulte en termes de vulnérabilité psychosociale et de risque de maladies chroniques. Des liens ont notamment été observés sur la survenue de maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et sur la mortalité avant l'âge de 50 ans ou encore la charge de stress liée à une accumulation de situations adverses dans l'enfance. Au regard des connaissances scientifiques actuelles, les 3 premières années de vie sont déterminantes non seulement pour le développement de l'enfant mais sur le devenir de l'adulte. Ceci est formalisé dans l'initiative des 1001 premiers jours de l'OMS basé sur la théorie de l'origine développementale de la santé et des maladies ou notion de DOHaD (Developmental Origins of Health and Diseases).

Il y a donc un double bénéfice à moyen et long termes à travailler sur l'amélioration des conditions qui entourent la naissance en créant un environnement favorable à l'accueil du nouveau-né. Ceci implique de porter une attention toute particulière au bien-être et plus particulièrement aux conditions de vie des femmes et de leur partenaire autour de la grossesse et au déroulé de l'accouchement, puis à la santé de l'enfant et de ses parents dans les premières années de vie. Santé Publique France, dès sa création, s'est engagée de façon significative dans ce champ en créant une unité dédiée à la période périnatale et au nouveau-né.

Cet ouvrage s'inscrit dans une perspective pragmatique au cœur des territoires. Outre le fait qu'il reprenne les principales définitions et dresse un état des lieux de la situation des inégalités sociales de santé dans la petite enfance en France, il présente les initiatives locales concrètes et les leviers et perspectives pour offrir à l'ensemble de la population et aux plus jeunes d'entre nous un environnement épanouissant et favorable à une meilleure santé. Il promeut une approche de politiques intersectorielles. Il donne des clés pour réduire les inégalités. C'est tout le mérite de cet ouvrage.

François Bourdillon
Directeur de Santé Publique France



ÉDITO

LAURENT CHAMBAUD

Il y a dix ans exactement un rapport, fruit d'un long travail et coordonné par Sir Michaël Marmot, était publié par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il s'intitulait *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Trois ans plus tard, un autre rapport, cette fois-ci rédigé par des membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, paraissait avec pour titre : *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*.

Ces deux rapports, et bien d'autres articles scientifiques ou témoignages d'interventions professionnelles depuis, insistent sur l'importance d'agir et d'investir dès le plus jeune âge pour lutter contre ces inégalités sociales qui traversent toutes nos sociétés et minent un développement juste et équitable des populations.

Mais comment agir ? J'aimerais partager dans cette préface trois réflexions, trois pistes pour améliorer la situation actuelle :

Un premier élément majeur à souligner, c'est l'affirmation explicite du caractère transversal de la promotion d'une bonne santé dès l'enfance. Ce sujet ne concerne pas uniquement le secteur de la santé mais tous les pans de la politique de l'enfance et de la petite enfance. Ce qui, en France, nous renvoie brutalement à l'éclatement des responsabilités et des interventions : État, collectivités territoriales, Caisse d'allocation familiale, acteurs associatifs... Encore une fois, notre goût du millefeuille est mis à contribution. Comment dans un tel contexte promouvoir une véritable politique nationale de l'enfance et de la parentalité qui soit coordonnée et lisible ?

Un autre point que j'aimerais souligner a trait à nos connaissances pour mieux agir. Dans ce domaine comme partout en santé publique, mais peut-être ici encore plus qu'ailleurs, il nous faut des approches qui fassent dialoguer les disciplines et les horizons professionnels. Or force est de reconnaître que nous avons grand peine à provoquer ces nécessaires rencontres entre le monde de la santé et celui de l'éducation. Pourtant le renforcement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge nécessite cette synergie.

Enfin, agir efficacement c'est faire le pari de la capacité des territoires à analyser, mobiliser, agir avec la connaissance la plus juste des besoins et attentes des personnes. C'est permettre une mobilisation des populations, en tenant compte de leurs diversités économiques, culturelles, sociales. Mais qui peut le mieux jouer le rôle d'assembleur de politiques sur le terrain ? Qui peut coordonner les actions pour et avec les citoyens ? L'échelon local à l'évidence.

À l'EHESP, nous sommes convaincus de l'importance de l'approche développée ici, que nous intégrons dans nos formations et dans notre recherche en promotion de la santé. Mais, avant tout, cet ouvrage vient encore une fois montrer que les villes sont un creuset d'innovations, au service de la santé dès l'enfance. Dommage que les pouvoirs publics successifs peinent à reconnaître cette compétence, ce savoir-faire.

Laurent Chambaud

Directeur de l'École de Hautes Études en Santé Publique



ÉDITO

CHARLOTTE MARCHANDISE-FRANQUET

Les villes et leurs groupements territoriaux sont les premiers acteurs publics au contact des habitant-e-s. Au travers de la diversité des missions assurées, l'action des communes et métropoles conditionne l'environnement dans lequel les populations vivent au quotidien et influence ainsi directement leur état de santé.

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, co-signée par 19 ministres, et le plan « Priorité Prévention », développé au sein d'un comité interministériel, lancent un message fort au niveau national : toute politique publique est susceptible d'influencer la santé des populations et se doit donc d'en tenir compte. Les Villes-Santé françaises assument depuis 30 ans cet engagement et se réjouissent de cette avancée conséquente. Pourtant, de nombreux défis restent à affronter : en France, malgré une espérance de vie parmi les plus élevées dans le monde, des écarts majeurs de santé et d'espérance de vie persistent selon le milieu social.

Portées par l'affirmation que la santé est un choix politique, les élu-e-s des Villes-Santé européennes se sont réuni-e-s en 2018, lors du premier sommet des maires autour de ce sujet. Nous y avons écrit et signé le consensus de Copenhague qui affirme que « Les Villes-Santé donnent l'exemple, en luttant contre les inégalités et en promouvant la gouvernance et le leadership en matière de santé et de bien-être par l'innovation, l'échange des savoirs et la diplomatie en santé. »

Nos villes affirment chaque jour que ces inégalités sont « le plus souvent injustes et évitables », et qu'une action précoce est la meilleure garantie d'agir pour plus d'équité. Porté par cette vision, le Réseau Français a lancé plusieurs travaux sur la question des inégalités sociales de santé lors de la petite enfance, en commençant par un recueil d'actions en juin 2017, puis la création d'un groupe de travail dès décembre 2017 et enfin un colloque national à Angers en mai 2018.

Cet ouvrage se veut être le témoin du dynamisme des Villes-Santé pour améliorer la santé des enfants, de tous les enfants. Sans pouvoir restituer toute la diversité des actions mises en œuvre, nous souhaitons que ces exemples concrets puissent inspirer et soutenir toutes les collectivités locales déterminées à s'attaquer à ce problème, qu'elles soient ou non membres du Réseau.

Nous espérons également qu'il pourra influencer les travaux des instances nationales, notamment autour du parcours éducatif en santé et du travail spécifique sur l'accueil 0-6 ans, pour lesquels nous souhaitons être force de proposition.

Il est nécessaire d'unir nos forces, de nous donner les moyens d'observer et d'agir en partant du niveau local et de passer à l'échelle nationale pour lutter contre les inégalités sociales et contre les inégalités territoriales. L'enjeu est la santé de nos enfants, rien de moins que notre futur.

Charlotte Marchandise-Franquet

Présidente du Réseau français
des Villes-Santé de l'OMS

INTRODUCTION



Les inégalités sociales de santé (ISS) sont un sujet de préoccupation en France et le Haut Conseil de la Santé Publique soulignait que « les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes et ont tendance à s'accroître ces dernières années » (HCSP, 2009). Ce constat a été réitéré dans le dernier rapport sur l'état de santé de la population en France qui rapporte qu'« un examen détaillé fait apparaître la persistance des inégalités sociales ou territoriales de santé, ainsi que quelques évolutions préoccupantes [...] » (DREES & SPF, 2017).

Les Villes-Santé se mobilisent pour contrer ce phénomène depuis de nombreuses années et le Réseau français a choisi de lancer un travail sur les ISS en se centrant sur la petite enfance et l'enfance : deux périodes charnières pour prévenir efficacement le développement et l'installation des ISS. Plusieurs initiatives ont été prises par le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS en 2017 et 2018 : un recueil des actions des Villes-Santé en la matière, la publication d'une synthèse autour de l'universalisme proportionné, la constitution d'un groupe de travail de 11 Villes-Santé et un colloque national sur cette thématique. C'est à partir de l'ensemble de ces travaux et réflexions collectives que ce livre se propose de fournir aux collectivités locales des informations et expériences utiles pour lutter contre les ISS et participer à construire des actions (a) concertées et intersectorielles, (b) proportionnées, (c) intenses et (d) qui interviennent le plus tôt possible dans la vie des individus.

La première partie de l'ouvrage propose un rappel des enjeux que représentent les inégalités sociales de santé, ainsi que l'importance d'agir dès les premiers stades de la vie. Rédigée sous forme de plaidoyer, cette partie pourra permettre d'explicitier aux différents interlocuteurs locaux l'importance d'une action auprès des plus jeunes. La deuxième partie de l'ouvrage dresse un tableau des acteurs du champ de l'enfance et de la petite enfance, ainsi que des stratégies pour permettre un travail collaboratif et intersectoriel avec ces derniers. Bien que non exhaustive, cette partie pourra permettre aux collectivités d'identifier différents acteurs importants avec qui elles pourront développer leurs dynamiques locales pour réduire ou ne pas accroître les ISS. Enfin, les troisième et quatrième parties proposent des leviers d'actions mobilisables par les collectivités locales pour lutter efficacement contre les ISS, dès l'enfance. Cet ouvrage se veut concret et associe pour cela de nombreux exemples d'actions issus des différentes Villes-Santé françaises.

Il est à noter que ces travaux interviennent au moment où la récente Stratégie Nationale de Santé porte la thématique des ISS sur le devant de la scène. « Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé » est ainsi l'un des quatre axes de cette stratégie, qui intègre également un volet spécifique aux politiques de l'enfance et de la petite enfance. Signée par 19 ministres, elle affirme aussi ce principe, cher au mouvement des Villes-Santé, selon lequel « la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France [...] » (MSS, 2018). Dans ce qui apparaît être un contexte favorable à la réduction des ISS, il semble permis d'emprunter un peu des ambitions de la commission Marmot en affirmant que l'« On peut instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération ; il le faut et c'est maintenant qu'il faut agir. » (Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2008).

1

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET ENFANCE

Dans cette première partie de l'ouvrage, l'objectif est de rappeler différentes notions fondamentales concernant les inégalités sociales de santé : leur ampleur en France, leurs origines, les principes d'action pour agir ou encore les raisons de s'intéresser en particulier aux populations les plus jeunes. Outre l'intérêt de définir le problème avant de proposer des leviers d'action, cet écrit, plus académique que le reste de l'ouvrage, vise également à fournir des éléments de plaidoyer susceptibles d'explicitier le problème pour les interlocuteurs des collectivités locales.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : DÉFINITION ET ENJEUX

Les inégalités sociales de santé (ISS) font référence à la relation qui existe entre l'état de santé et l'appartenance à une catégorie sociale particulière. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations¹ (Potvin, Moquet, & Jones, 2010). Le manque d'équité en santé est dû aux conditions sociétales dans lesquelles on naît, grandit, vit, travaille et vieillit, c'est-à-dire les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2012).

Des différences entre individus existent de fait, néanmoins « *les partis pris et discriminations qui conduisent à des différences d'accès aux ressources et opportunités pour la santé entre groupes sociaux sont*

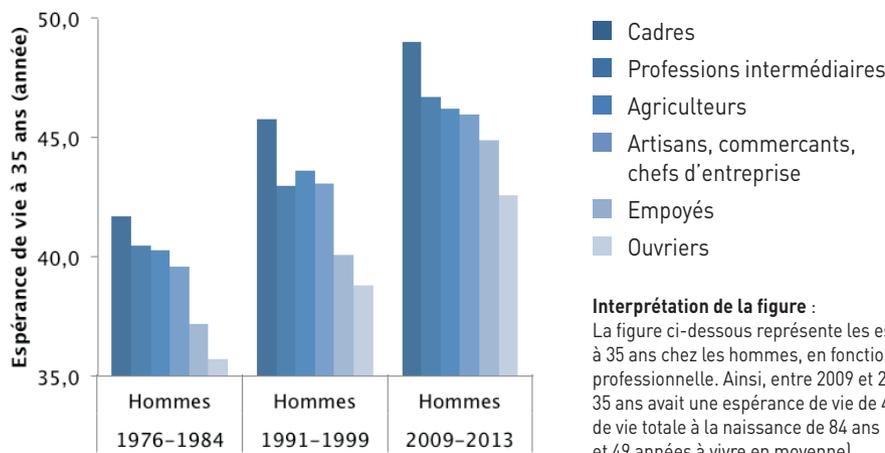
injustes. Ils touchent à la place particulière que la santé tient dans les droits de l'Homme : tout individu a le droit de bénéficier du plus haut niveau de santé atteignable dans la société à laquelle il appartient (OMS, 1946).» (Whitehead & Dahlgren, 2007 - Traduction libre). Dans sa déclaration de Rio, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a ainsi réaffirmé que « *les inégalités en matière de santé dans chaque pays et entre les pays sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables, mais aussi le plus souvent injustes et évitables [...]*» (Organisation mondiale de la Santé, 2011).

Malgré une prise en considération récente, les ISS ont été objectivées dès le 19^e siècle. À cette époque, Villermé avait déjà montré que le taux de mortalité dans les quartiers de Paris était directement lié au taux de

¹ Dans l'ensemble de l'ouvrage, c'est le terme « Inégalités Sociales de Santé » qui sera utilisé. Néanmoins, ce terme désigne ici des inégalités de santé qui peuvent être sociales ou territoriales, c'est-à-dire qu'elles peuvent correspondre à des écarts de santé en fonction de la situation sociale (inégalités sociales de santé) ou de la situation géographique (inégalités territoriales de santé).

pauvreté. Le Black Report, paru en Angleterre en 1980, a réitéré ces constats et également montré que ces ISS touchent l'ensemble de la société. En effet, il est apparu que les individus au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons. Ce phénomène, appelé « gradient de santé » ou « gradient social », souligne que le manque d'équité en santé

affecte tout le monde et pas uniquement les plus défavorisés (RfVS, 2015; Wilkinson & Marmot, 2003). Ainsi, en France, en 2009-2013, un homme cadre de 35 ans peut espérer vivre 6,4 ans de plus qu'un ouvrier du même sexe et du même âge (cf. Figure 1) (INSEE, 2018). Ce même gradient est retrouvé, dans une moindre ampleur, chez les femmes. Bien que ces écarts d'espérance de vie ne soient qu'une manifestation des ISS parmi d'autres, cette mesure permet néanmoins d'envisager l'ampleur du phénomène en France.



Interprétation de la figure :

La figure ci-dessous représente les espérances de vie à 35 ans chez les hommes, en fonction de la catégorie socio-professionnelle. Ainsi, entre 2009 et 2013, un homme cadre de 35 ans avait une espérance de vie de 49 ans, soit une espérance de vie totale à la naissance de 84 ans [35 années déjà vécues et 49 années à vivre en moyenne].

Figure 1 : espérance de vie des hommes de 35 ans selon la catégorie socio-professionnelle (Données INSEE, janvier 2018)

Espérance de vie globale et ISS : deux problématiques distinctes

De prime abord, il peut sembler surprenant que de telles différences d'espérance de vie soient observées alors qu'en 2013, dans une étude considérant 27 pays de l'Union Européenne, l'INED (Institut National des Études Démographiques) classait la France en 4^e position en terme d'espérance de vie, population entière (Robine & Cambois, 2013).

Pourtant plusieurs auteurs rapportent un maintien, voire un accroissement, des inégalités sociales de santé depuis les années 1960 (Brunner & Morin, 2017; Menvielle et al, 2007). Entre les périodes 1976-1984 et 2009-2013, l'espérance de vie à 35 ans des hommes est passée de 37,8 ans à 44,5 ans, soit un gain de presque 7 années. Pour autant l'écart entre ouvrier et cadre

supérieur est passé de 6,0 à 6,4 années de vie. Des observations similaires sont retrouvées chez les femmes avec un écart d'espérance de vie qui reste constant (3,1 ans en 1976-1984 vs 3,2 ans en 2009-2013).

Ceci illustre bien le fait que, même si les français sont globalement en bonne santé, de fortes inégalités de santé persistent. Ainsi, « la France fait partie des pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées en Europe occidentale et celles-ci n'ont aucune tendance à régresser ces dernières années » (Lang & Ulrich, 2017) et cette réalité ne doit pas être cachée par une espérance de vie globalement élevée. La réduction des inégalités sociales de santé nécessite d'être abordée spécifiquement, comme un problème à part entière.

Déterminants des inégalités sociales de santé

Différents déterminants conditionnent la santé des individus, qui dépassent le simple accès aux soins curatifs et préventifs. L'environnement physique, la nature et la richesse des interactions sociales, ou les comportements individuels vont par exemple jouer un rôle significatif.

Plusieurs auteurs se sont attachés à proposer des modèles globaux présentant la façon dont les inégalités sociales de santé peuvent se développer. Le plus récent et le plus reconnu est celui proposé par la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (cf. Figure 2) (OMS, 2008).

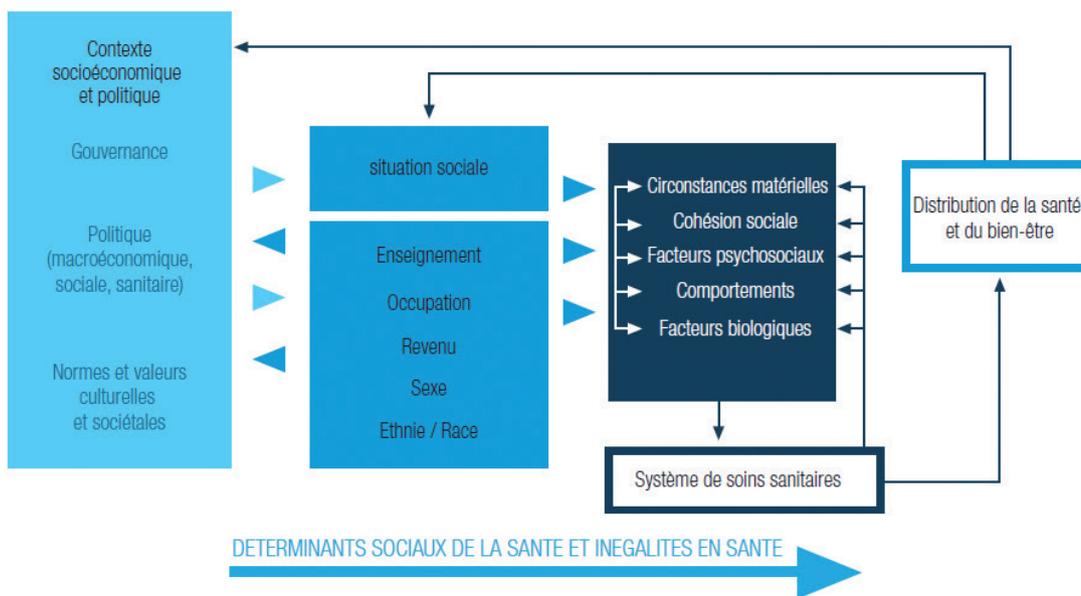


Figure 2 : modèle Pathway de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS (2008)

Dans son rapport de 2008, la CDSS propose également 3 grands axes d'action pour réduire les ISS :

- **Améliorer les conditions de vie quotidiennes**, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
- **Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources**, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local.
- **Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion** aux questions des déterminants sociaux de la santé.

PETITE ENFANCE ET ENFANCE : DES PÉRIODES CRITIQUES

Accumulation tout au long de la vie

L'une des complexités concernant les inégalités sociales de santé est qu'elles ne sont pas le résultat d'un évènement unique qui en serait la cause mais découlent bien d'un ensemble de facteurs qui se cumulent tout au long de la vie. Ainsi, outre le contexte actuel de vie (niveau d'éducation, de revenu ou environnement physique par exemple), l'existence d'ISS est également due aux évènements survenus depuis la conception de l'enfant.

Il a par exemple été rapporté que, dans une cohorte de 6138 enfants nés en 1958 en Grande Bretagne, les femmes ayant été exposées à des évènements adverses² dans l'enfance présentaient un risque accru de cancer à 50 ans. Cette association persiste malgré la prise en compte des principaux facteurs de risque de cancer (Kelly-irving et al., 2013). De manière cohérente, d'autres auteurs rapportent que le fait d'avoir subi des évènements adverses à tout moment de sa vie est associé avec une moins bonne santé perçue, des pathologies plus fréquentes et davantage de limitations fonctionnelles. Ces associations persistent même si les évènements sont survenus dans l'enfance uniquement et après prise en compte du statut socio-économique actuel (Cambois & Jusot, 2011).

Les inégalités sociales de santé résultent donc d'une accumulation de désavantages survenus tout au long de la vie. Dans ce parcours de vie, des périodes critiques ont été mises en avant : vie intra-utérine et premières années de vie notamment. Certains auteurs proposent également que l'existence d'un désavantage place l'individu sur une « chaîne de risque », augmentant le risque de survenue de nouveaux désavantages à l'avenir (Lang et al, 2009). En tous les cas, il est clair qu'un désavantage précoce dans la vie risque d'induire une installation durable de désavantages en terme de santé, qu'il sera très

difficile de modifier par la suite. Comme cela a été dit plus tôt, l'existence de désavantages précoces augmente la probabilité de désavantages / inégalités sociales de santé à l'avenir.

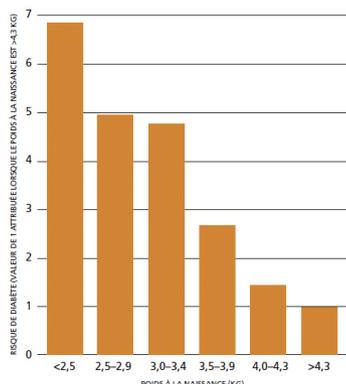


Ceci est préoccupant dans la mesure où des inégalités sociales de santé apparaissent extrêmement précocement dans la vie. Le taux de prématurité est par exemple près de deux fois plus élevé chez les salariées de services aux particuliers que chez les cadres (6,4% contre 3,9%). Cet écart est encore plus important pour la grande prématurité (2,2% contre 0,7%) et les petits poids de naissance (9,9% contre 4,7%). Après la naissance, d'autres disparités apparaissent rapidement. En grande section de maternelle, 13,9% des enfants d'ouvriers sont en surcharge pondérale, contre 8,6% de ceux dont le père est cadre. En matière bucco-dentaire, moins de 2% des enfants de cadres ont au moins deux dents cariées non soignées, contre 11% des enfants d'ouvriers. Enfin, en classe de CM2, le taux d'obésité est

² Sont considérés comme évènements adverses : l'existence d'hospitalisations, la séparation des parents, des négligences parentales, une consommation problématique d'alcool par au moins un parent, une maladie psychiatrique d'au moins un parent et l'incarcération d'au moins un parent

multiplié par 10 entre enfants de cadres et d'ouvriers (0,6% contre 6,1%) (Lopez et al, 2011). Par ailleurs, les écarts constatés dès la conception ont des retentissements sur le long terme pour les enfants concernés. En France par exemple, le risque pour un

enfant d'avoir un petit poids de naissance est 50 % plus important lorsque la mère a un faible niveau d'éducation (< Bac vs. Bac ou supérieur) (Pison, 2017), ce qui impacte directement le risque de diabète à 64 ans (Wilkinson & Marmot, 2003) (cf. Figure 3).



Interprétation de la figure :

À 64 ans, un homme ayant présenté un petit poids à la naissance (<2,5 kg) a presque 7 fois plus de risque de développer un diabète qu'un homme ayant un poids supérieur à 4,3 kg à la naissance

Figure 3 : risque de diabète chez les hommes âgés de 64 ans, en fonction du poids de naissance

Plusieurs économistes de la santé avancent que les investissements ciblant les premiers âges de la vie, voire la période anténatale, sont également les plus rentables pour une société (Doyle et al, 2009). James Heckman, prix Nobel d'économie en 2001, a par exemple estimé la performance économique du « *Perry Preschool Program* ». Cette intervention de 2 ans, menée dans les années 60 aux Etats-Unis, visait à soutenir le développement du QI d'enfants défavorisés de 3 et 4 ans. Ce programme s'est montré inefficace sur le développement du QI, mais a eu des résultats spectaculaires sur les conditions de vie de ces individus une fois adultes. Après 40 ans de suivi, les personnes ayant bénéficié de l'intervention étaient (par rapport au groupe contrôle) : 4 fois plus nombreuses à gagner plus

de 2000\$/mois, 2,8 fois plus nombreuses à posséder leur logement, 2 fois plus nombreuses à ne jamais avoir bénéficié d'aides sociales et moitié moins nombreuses à avoir déjà été arrêtées. James Heckman a rattaché ces résultats à une amélioration de fonctions non-cognitives (estime de soi, motivation ou détermination notamment). Il a également estimé que le ratio coût-bénéfice de l'intervention a été de 8 pour 1, soit un bénéfice pour l'Etat de 8\$ pour 1\$ investi dans le programme (cf. Figure 4) (Heckman, 2007; Heckman, 2006). La CDSS de l'OMS, après une revue de la littérature internationale, résume cette idée ainsi : « *les investissements dans le développement du jeune enfant sont les investissements les plus efficaces que les pays peuvent faire [...]* » (OMS, 2008).

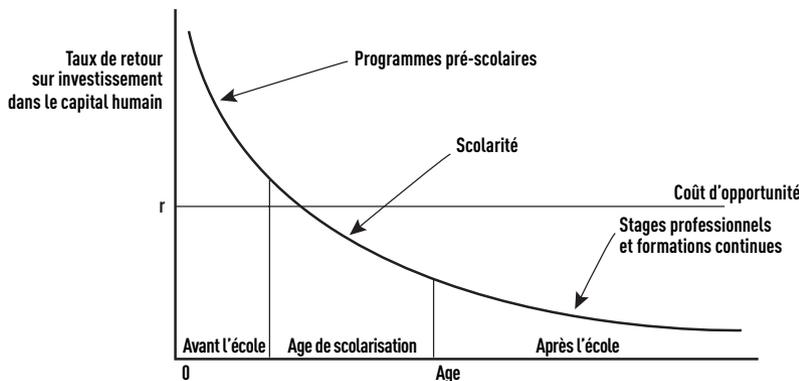


Figure 4 : courbe d'Heckman - Taux de retour de l'investissement dans le capital humain chez les enfants défavorisés (traduction libre).

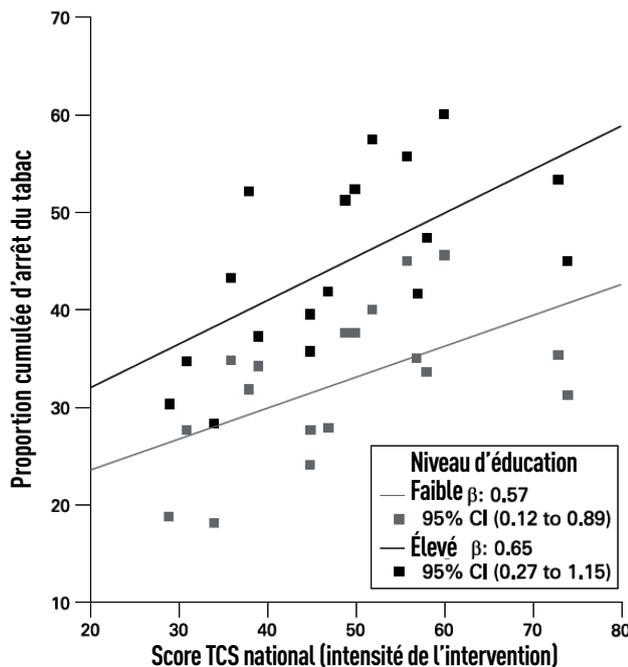
UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ : UNE STRATÉGIE POUR AGIR

Dans la construction des actions en faveur de la population, on distingue fréquemment trois types d'approche/stratégie : universelle, ciblée ou par universalisme proportionné

Dans une volonté de renforcer la santé de l'ensemble des individus composant la société, de nombreuses interventions ont été mises en place dans une approche universelle non proportionnée. En d'autres termes, des actions ont été menées à destination de l'ensemble de la population, proposant un traitement égal pour tous. Elles ont permis une amélioration notable de la santé des français mais ont également induit un creusement des inégalités. En effet, lorsqu'une action est proposée dans les mêmes modalités à l'ensemble d'une population, les classes socialement plus

favorisées en tirent un plus grand bénéfice. Ainsi, une action globalement positive pour la santé d'une population aura aussi pour effet d'accroître les écarts de santé, parce qu'elle bénéficie davantage à ceux qui ont le plus de facilités à s'en saisir.

Par exemple, la fréquence d'arrêt du tabac en fonction du niveau d'études a été comparée entre 18 pays européens ayant mis en place des interventions universelles (non proportionnées). Les individus avec un niveau d'éducation plus faible (en gris) arrêtent moins fréquemment de fumer que ceux avec un niveau d'éducation plus élevé (en noir) (cf. Figure 5). Ce constat est retrouvé dans tous les pays et quelle que soit l'intensité de l'intervention menée (Schaap et al., 2008).



Aide à l'interprétation

Axe horizontal : intensité de l'intervention

Axe vertical : fréquence cumulée d'arrêt du tabac

Droite noire : fréquence moyenne de l'arrêt du tabac chez les individus avec un haut niveau d'éducation (en fonction de l'intensité de l'intervention)

Droite grise : fréquence moyenne de l'arrêt du tabac chez les individus avec un faible niveau d'éducation (en fonction de l'intensité de l'intervention)

Figure 5 : taux d'arrêt du tabac en fonction du niveau d'éducation et de l'intensité des interventions mises en œuvre (politiques adoptant une approche universelle - Traduction libre).

Comme intervenir avec une approche universelle peut induire involontairement un creusement des inégalités sociales de santé, une solution alternative est de cibler des sous-groupes spécifiques notamment les plus vulnérables. Ce ciblage peut se faire sur la base du territoire de résidence (quartier politique de la ville par exemple), ainsi que des caractéristiques que l'on estime avoir un impact sur la position sociale (sexe, nationalité, pathologie par exemple). L'idée première est ainsi de proposer une action uniquement à ceux qui en ont le plus besoin.

Cette approche ciblée risque de stigmatiser ces populations et d'avoir des conséquences négatives. De plus, la définition de l'admissibilité à ces interventions est complexe, avec de forts risques d'erreurs d'exclusion (couverture insuffisante) et

d'erreurs d'inclusion (trop grand nombre de souscriptions) (CCNDS, 2013).

En réponse à ces limites, l'idée d'universalisme proportionné a été développée, car se concentrer uniquement sur les plus désavantagés ne permettra pas de réduire suffisamment les inégalités en santé. Pour niveler le gradient social en matière de santé, les actions doivent être universelles, mais dans une mesure et une intensité qui sont proportionnelles au degré de désavantage. L'objectif est alors de proposer une intervention bénéficiant à l'ensemble de la population (universelle), mais dont l'intensité sera plus importante pour les groupes qui en ont davantage besoin (proportionnée), tout en réduisant les barrières d'accès pour ces derniers (Carey et al, 2015) (cf. Figure 6).

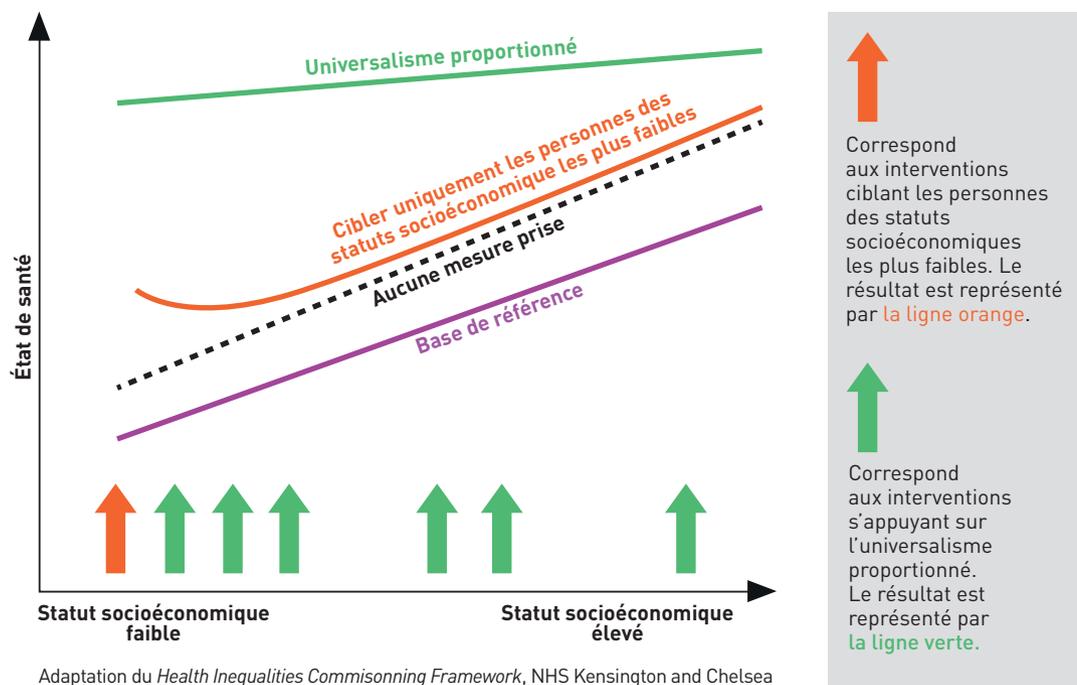


Figure 6 : représentation théorique de l'effet des diverses stratégies d'atténuation des inéquités en santé (NHS Kensington & Chelsea, traduit par le centre de collaboration nationale des déterminants de santé - Canada)

Il reste néanmoins souvent complexe de déterminer dans quelle mesure une action répondra effectivement aux principes de l'universalisme proportionné. Pour permettre une analyse de

l'adhésion de son action à ces principes, il a été proposé de se poser systématiquement les questions suivantes (Davies & Sheriff, 2012).

<p>Le gradient est continu dans l'ensemble de la population. Une action ciblant uniquement sur les plus désavantagés, bien qu'elle soit estimable, ne sera pas suffisante pour permettre une équité</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le programme vise-t-il à réduire les inégalités de santé avec des actions visant uniquement les groupes les plus désavantagés ? <ul style="list-style-type: none"> • Si oui, d'autres politiques (universelles) assurent-elles une action sur tout le gradient social ? • Si oui, les mécanismes de ciblage risquent-ils de stigmatiser les groupes visés ? 2. Le programme vise-t-il à réduire les inégalités de santé uniquement par l'action universelle ? <ul style="list-style-type: none"> • Si oui, des mesures ciblées assurent-elles une amplitude et une intensité d'intervention adaptées au niveau de défaveur de chaque partie de la population ? 3. Le programme applique-t-il les principes de la santé publique moderne / de promotion de la santé, c'est-à-dire une approche globale de la santé, une attention aux déterminants sociaux des inégalités sociales de santé, une stratégie d'empowerment, de justice sociale, d'équité, de développement durable ?
<p>La santé est plus que la simple absence de maladie. Ces concepts sont généralement admis comme importants pour niveler le gradient de santé</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Le programme se situe-t-il « en aval », vise-t-il à modifier des comportements de santé défavorables en mobilisant uniquement le secteur sanitaire/du soin ?
<p>Niveler le gradient de santé nécessite de s'intéresser à toute la chaîne causale induisant ces inégalités, c'est-à-dire d'agir sur les raisons premières (« en amont »), comme sur leurs conséquences (en aval)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Le programme est-il transversal, centré sur les facteurs psychosociaux, les facteurs de risque comportementaux et les conditions du risque ? 6. Le programme se situe-t-il « en amont », visant les circonstances larges - conditions sociales, emploi, politiques environnementales, politiques de justice sociale - qui produisent les comportements de santé défavorables ? 7. Le programme établit-il une interaction entre le descendant, l'ascendant et le transversal ?

En adoptant, en début 2018, le consensus de Copenhague, les Villes-Santé ont réaffirmé « [...] le rôle essentiel des Villes et de la gouvernance locale dans la lutte contre les inégalités, avec une attention particulière pour les groupes les plus vulnérables dans le cadre d'une démarche d'universalisme proportionné ». Elles entendent ainsi « [...] donner l'exemple, en luttant contre les inégalités et en promouvant la gouvernance et le leadership en matière de santé et de bien-être par

l'innovation, l'échange des savoirs et la diplomatie en santé » (OMS, 2018).

Pour davantage d'informations sur ces différentes approches et les engagements des Villes-Santé, vous pouvez consulter le « Point Villes-Santé sur ... l'universalisme proportionné » et le « Consensus de Copenhague ». Ces documents sont disponibles sur le site du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS : www.villes-sante.com.

2

PARCOURS ET ACTEURS

Ce second chapitre vise à présenter de façon succincte les principaux acteurs, en particulier institutionnels, qui ont un rôle auprès des enfants et de leurs familles sur les territoires. Ce sera l'objet d'une première sous-partie qui permettra de donner une vision d'ensemble afin de faciliter la mise en relation des différents intervenants de ce champ et de favoriser la cohérence de leurs actions. En lien, la seconde sous-partie sera dédiée à la notion d'intersectorialité et accompagnée de deux retours d'expérience de Villes-Santé qui ont développé celle-ci, entre leurs services et avec les autres acteurs de leur territoire.

L'idée de « parcours » de l'enfant sera abordée ici au travers des interventions et dispositifs avec lesquels une grande partie des enfants et/ou familles sont amenés à interagir. En effet, les interactions des enfants avec leur environnement, qu'il soit physique ou social, vont impacter leur santé et sont d'une extraordinaire complexité. Pour autant, il est possible d'identifier des acteurs de premier plan qui vont donc conditionner, au moins en partie, cet environnement : familles, proches, crèches, périscolaires, école, hôpital, etc.



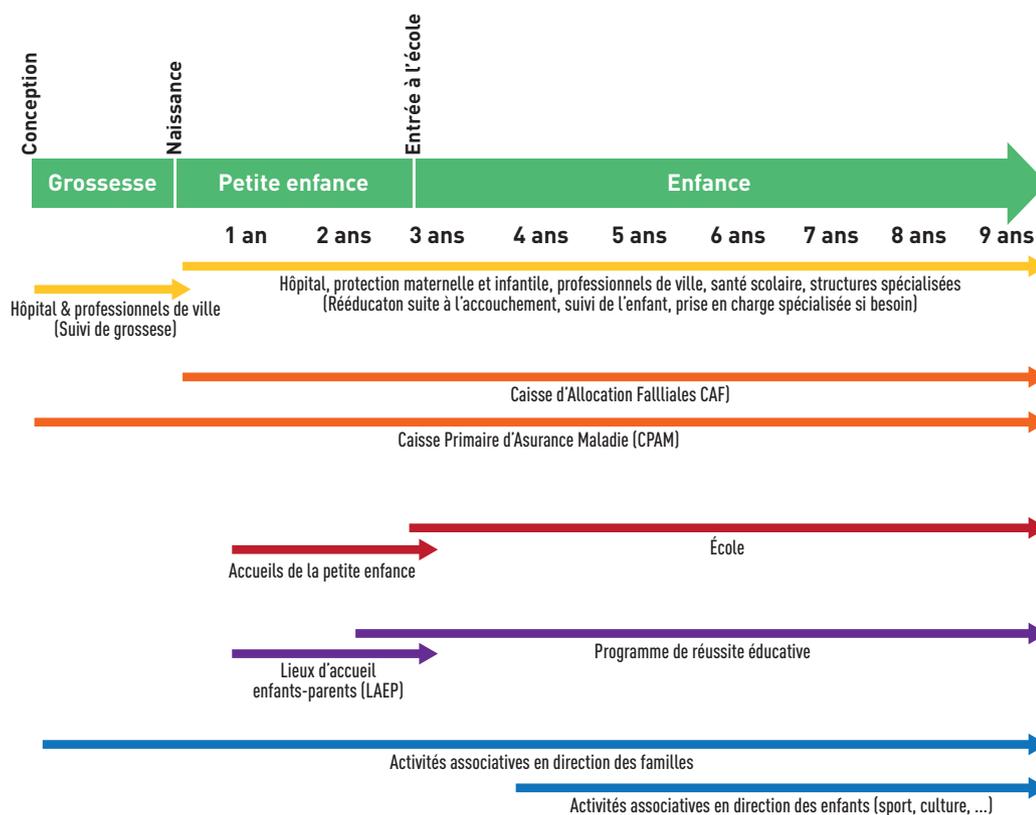
Les approches institutionnelles segmentées font courir le risque d'isoler les différents aspects de la santé et du développement de l'enfant, de les traiter séparément au détriment d'une approche globale du parcours de vie. Ceci oblige les enfants et leurs familles à ajuster leurs besoins aux différentes structures, plutôt que ce soit les structures qui s'ajustent et collaborent entre elles. Ceci est d'autant plus impactant que les acquisitions des enfants dans ces différents contextes sont interdépendantes et que des acquis dans l'un vont soutenir l'autre, voire en seront un prérequis, dans un processus de renforcement mutuel (SPHERU, 2012). La mise en œuvre d'une coordination entre ces acteurs est donc particulièrement importante.

Avec l'avancée en âge, les enfants et familles subissent des transitions majeures en passant d'un environnement à un autre (sortie de maternité, entrée en crèche, à l'école, en périscolaire, ...). Ces transitions sont des périodes de plus grandes fragilités pour les enfants, qui demandent à être préparées et accompagnées. Ainsi, la coordination entre les acteurs et la transmission d'informations, avec l'accord des parents, sont des enjeux forts car, tous ensemble, ils accompagnent le développement et la santé de l'enfant (SPHERU, 2012).

Pour autant, il n'est pas toujours aisé de se repérer parmi la multitude d'acteurs intervenant dès la grossesse. Une bonne identification des acteurs par les collectivités territoriales est pourtant nécessaire pour développer des interventions coordonnées, efficaces et non redondantes au niveau d'un territoire. La première partie de ce chapitre propose ainsi un aperçu des acteurs intervenants de la naissance jusqu'aux 9 ans

de l'enfant (période ciblée par cet ouvrage). Dans une autre partie de ce chapitre, les différents dispositifs et stratégies permettant l'intersectorialité seront spécifiquement abordés. Ceux-ci sont des outils mobilisables par les collectivités territoriales pour permettre des échanges entre les acteurs aux différentes étapes de la vie des enfants, mais aussi lors des périodes de transition.

PRINCIPAUX ACTEURS ET STRUCTURES



Acteurs et structures en lien avec les enfants, de la conception à leurs 9 ans.

Les familles et enfants sont en lien avec de nombreux acteurs institutionnels dès les premiers temps de la grossesse et durant toute la vie de l'enfant. Si chaque territoire dispose de spécificités (dispositifs atypiques, organisations particulières, structures innovantes, etc.), de nombreuses constantes peuvent être retrouvées que nous proposons de rappeler brièvement ici.

Durant la grossesse, le suivi des femmes est très balisé, avec 7 consultations, dont la première intervient, en principe, avant le 3^e mois de grossesse. L'entretien prénatal, autour du 4^e mois, est un temps privilégié pour recueillir les attentes des femmes, des couples, des futurs parents parfois pour la première fois. Ce suivi associe des professionnels du soin (médecin et sage-femme notamment), exerçant à l'hôpital ou en ville. Différentes prestations sociales sont accessibles pour les futurs parents, en lien avec la grossesse. L'ouverture de ces droits est conditionnée à la déclaration de grossesse, à réaliser auprès de la CPAM (ou MSA) et la CAF, dès la première consultation de suivi, pour bénéficier notamment du remboursement des frais médicaux.

À l'accouchement et dans les premiers instants de vie de l'enfant, les services de maternité jouent un rôle central : apprentissage en milieu « sécurisé » des premières relations parents-enfant, délivrance de nombreuses informations et réponses aux questions des parents, réalisation des premiers examens de santé. Il s'agit également d'un moment clef pour l'ouverture de nouveaux droits, la déclaration à l'état civil, ainsi que pour le repérage d'éventuelles difficultés et la mise en réseau avec des acteurs extra hospitaliers, comme la PMI (Protection Maternelle et Infantile).

La petite enfance, c'est-à-dire les 3 premières années de vie de l'enfant voit intervenir de nombreux acteurs. Concernant le suivi médical de l'enfant, les interactions avec les professionnels de santé sont nombreuses (sage-femme, médecin généraliste, pédiatre, qu'ils exercent en médecine de ville, PMI, centre de santé ou hôpital). Des prestations sociales sont mises en place, via la CAF (prestation d'accueil du jeune enfant, allocation de soutien familiale, allocation familiale notamment) et par la CPAM (prise en charge à 100 % jusqu'à 6 ans). Des structures spécialisées peuvent également intervenir, en lien avec des besoins particuliers (centre d'action médico-sociale précoce,

centre médico-psycho-pédagogique). Des dispositifs de soutien aux familles et enfants jouent également un rôle pour beaucoup de familles : lieux d'accueil enfants-parents (LAEP), associations de soutien aux familles (maisons de quartier, centres sociaux par exemple). Enfin, de nombreux enfants sont également accueillis en établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE³).

L'enfance, c'est-à-dire à partir de 3 ans, correspond à une période de scolarisation pour la quasi-totalité des enfants (>97 % en France, INSEE 2015). L'école est donc pour eux un lieu central, qui assure également leur suivi médical, via la PMI et la médecine scolaire. Des rendez-vous de prévention et de dépistage bucco-



© Ville de Brest

dentaire sont proposés par la CPAM. Beaucoup d'enfants sont également amenés à bénéficier des temps d'activités périscolaires (TAP), des accueils périscolaires (restauration, accueil périscolaire, étude, etc.) et extra scolaires (accueils de loisirs, activités culturelles ou sportives, etc.). Le programme de réussite éducative peut également être sollicité dans les Quartiers Politique de la Ville.

Des transitions importantes méritent d'être soulignées, tout au long de ce parcours. Sans être les seules et sans qu'elles ne soient vécues de la même façon par chacun, elles sont des moments de plus grande vulnérabilité qu'il convient de prendre en

³ Un établissement d'accueil du jeune enfant (Eaje) est une structure autorisée à accueillir des enfants âgés de moins de 6 ans dans la journée, collectivement ou chez un(e) assistant(e) maternel(le) exerçant en crèche familiale, de façon régulière ou occasionnelle, sous la responsabilité de professionnels de la petite enfance.

compte : annonce/début de grossesse, accouchement, première séparation avec l'enfant (accueil formel ou informel) et entrée à l'école notamment.

Enfin, tout au long de ce parcours, l'intervention de professionnels et de dispositifs spécialisés peut également jouer un rôle important : accompagnement social, soins dans le cadre de maladies chroniques ou handicap, etc.

Les principaux acteurs intervenant auprès des enfants et de leurs familles sont présentés p. 20. En voyant leur nombre et leur diversité, il est facile d'appréhender l'enjeu que représente leur mise en lien pour permettre une action cohérente et intersectorielle sur les territoires.

Quelques acteurs incontournables

Allocations familiales (CNAF & CAF)

La Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF) gère la branche « famille » du régime général de la sécurité sociale et anime le réseau des Caisses d'Allocations Familiales (CAF). Elle dispose d'un fond national d'action sociale (FNAS) qui finance différents dispositifs de soutien à la parentalité, via les CAF. On peut notamment citer les réseaux d'écoute et d'appui aux parents (REAAP), les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP), les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS), les points d'info familles (PIF).

Les CAF, quant à elles, contractualisent avec les communes et intercommunalités afin de structurer l'offre en matière d'accueil et de loisirs des enfants et des jeunes. Elle a un rôle de financeur des structures et actions sur la famille. Par ailleurs, elle verse des prestations financières aux parents : prime à la naissance, allocations familiales, aides au logement, prestation d'accueil du jeune enfant notamment.

Assurance maladie (CNAM & CPAM)

L'assurance maladie, en plus des prises en charges communes, prend également en charge le coût des soins durant la grossesse et jusqu'aux 6 ans de l'enfant (à 100% à l'exception des deux premières échographies), et verse les indemnités journalières durant les congés maternité et paternité. Les CPAM proposent également un service personnalisé d'accompagnement à domicile (Prado), proposé par un conseiller, directement à la maternité. Les individus non rattachés au régime général (MSA notamment) ont accès à des prestations similaires.

Conseil Départemental

Le Conseil Départemental soutien les familles, notamment à travers les services de Protection

Maternelle et Infantile (PMI). Ceux-ci apportent un soutien aux parents et visent à améliorer le bien-être de toute la famille et répondre à des situations de fragilité. Il gère les centres départementaux d'action sociale et de protection de l'enfance. Il met également en place et anime les maisons départementales des personnes handicapées, attribue des aides financières et un accompagnement aux familles en difficulté et pilote parfois les REAAP. Par ailleurs, le Conseil Départemental donne son avis sur l'ouverture de nouvelles structures d'accueil d'enfants et donne un agrément pour autoriser l'ouverture de lieux d'accueil privés. Il peut également lui-même être gestionnaire de structures d'accueil et de loisirs pour enfants et jeunes. Enfin il attribue les agréments aux assistant.e.s maternel.le.s.

Éducation nationale

L'Éducation nationale joue un rôle important via l'apprentissage des connaissances, les dispositifs d'accompagnement qui y prennent pied (RASED, plan personnalisé de scolarisation) et la santé scolaire avec les bilans médicaux ou infirmiers tout au long de la scolarité et le parcours éducatif de santé.

Communes et intercommunalités

Parmi les très nombreuses missions qu'elles assurent et qui ont un impact sur la santé et les ISS, ont aussi un rôle spécifique lors de la petite enfance. Elles gèrent des structures d'accueil de la petite enfance (accueils collectifs, crèches familiales et relais d'assistantes maternelles), les temps péri et extra scolaires, le portage des Plan de Réussite Éducative, des services municipaux de santé scolaire ou le développement d'actions innovantes, spécifiques à leur territoire.

DÉMARCHE INTERSECTORIELLE : UNE NÉCESSITÉ POUR AGIR

2

PARCOURS ET ACTEURS

L'intersectorialité est au cœur de l'approche des Villes-Santé depuis leur origine. Le premier ouvrage européen sur le thème la définissait ainsi : « *le terme actions intersectorielles se réfère au processus par lequel les organismes autres que ceux concernés par la santé modifient leurs activités afin de contribuer plus amplement à la santé de la population* » (OMS, 1992). Aujourd'hui ce concept se réfère davantage à une démarche de co-construction avec d'autres secteurs, visant à développer des actions gagnant-gagnant. Par exemple, l'aménagement d'un centre urbain peut améliorer l'attractivité de la ville, mais aussi favoriser les mobilités actives, la qualité de l'air ou les interactions sociales des personnes qui le fréquentent. Par ailleurs, la santé entendue au sens de l'OMS correspond bien à un bien-être physique, mental et social, qui est un objectif qui s'accorde facilement avec les finalités de l'action publique.

Il est clair que le secteur de la santé, à lui seul, ne dispose que d'un nombre limité de leviers pour agir sur les déterminants de la santé (logement, qualité de l'air, stress au travail, activité physique intégrée dans les déplacements quotidiens, etc.) (RfVS, 2015).

Quels que soient les termes employés : « *intersectorialité* », « *interdisciplinarité* », « *partenariats* » ou « *santé dans toutes les politiques* », il est évident que la co-construction avec d'autres secteurs est fondamentale pour agir efficacement sur l'ensemble des déterminants de la santé, en vue de réduire les inégalités sociales de santé. Cette approche transversale peut également avoir différents bénéfices pour la collectivité : gain en efficacité en limitant la fragmentation des actions, gain d'attractivité en favorisant la qualité de vie de chacun, gain de lisibilité du projet politique et social dont la cohérence peut devenir un axe de communication.

Une récente étude parmi les Villes-Santé françaises montre un niveau important de collaboration entre le service ou l'élu.e à la santé et les autres services (cf. Figure 7) (RfVS, 2017). Par exemple, dans 58 % des Villes-Santé répondantes, la Santé siège dans une instance ou un comité permanent du secteur Enfance/Jeunesse/Éducation et la quasi-totalité des services santé a au moins un projet commun avec ce secteur.

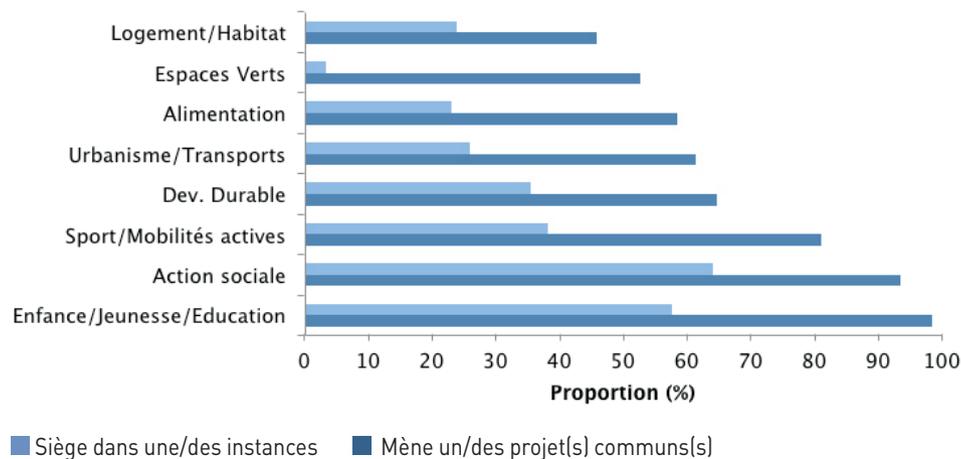


Figure 7 : collaborations, au sein des Villes-Santé, entre élu.e.s / services santé et autres services municipaux/intercommunaux (n=68, 2017)

Mais « *il ne suffit pas de décréter une volonté commune mais d'agir sur les causes du cloisonnement : démultiplication des acteurs, complexité des procédures, intensification du travail, interprétation différente de certains concepts selon les disciplines etc.* » (Roue-Le Gall & Milvoy, 2014).

Mettre en œuvre cette intersectorialité n'est donc pas sans présenter des difficultés et demande de développer de nouveaux modes de travail qui puissent tenir compte de contraintes nouvelles : temps nécessaire à la collaboration et aux échanges, affichage de l'investissement des différentes parties prenantes, développement d'un vocabulaire commun, prise en compte de contraintes temporelles hétérogènes. Sur ce sujet, les Villes-membres du Réseau européen des Villes-Santé ont partagé leurs expériences (traductions libres) (Green et al, 2009)

« *Parfois, nous avons été obligés de renoncer à notre propre identité en vue de faciliter la participation d'autres acteurs. À la fin, il est plus important d'avancer que d'afficher un label* » (Ville 11).



© Réseau français des Villes Santé

« *Il est arrivé que la publicité d'une action ne soit focalisée que sur la contribution d'un seul partenaire, sans mentionner la collectivité « Villes-Santé ». Même si cela peut être frustrant, nous sommes également satisfaits que les partenaires soient impliqués dans le leadership de l'action* » (Ville 10).

« *Le soutien du maire et des élus est le facteur essentiel [...] pour le travail en partenariat* » (Ville 13).

Les Villes-Santé cherchent néanmoins à s'appuyer sur cette intersectorialité pour agir plus efficacement sur les Inégalités Sociales de Santé. L'approche intersectorielle n'est pas nécessairement facile à développer. Pour permettre d'initier cette démarche, certaines collectivités se sont appuyées

sur des dispositifs mis en œuvre sur leur territoire. C'est par exemple le cas de **Saint-Quentin-en-Yvelines**, via son Contrat Local de Santé (CLS), puis son plan de développement durable (cf. exemple ci-après).

Concernant l'enfance et la petite enfance en particulier, la Ville d'**Evry-Courcouronnes** a intégré dans son Contrat Local de Santé des actions spécifiquement dédiées, avec une attention particulière à la prise en compte des inégalités sociales de santé, de façon cohérente et concertée, sur son territoire (cf. présentation ci-après). Cette dernière utilise ainsi le CLS pour créer du lien, tant au sein de la collectivité, qu'avec les autres acteurs de son territoire.

À Saint-Quentin-en-Yvelines

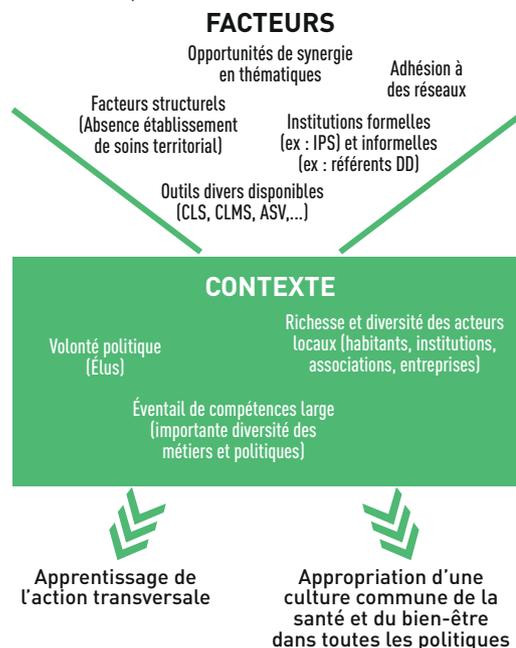
Mise en œuvre d'une intersectorialité

L'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines est porteuse de nombreuses compétences par transfert des communes, dont l'aménagement, l'urbanisme, les transports, la santé. Ceux-ci permettent ainsi de disposer de nombreux leviers d'action sur les déterminants de la santé. En complément, la collectivité met en œuvre différents dispositifs tels qu'un agenda 21, un Atelier Santé-Ville (ASV), un Contrat Local de Santé (CLS) et un Plan Climat Air-Énergie Territorial (PCAET). Dans l'objectif de répondre à ses missions, la collectivité a mis en place, avec le temps, une organisation transversale et intersectorielle.

La transversalité, avec la santé comme porte d'entrée, s'est mise en place avec le CLS et un axe santé environnement dès 2011. En effet, le développement de projets sur cette thématique a permis aux services concernés de rencontrer de nouveaux partenaires et collègues, hors du cadre de la santé, mais aussi de légitimer l'expertise en santé de ses agents et élus dans les différentes instances. La santé a ainsi été associée, dans une idée de transversalité, à différents dispositifs intercommunaux : Plan Local d'Urbanisme Intercommunal (PLUi) et Plan Local de Développement (PLD) par exemple. Le PLUi a notamment intégré un axe « Santé » et l'expertise des services concernés a permis de travailler sur le bien-être au travers des questions de cadre de vie et d'aménagement durable (lieux ressources et espaces verts en particulier).

Dans la continuité de ces travaux, un réseau d'agents volontaires a été mis en place pour une durée de 2 ans, dans le cadre de l'agenda 21. Ceux-ci venaient appuyer le Plan de Développement Durable (PDD), pour expérimenter des réflexions intersectorielles autour de la prise en compte du développement durable, et tendre vers une transversalité plus forte. Durant cette période, un référent a été mobilisé et sensibilisé dans chaque direction afin que la majorité des services soit représentée. Il est important de noter que, même si cette structure a été autorisée par la hiérarchie, elle était informelle, ce qui a permis une souplesse de mise en œuvre.

À titre d'exemple, un travail de recensement des lieux de santé de proximité a été réalisé, qui a ensuite permis de proposer un accès en transport en commun rapide.



Saint-Quentin-en-Yvelines a donc pu s'appuyer sur des dispositifs mis en place par la collectivité pour impulser et approfondir une intersectorialité et intégrer les questions de santé dans différentes politiques publiques. Le travail collaboratif du réseau interne (rencontres toutes les 6 semaines), la culture commune, les échanges et l'appréhension de la méthodologie de travail en transversalité ont concouru à l'émergence de projets intersectoriels, en faveur de la santé et du bien-être des habitants de Saint-Quentin-en-Yvelines, qui perdurent aujourd'hui. Dans le cadre du PCAET, la création de deux fiches Qualité de l'Air (Intérieur et Extérieur) pilotées par le service santé en collaboration avec les autres services de l'agglomération a permis la mise en place d'actions et de relations transversales.

À Evry-Courcouronnes

Intégration des questions des inégalités sociales de santé dans l'enfance au sein du CLS

Les Villes d'Évry et Courcouronnes sont engagées depuis de nombreuses années dans une politique locale de santé. Un Centre Municipal de Santé (CMS) existe depuis 1981 au sein d'un quartier Politique de la Ville à Évry. Elles se sont saisies dès 1999 du dispositif d'atelier Santé Ville pour mettre en place et renforcer la dynamique locale de santé. Faisant suite à des travaux communs, les deux Villes ont formalisé en 2015 un projet intercommunal à travers un premier contrat local de santé intercommunal. Le bilan de ce premier contrat étant très positif en matière de mobilisation des partenaires, de concertation, et d'actions mises en œuvre, les Villes ont souhaité s'engager dans un deuxième contrat (2018/2022).

Pour ce second contrat, quatre nouveaux partenaires (Éducation nationale, Conseil départemental, Agglo Grand Paris Sud et Centre Hospitalier Sud Francilien) ont rejoint les acteurs du premier contrat (Villes, ARS, Préfecture et CPAM).

S'appuyant sur un diagnostic établi avec les données des différents partenaires, le plan d'action a été construit dans une démarche pluri-partenaire et

pluri-institutionnelle en s'appuyant sur un comité technique et des groupes de travail et commissions.

Un plan d'action spécifique à l'enfance et à la petite enfance a été développé dans ce cadre, en lien avec les constats faits sur ces deux Villes : taux de prématurité et nombre de grossesses avec pathologie élevé, proportion d'enfants en surpoids ou obésité plus important que le reste du département (bilan des 3-4 ans) et forte augmentation du nombre d'enfants présentant des troubles du comportement et de l'attention identifiés par les professionnels de terrain. En parallèle, il est apparu qu'une forte part des ménages ne bénéficie pas de couverture santé complémentaire (30 % contre 17 % au niveau départemental et 5 % au niveau national).

Dans ce contexte, les différents partenaires ont choisi de s'intéresser en particulier à l'amélioration de l'accès à la santé pour les familles les plus vulnérables. Un groupe de travail réunissant les services petite enfance, enfance, jeunesse, réussite éducative, vie locale des deux Villes et associant la PMI (Conseil Départemental) et le service de promotion de la santé des élèves (Éducation Nationale) a élaboré un plan d'action.

Objectif stratégique	Objectif opérationnel	Action à mettre en œuvre
Améliorer l'accès à la santé pour les familles avec une attention particulière pour les publics les plus vulnérables (Universalisme proportionné)	Permettre aux parents d'être acteurs de la santé de leur enfant dès le plus jeune âge	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement des parents et futurs parents dans leur rôle parental • Actions d'éducation pour la santé en direction des parents et implication des parents dans les actions à destination de leur enfant • Développement de lieux ressources pour les familles pour mieux informer, orienter et faciliter les démarches
	Mettre en place des actions de prévention en direction des enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Actions améliorant le développement du langage des tous petits (parler bambins, autres actions) • Actions de prévention en matière de nutrition, d'écrans, de santé bucco-dentaire et hygiène de vie, des conduites à risques • Actions de développement des compétences psychosociales
	Améliorer le repérage des enfants présentant des troubles psychomédicosociaux et améliorer leur prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Actions destinées à favoriser l'installation d'orthophonistes • Recensement et diffusion des dispositifs de prise en charge • Développement de la scolarisation des 2-3 ans
	Sensibiliser et former aux questions de santé les professionnels œuvrant auprès des familles	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation et formation des professionnels de l'animation, de l'éducation et du social à la promotion de la santé • Formations spécifiques des professionnels de la petite enfance • Formations et temps de travail en interdisciplinarité

3

DISPOSITIFS DESTINÉS AUX FAMILLES : des leviers pour agir

Cette partie s'attachera à proposer plusieurs leviers d'action s'appuyant sur les dispositifs destinés aux familles. Sous ce terme, nous regroupons les dispositifs visant à accompagner la parentalité, les différents dispositifs d'accueil de la petite enfance (crèches, assistant.e.s maternel.le.s ou haltes garderies par exemple), mais aussi les écoles maternelles ou élémentaires et les différents dispositifs périscolaires. Ces lieux et dispositifs occupent une place centrale dans la vie et le développement des enfants et jouent, à ce titre, un rôle majeur dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Les différentes sous-parties proposeront un détail de leviers d'action possibles, accompagnés d'exemples d'actions concrètes menées par les Villes-Santé françaises. Préalablement une introduction est proposée qui présente différents éléments, plus théoriques, justifiant l'intérêt de s'intéresser à ces leviers pour réduire les inégalités sociales de santé.

Des tendances marquées à une santé plus ou moins bonne des enfants existent en fonction de la situation sociale des parents, et ce, dès les premiers instants de vie (taux de prématurité, poids de naissance, fréquence des accidents de la vie courante, etc.). L'alimentation, les activités familiales, les rythmes de vie, les échanges interpersonnels, les conditions de logement sont autant de facteurs qui influencent la santé des enfants. Les parents participent également au développement des compétences psychosociales⁴ des enfants, qui leur permettront de négocier les événements et choix auxquels ils auront à faire face dans la vie. Il convient d'accompagner et soutenir ce « prendre soin » qui correspond à l'exercice de la parentalité. Œuvrant pour l'équité, la solidarité, le développement de l'autonomie et le bien-être de leurs habitants, les collectivités locales ont un rôle légitime à jouer en matière d'accompagnement de la parentalité. Le terme d'« accompagnement » est ici choisi avec soin : bien que des situations nécessitent

des mesures prévues par la loi, pour protéger les enfants, il s'agit de situations rares. Pour l'immense majorité des cas, il s'agira d'accompagner les parents pour leur permettre de proposer les meilleures conditions de vie et de développement possibles à leurs enfants : des conditions favorables à la santé.

Le concept de parentalité a été travaillé au sein de plusieurs disciplines : psychologie, anthropologie, sociologie et droit notamment. Sans faire état des subtilités qui le sous-tendent⁵, nous retiendrons ici une définition de la parentalité proposée à partir des travaux du « groupe Houzel » : « Ensemble des droits et devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soin et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la configuration familiale choisie » (Sellenet, 2007).

Cette définition permet bien d'inclure les différentes personnes qui occuperont une fonction de parentalité auprès des enfants, sans pour autant être leurs

⁴ L'OMS définit les compétences psychosociales comme étant « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ».

⁵ Pour davantage de détail, vous pouvez vous référer à l'ouvrage « Santé et Parentalité » publié en 2013 par le RVS [disponible gratuitement en ligne sur www.villes-sante.com]

généiteurs (grands-parents, famille d'accueil, oncle, tante, amis de la famille, etc.). En cela les différentes actions de soutien à la parentalité ne doivent pas occulter leur existence, voire leur laisser une place dans les actions menées.

Le rapport « Aider les parents à être parents » relève trois principes invariables de l'accompagnement à la parentalité (Centre d'analyse Stratégique, 2012) :

- Ces actions sont à destination des parents
- Elles ont pour objectif principal l'amélioration du bien-être des enfants et/ou des parents
- Elles agissent sur les compétences parentales



© Ville de Besançon

Cet accompagnement se traduit par des échanges entre pairs et avec des professionnels pour conforter les parents dans leurs compétences parentales et renforcer la relation parent-enfant, ainsi que par une orientation des familles vers des services appropriés à leurs besoins. C'est ce que visent les dispositifs d'accompagnement à la parentalité tels que les réseaux d'appui et d'accompagnement à la parentalité (REEAP), les points info familles (PIF), les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP), les espaces de rencontres, la médiation familiale ou encore les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS).

Pour réduire les inégalités sociales de santé, l'enjeu est que l'accompagnement à la parentalité puisse être ajusté aux besoins des différentes familles, tant dans son contenu que dans son organisation. Sans cela, le risque est d'exclure implicitement certains groupes sociaux qui pourraient pourtant en tirer un bénéfice important. Les barrières d'accès aux services peuvent être diverses et provenir des familles (peur du jugement, horaires atypiques notamment) ou encore des services (non réponse aux besoins de base,

accueil inadéquat, langue dans laquelle est offert le service ou distance géographique par exemple). Il apparaît par exemple que le périmètre de vie et d'activités est plus faible chez les individus en situation précaire (chômeurs, inactifs, individus en contrats court à durée déterminée ou avec des difficultés financières) (Chaix et al., 2013).

La proximité et l'accessibilité des dispositifs jouent donc un rôle particulièrement important pour les groupes les plus défavorisés. Une nouvelle fois, c'est là un enjeu pour éviter que seules les familles qui ont le plus de ressources (financières ou sociales) ne bénéficient des dispositifs existants. La précocité de l'accès à un accompagnement à la parentalité est également un challenge pour les collectivités. Les ISS s'installent très tôt dans la vie et permettre un accompagnement rapide doit permettre de prévenir le développement de situations trop complexes à gérer. Ces différents leviers d'action seront abordés plus en détail dans la sous-partie qui leur est dédiée (partie « L'accompagnement à la parentalité », page 31).

La famille est le premier et le plus important des milieux de développement des enfants, en particulier pour les plus jeunes. Néanmoins, d'autres lieux de vie occupent une place importante pour eux, comme les structures d'accueil de la petite enfance (0-3 ans) et l'école (3 ans et plus). Pour les enfants de moins de 3 ans, on estime la capacité d'accueil de ces équipements à 56,5 %, c'est-à-dire que plus d'un enfant de 0 à 3 ans sur deux peut être accueilli en France. Parmi les modes d'accueil disponibles, le plus important est l'accueil par des assistant.e.s maternel.le.s (53%), suivi par les Établissements Accueillant de Jeunes Enfants (EAJE) (18%), les écoles maternelles (14 %) et les salariés à domicile (1,7 %) (CNAF, 2018).

Les différents modes d'accueil sont un lieu d'éveil, d'apprentissage de la sociabilité, de soutien de leur développement, mais également de détection possible de problèmes de santé (visites médicales, observations prolongées par les personnels notamment), d'accompagnement des enfants et familles, ainsi que d'orientation vers des services spécialisés si nécessaire. Ils sont aussi l'occasion de contacts avec les parents. Ils peuvent faciliter l'accès au travail d'un ou des deux parents, permettant ainsi une augmentation du revenu du foyer (Lopez et al., 2011).

Les bénéfices des accueils de la petite enfance semblent particulièrement importants pour les enfants issus de milieux défavorisés. Une étude québécoise rapporte que les enfants défavorisés accueillis à plein temps en crèche de 5 à 35 mois présentent de meilleurs résultats scolaires à 12 ans que ceux qui restent à domicile. Les résultats scolaires de ces enfants sont même équivalents à ceux des enfants favorisés. Dans cette étude, aucune différence n'a été retrouvée entre les enfants issus de classes aisées, qu'ils aient ou non bénéficié d'un accueil en crèche (Laurin et al., 2015). D'autres études canadiennes rapportent des résultats similaires concernant les résultats scolaires et le développement cognitif des enfants (Cote et al., 2013; Geoffroy et al., 2010).



© Ville de Bourg-en-Bresse

Néanmoins, pour que les accueils de la petite enfance aient un effet sur les ISS, plusieurs éléments sont à prendre en compte :

1- Les crèches collectives sont les équipements d'accueil les plus susceptibles d'œuvrer efficacement à la réduction des inégalités sociales de santé. En l'occurrence, des résultats positifs ont été retrouvés dans des structures d'accueil équivalentes aux crèches françaises. Les autres modes d'accueil semblent montrer des bénéfices moindres, voire aucun bénéfice pour l'enfant.

2- Les résultats retrouvés en termes de réduction des ISS sont directement fonction de l'« intensité » de l'accueil. C'est-à-dire que pour être efficace, il faut que les enfants passent suffisamment de temps dans la crèche.

3- Les bénéfices issus de l'accueil sont dépendants de la qualité de l'accueil proposé, c'est-à-dire le niveau de formation des professionnels, le taux d'encadrement et le projet d'équipe (formation continue notamment).

En France, on observe que dans les ménages les plus défavorisés, les enfants sont essentiellement gardés à titre principal par leurs parents : 91 % des cas dans les ménages les plus pauvres⁶ (vs. 31 % dans les ménages les plus favorisés⁷) et 65 % des cas lorsque la mère est ouvrière (vs. 18 % lorsque la mère est cadre) (Lopez et al., 2011). De toute évidence ces ménages recourent moins aux accueils collectifs, contrairement aux ménages plus aisés, alors qu'ils en tireraient les bénéfices les plus importants.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène. Tout d'abord, exception faite des accueils collectifs, le reste à charge est plus important pour les familles défavorisées, malgré les systèmes de compensation existants ou instaurés à l'initiative des municipalités. Ensuite, les places en crèche sont fréquemment attribuées en priorité aux familles bi-actives avec un accueil régulier. Ceci souligne l'existence de deux objectifs potentiellement contradictoires mais pas irréconciliables des politiques d'accueil du jeune enfant : assurer la conciliation entre vie familiale et professionnelle et accompagner les familles les plus vulnérables. Pour rappel, le code de l'action sociale et des familles précise que « les modalités de fonctionnement des équipements et services d'accueil des enfants de moins de six ans doivent faciliter l'accès aux enfants de familles rencontrant des difficultés du fait de leurs conditions de vie ou de travail ou en raison de la faiblesse de leurs ressources » (Art L.214-2). Pour autant, l'accueil de ces enfants induit des contraintes particulières : hausse de temps nécessaire par enfant, besoins particuliers plus fréquents, hausse de la proportion d'enfants accueillis à temps partiel. Autant de facteurs qui ne sont pas pris en compte dans le financement des crèches par les CAF. Enfin, il est possible qu'une forme d'influence sociale entre également en ligne de compte car, dans l'ensemble des pays et quelles que soient leurs politiques familiales (notamment de prise en charge), les ménages avec les plus faibles niveaux de revenu recourent moins fréquemment aux équipements d'accueil (Collombet, 2016). En France, les plans pluriannuels de lutte contre la pauvreté et pour

⁶ Correspond aux 20 % des ménages les plus pauvres ⁷ Correspond aux 10 % des ménages les plus riches

l'inclusion sociale 2013-2015 et 2016-2017 ont fixé comme objectif d'accueillir en crèche une part plus importante d'enfants issus de familles à bas revenus (19,3 % des enfants accueillis en 2013) et cet objectif est soutenu, en 2018, par un rapport du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (Cabinet du premier ministre, 2016; HCFEA, 2018).

Ces disparités d'usage des modes d'accueil selon la situation sociale disparaissent dès 3 ans. En effet, en France, le taux de scolarisation à 3 ans est de 97,6 % et atteint 100 % à 4, 5 et 6 ans (Données INSEE 2015), ce qui est l'un des taux les plus élevés au monde. Les inégalités ne se posent alors plus en termes de disparité d'accès à ces établissements, et le quotidien de la quasi-totalité des enfants s'organise très tôt autour de l'école. Ceci en fait un lieu incontournable pour œuvrer à une meilleure santé des enfants et réduire les écarts de santé qui sont déjà bien visibles à ces âges. Les municipalités ont en cela une place importante puisque, même si c'est l'État qui assure les missions d'enseignement, via l'Éducation Nationale, ce sont les villes qui ont la charge des locaux des écoles maternelles et primaires, ainsi que des personnels non-enseignants. De plus, de nombreux temps dans la journée des enfants dépendent des municipalités : cantine, accueils de loisirs péri-scolaires et accueils de loisirs lors des vacances. En France, en 2015-16, plus de 1,1 millions de places d'accueil de loisirs ont été proposées aux 0-6 ans durant la semaine. Ce chiffre atteignait 1,7 millions chez les 6-11 ans (Données issues de l'INJEP).



Les enfants issus de familles défavorisées présentent une moindre satisfaction scolaire que les enfants issus de milieux plus aisés. Ils sont davantage victimes de harcèlement ou de violences psychologiques de la part de leurs pairs et ont plus de difficultés à nouer des amitiés au sein de l'école. Dans ce contexte de vulnérabilité, l'école peut jouer pour les enfants en situation de précarité un rôle très important. Le bien-être à l'école est multifactoriel et tous les aspects ne dépendent pas des politiques municipales. Pour autant, l'aménagement et l'entretien des locaux influencent le bien-être des élèves au travers de trois types de facteurs : ceux liés au confort (lumière, bruit, température, ...), ceux permettant de satisfaire aux besoins cognitifs (pièces clairement identifiables, personnalisées, adaptables à la pédagogie des enseignants, ...) et ceux liés à l'esthétique (harmonie des couleurs, agencement, ...). Le bruit a notamment des effets négatifs sur la fatigue, le stress, la concentration et les troubles du comportement des élèves (CNETSCO, 2017). Ce sont là des leviers sur lesquels les municipalités peuvent agir en faveur des élèves au bénéfice des élèves les plus jeunes, mais aussi les plus vulnérables dans une logique d'universalisme proportionné (cf. partie dédiée – p.16).

L'alimentation joue également un rôle important pour la santé des élèves. Il est rapporté que les élèves, notamment les plus défavorisés, bénéficiant d'un déjeuner nourrissant et équilibré sont plus attentifs et dans de meilleures conditions pour apprendre que les élèves ne bénéficiant pas d'un repas équilibré. Un impact sur les résultats scolaires des élèves a été mis en évidence, ainsi qu'un recul de l'absentéisme lié aux maladies. La diversité alimentaire est plus importante chez les enfants mangeant à la cantine et une plus grande fréquence des repas pris à la cantine est associée à une protection contre le surpoids et l'obésité. Pourtant, l'utilisation du service de restauration collective apparaît nettement inférieure pour les élèves issus de milieux défavorisés. Les données disponibles concernent le collège et rapportent que 59 % des collégiens en éducation prioritaire ne mangent pas à la cantine, contre 29 % en moyenne en France. Les facteurs tels que le reste à charge, mais aussi la disponibilité d'un repas équilibré sans viande ou poisson expliqueraient en partie ces disparités sociales (CNETSCO, 2017).

Via la gestion des cantines et de leurs politiques tarifaires, les municipalités disposent donc d'un levier pour agir sur l'apparition des ISS.

Dans le rapport IGAS de 2011 « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance », l'école est mise en avant également parce qu'il s'agit d'un lieu propice à l'éducation à la santé et à la réalisation de dépistages. Il a été observé que, chez les enfants issus de milieux défavorisés, les problèmes de santé étaient décelés plus tardivement, alors même qu'une surreprésentation de certains troubles a été

rapportée chez ces derniers. Les enfants issus des familles défavorisées présentent également plus fréquemment un retard d'accès aux soins, voire un renoncement (Lopez et al., 2011). Les services de santé scolaire et de PMI ont donc un rôle important à jouer, qu'ils soient rattachés à l'Éducation Nationale et au département, ou gérés par les villes. Une très grande partie des villes organise également des dépistages, même si elles n'ont pas la responsabilité du service de santé scolaire (dépistages bucco-dentaire par exemple).

ACCOMPAGNEMENT DE LA PARENTALITÉ

Accompagner la parentalité pour toutes les familles

L'enjeu premier pour réduire les ISS par l'accompagnement à la parentalité est que toutes les familles puissent en bénéficier, avec une intensité plus importante pour les familles en ayant davantage besoin (principe d'universalisme proportionné - cf. partie dédiée - p.16). Ceci n'est pourtant pas chose aisée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les familles qui en bénéficieraient le plus ne sont pas toujours identifiées ou identifiables par les dispositifs existants. De plus, elles peuvent éprouver des réticences à participer aux actions et dispositifs mis en place, parce qu'ils ne sont pas nécessairement adaptés à leurs préoccupations quotidiennes, qu'ils ne sont pas ressentis comme un besoin, ou encore qu'ils peuvent être vécus comme jugeants ou stigmatisants.

Les dispositifs de soutien à la parentalité peuvent prendre de nombreuses formes et cette diversité d'actions permet à chaque famille de trouver un modèle qui lui convienne et qui concerne des problèmes qui la préoccupe, parfois très spécifiques. Sans cela, il est probable que certains publics soient exclus de fait des dispositifs, quand bien même ils en auraient besoin, accroissant ainsi les inégalités sociales de santé. Certaines formes d'accompagnement de la parentalité sont ainsi plus pertinentes dans certaines zones urbaines ou certaines communautés et pourront limiter les freins à la participation.

Un aperçu de la diversité de ces dispositifs est présenté dans l'ouvrage « Santé et Parentalité », publié en 2013 par le RfVS (disponible gratuitement sur www.villes-sante.com).



Dans le même objectif de ne pas exclure certaines familles des dispositifs d'accompagnement de la parentalité, il convient de garantir l'accès à tous,

mais de favoriser une proximité plus forte pour les populations plus défavorisées, qui, pour rappel, présentent un périmètre de vie et d'activité réduit par rapport aux groupes plus aisés (cf introduction du chapitre III – p.28). Pour cela, les municipalités peuvent orienter le développement des actions, qu'elles soient gérées en régie ou portées par d'autres acteurs locaux. La Ville de **Bordeaux** a par exemple choisi d'investir dès la petite enfance, considérant que les inégalités sociales de santé se développent avant la maternelle. La politique d'accompagnement à la parentalité et de prévention précoce de la Direction de la Petite Enfance et des Familles intègre une logique de cohérence territoriale et de proximité, dans une volonté de ne pas stigmatiser (cf. présentation ci-contre).

Aller davantage vers ceux qui en ont besoin

Malheureusement, l'existence de dispositifs de proximité n'est pas suffisante en soi. Il est notamment fréquent que les familles ne se sentent pas légitimes à solliciter ces services. Plusieurs Villes-Santé ont ainsi développé une stratégie du « aller vers » les familles défavorisées, ainsi que des actions adaptées à des situations très spécifiques. Les actions ainsi menées sont attentives à ne pas porter de jugement, notamment dans leur appellation, voire à mettre en avant un aspect ludique et/ou chaleureux dans un premier temps.

À Marseille

Afin d'accompagner les enfants nés en milieu carcéral à Marseille, une convention est signée depuis 2002 entre PMI, maison d'arrêt des Baumettes et Ville de Marseille. L'objectif est de permettre un accueil de jour des enfants hors du milieu carcéral, tout en étayant la parentalité de la mère. L'accueil est organisé en lien avec la mère lors d'un entretien au parloir avec la directrice de la crèche concernée (la Beume, Beau Vallon ou Pointe rouge). Par la suite un carnet de liaison est mis en place pour présenter les progrès de l'enfant, ses activités journalières et permettre à

À Saint-Joseph de La Réunion

Afin de soutenir la parentalité des familles de la commune, la Ville de Saint-Joseph de La Réunion a mis en œuvre, au travers de ses micro-crèches municipales, un ensemble d'actions. Celles-ci comprennent notamment des contes, ateliers créatifs, la co-construction d'une bande dessinée avec une dessinatrice. Ces différentes activités se veulent diversifiées, mais aussi ancrées dans le contexte local, de la ville et de l'île de La Réunion : population jeune (30% < 20 ans), fort taux de chômage (37%), caractère rural de la commune.

la mère d'y écrire ses remarques et questions, qui pourront y trouver une réponse. Les trajets avec l'enfant sont assurés par un travailleur social.



Toujours dans l'objectif de rendre accessible ces accompagnements à toutes les familles, il est possible de s'appuyer sur les structures d'accueil des enfants (EAJE, dispositifs péri-scolaires, ...).

Ces structures peuvent elle-même développer des actions, s'adaptant ainsi aux publics accueillis, mais aussi orienter vers les dispositifs existants qui seront les plus adaptés aux besoins des familles. Cela demande dans le même temps de porter une attention particulière à la façon dont les familles trouvent leur place dans ces lieux d'accueil destinés aux enfants. Des actions en faveur de l'ouverture aux parents peuvent ainsi être menées telles que les écoles ouvertes, les activités associant parents et enfants dans les lieux d'accueil, ou encore les événements particuliers s'appuyant sur les structures d'accueil. Cela nécessite également que les professionnels soient accompagnés dans l'accueil des familles (formations, temps d'échange ou de supervision, etc.).

Accompagner le plus tôt possible

Pour permettre un soutien à la parentalité efficace, il est important de **permettre aux familles de trouver les ressources adéquates le plus tôt possible, dès les premiers temps de la vie de l'enfant, ainsi que pendant la grossesse**. Pour cela, différents dispositifs peuvent être imaginés : mise à disposition d'informations pour les villes disposant d'une maternité, auprès des sages-femmes libérales, de la CPAM, etc. Certaines municipalités ont également choisi d'informer les familles au moment de l'inscription à l'État civil du nouveau-né, ce qui a l'avantage de permettre de toucher l'ensemble des familles.



© Olivier Grimaud

À Bourg-en-Bresse

L'équipe d'une crèche de Bourg-en-Bresse a développé des ateliers réalisés le matin avec les enfants accueillis, en lien avec leur rythme, et destinés à être poursuivis au domicile avec les parents. Pour faciliter une adaptation aux contraintes des différentes familles, les activités avec les parents ne sont pas proposées au moment où les parents cherchent leurs enfants. La finalité de ces activités est de donner une opportunité de renforcement du lien parent-enfant et de mise en avant des capacités des enfants, tout en faisant du lien entre l'établissement d'accueil et les familles.

À Mulhouse

Afin de s'adapter aux besoins particulier des familles et de les accompagner le plus tôt possible, la Ville de Mulhouse a fait le choix de développer la « Pause des parents ». Cette action propose, dans les 8 quartiers prioritaires de la Ville, des temps d'échanges ouverts aux actuels et futurs parents, accompagnés par des travailleurs sociaux du quartier. Les contenus de ces temps sont définis d'une rencontre à l'autre par le groupe et laissent une place importante à l'échange entre pairs. Chaque groupe est unique dans son organisation et ses contenus. À ce jour, près d'une centaine de rencontres annuelles sont organisées au bénéfice de près de 700 parents.

À Besançon

Soutenir la parentalité via les équipements d'accueil de la petite enfance

Afin de participer à la réduction des inégalités sociales de santé, la Ville de Besançon a souhaité développer des espaces de dialogue de proximité permettant la rencontre avec des professionnels (pédiatre, psychologue), des premières réponses, et une orientation vers l'interlocuteur adéquat (médecin PMI...). Pour cela, des actions d'accompagnement à la parentalité auprès des familles ont été mises en place dans les lieux qu'elles fréquentent prioritairement dans la petite enfance : la crèche et l'école.

Au sein des crèches, différents dispositifs complémentaires sont proposés.

Le Café des Parents, est un temps de rencontre et d'accueil des parents au sein de l'institution, réalisé par la directrice de la crèche en présence de la psychologue, et du pédiatre s'il est disponible. La parole y est libre, il n'y a pas de thématique précise.

Des ateliers à médiation artistique, se déclinent sous différentes formes : Atelier à médiation musicale, culinaire, arts plastiques, etc... et permettent de co-construire, avec les professionnels et les familles, des espaces d'échange, de rencontre et de débat.

Des ateliers structurés et animés par un professionnel autour d'une thématique (le sommeil, les écrans, la séparation, etc...).

Des sorties culturelles de quartier avec les parents, permettent de favoriser l'accès aux différents lieux culturels du quartier : ludothèque, médiathèque, MJC, etc... pour contribuer à vaincre des réticences et méconnaissances.

Au sein des classes maternelles de toute petite section (scolarisation à 2 ans), des ateliers de soutien à la parentalité ont été instaurés dans les quartiers en REP (Réseau d'Éducation Prioritaire) avec pour objectif de réduire voire prévenir le clivage entre deux environnements : l'environnement familial d'une part, avec son bain de langue, ses codes et représentations ; et l'environnement scolaire d'autre part obéissant à d'autres codes institutionnels. Accueillir les parents avec les

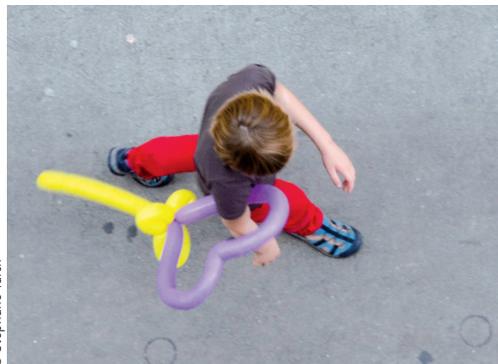
enfants au sein de la classe permet de tisser des liens et construire des passerelles entre ces deux univers. Ceci permet ainsi de construire un dispositif favorable à la reconnaissance de l'altérité, permettant aux bénéficiaires de se sentir accueillis, reconnus socialement et de soutenir leur conscience d'avoir une place. Ces ateliers sont animés par une psychologue en présence de l'enseignant de la classe.



Ces actions sont pilotées par la Ville de Besançon, en étroite relation avec l'Éducation nationale (Inspecteur de circonscription, directeurs d'écoles et enseignants concernés) et l'opérateur associatif (psychologue). Un appui de la PMI existe en termes d'orientation des enfants pour bénéficier d'une scolarisation à 2 ans. Le financement de l'action est assuré par la CAF, la Ville, le Contrat de Ville (État et Agglomération), le Département et l'Éducation Nationale via l'affectation de remplaçants afin que l'enseignant soit présent lors des ateliers.

À Bordeaux

Les actions développées en direction des enfants et familles par la Ville de Bordeaux



© Stéphane Vaïch

Le service « Familles et Parentalités » de la Ville de Bordeaux a pour objectifs de promouvoir les actions d'accompagnement et de soutien à la parentalité en direction de toutes les familles. Dans ce cadre, l'un des objectifs est de favoriser le lien social, la solidarité, et d'assurer une politique territorialisée au plus près des besoins des familles. La Ville a mis en œuvre des actions de soutien à la parentalité d'une grande variété et destinées à des publics parfois spécifiques : dispositifs destinés aux pères, aux familles lors des périodes péri-natales ou encore des lieux d'accueil anonymes. Celle-ci sont, par exemple :

Le « café des pères », est un groupe de paroles à destination des pères séparés ou en cours de séparation. Il permet un soutien et la promotion de leur implication dans la vie de leur(s) enfant(s), dans cette période de transition.

La « Parentèle » est un espace famille ouvert à tous, anonyme et gratuit. Lieu de rencontres, d'échanges, d'écoute, de paroles et de jeux.

Le LAEPP correspond à l'initiative que la ville a prise de développer une dimension « périnatalité » dans le cadre des LAEP de son territoire. Celui-ci comprend un volet destiné spécifiquement aux futurs parents et aux parents d'enfants âgés de 0 à 1 an pour travailler précocement sur la relation parent/enfant.

En parallèle des dispositifs gérés en régie, la ville soutient financièrement les initiatives locales, pertinente au niveau du territoire, pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Celles-ci permettent alors de renforcer l'offre en termes de soutien à la parentalité en proposant des dispositifs parfois atypiques et innovants, mais surtout particulièrement pertinents au regard des situations propres à certains quartiers ou certains publics dans la ville. Il est possible de citer, par exemple :

Le Centre Papillon, est un lieu d'écoute centré sur la santé et l'accompagnement à la parentalité et l'handiparentalité.

La Maison des Familles est un autre exemple. Il s'agit d'un accueil gratuit des familles en situation de vulnérabilité, avec ou sans enfant, pour rompre l'isolement au travers d'actions du quotidien. Promouvoir le vivre ensemble et l'ouverture sur le quartier de vie. Ce lieu a la particularité de proposer des actions co-construites par les familles elles-mêmes, avec le soutien de salariés.

Ainsi, par la diversité de dispositifs qu'elle gère ou soutien, la Ville de Bordeaux assure la diversité des actions proposées, ainsi que leur répartition équitable sur le territoire. L'ensemble de ces actions est également adossé à une politique plus large à destination des familles, qui prend en compte la question des inégalités sociales de santé : attribution de places en crèche sur critères sociaux, réservation de places pour l'accueil d'enfants orientés par le Conseil Départemental, accueil d'enfants afin de favoriser l'insertion professionnelle des parents (dispositif « Diapason ») et accueil d'urgence pour les familles connaissant une rupture de vie, notamment.

MODES D'ACCUEIL

Permettre à tous les enfants de bénéficier des modes d'accueil collectifs

Être accueilli en crèche présente des bénéfices pour les enfants issus de ménages défavorisés qui y ont pourtant moins recours. L'objectif premier est donc d'augmenter la part de ces familles parmi les enfants accueillis.

Pour cela, une première mesure est l'intégration de critères sociaux dans les systèmes d'attribution des places d'accueil gérés par la municipalité. C'est ce qu'ont fait de nombreuses municipalités, induisant rapidement une augmentation de la part de ces familles dans les dispositifs d'accueil. La CNAF a d'ailleurs mis en place des modalités d'incitation financière qui vont dans ce sens pour inciter les municipalités à revoir leurs critères. Certaines municipalités rapportent que cette mesure peut parfois générer du mécontentement pour les familles bi-actives qui ne sont pas retenues, mais qui reste limité et ces mesures peuvent être accompagnées (information et orientation vers d'autres modes d'accueil). À titre d'exemple, les systèmes de « priorité sociale » mis en place par les Villes de **Grenoble** et **Rennes** sont présentés ci-après, ainsi que leurs effets.

Favoriser un **accueil collectif plutôt qu'individuel pour les enfants issus de milieux défavorisés**, est une autre mesure qui peut être promue. Ce sont ces modes d'accueil qui semblent présenter les bénéfices les plus importants pour les enfants issus de milieux défavorisés. Cette composante peut également être

prise en compte dans la stratégie d'attribution des places.

Inciter à des **prises en charge régulières de ces enfants** est également une condition pour qu'ils puissent en tirer des bénéfices suffisants. Cela correspond à ce qui a été appelé plus tôt « intensité de l'accueil ». En effet, pour des familles non bi-actives, l'accueil n'est souvent qu'une nécessité ponctuelle. Pour autant favoriser un accueil régulier, même s'il n'est pas à temps plein, peut permettre un réel bénéfice pour l'enfant tout en lui permettant de disposer de repères temporels (régularité de l'accueil).

L'offre d'accueil n'est pas toujours équitablement répartie sur les territoires et notamment dans les quartiers défavorisés. Permettre un **fléchage des investissements dans les zones moins dotées pour installer les nouvelles structures ou développer l'offre existante** est une réponse possible. La distance par rapport au lieu d'habitation et l'accessibilité en transport sont également des freins importants à l'utilisation de ces modes d'accueil. L'ajustement de l'offre de transports publics peut également réduire les barrières d'accès à l'offre d'accueil. Pour rappel, la problématique géographique d'accès à ces services est plus importante pour les groupes moins aisés.

Permettre un ajustement de l'offre aux situations et besoins particuliers

Les établissements d'accueil des jeunes enfants sont confrontés au défi de s'adapter à une multitude de situations très particulières. Ces particularités peuvent aussi bien être dues aux difficultés éprouvées par les enfants qu'aux contraintes que les

familles peuvent rencontrer. Par ailleurs, accueillir davantage d'enfants issus de milieux défavorisés demande à être en mesure de prendre en compte les désavantages et difficultés auxquels ils sont plus fréquemment confrontés dès le plus jeune âge.



Dans cet objectif, il est nécessaire, pour les structures, de pouvoir **s'ajuster à des besoins parfois spécifiques des familles**. De nombreuses Villes-Santé ont ainsi développé des dispositifs atypiques comme, par exemple, des places d'accueil pour les situations d'urgence identifiées par les services de PMI, une priorisation des places en crèche pour les demandeurs d'emploi en lien avec Pôle Emploi, un accueil personnalisé pour les enfants en situation de handicap, ou encore des dispositifs d'accueil d'enfants à des horaires atypiques.

À Lorient

La Ville de Lorient a constaté qu'aucune solution d'accueil ne pouvait être apportée à certaines familles. En réponse, la Ville, en lien avec la CAF, a développé un dispositif à horaires atypiques proposant une prise en charge à domicile des enfants de 0 à 12 ans dans un cadre exclusivement professionnel. Une priorité y est accordée aux parents seuls et aux familles à faibles ressources, dans une optique de facilitation de l'activité professionnelle. Les familles bénéficient d'une grille de tarification adaptée à leurs ressources (barème CNAF), pour un volume annuel de 3 000 heures.

Les crèches à Vocation d'Insertion Professionnelle (VIP) sont un autre exemple de ces dispositifs. Elles ont une double mission : accueillir en crèche les jeunes enfants (0-3 ans) de parents sans emploi et accompagner les parents bénéficiaires vers l'emploi

ou la formation. Dans ce cadre, un accompagnement est prévu par Pôle Emploi et/ou le Conseil Départemental. L'initiative est largement encouragée par la CNAF et différents ministères qui avaient fixé un objectif de 100 crèches VIP en 2016.

Accueillir des enfants avec davantage de difficultés demande également un **temps plus important de la part des professionnels** ainsi que des **compétences particulières**. L'enjeu est alors, de permettre de renforcer la prise en charge dans les équipements accueillant un public avec des besoins plus importants ou particuliers, dans un esprit d'un universalisme proportionné (cf. page 16). Pour cela, il est possible d'envisager un renforcement de l'encadrement dans ces structures, soit par une dotation en personnels supérieure à celle prévue dans la réglementation (augmentation du temps disponible pour les enfants), par la venue ponctuelle



d'autres corps professionnels tels que des psychomotricien.ne.s ou ergonomes (introduction de compétences spécifiques), ou encore par la mise en œuvre de formations continues et spécifiques au regard des besoins observés (extension des compétences professionnelles). La Ville de **Rennes** a par exemple fait le choix de proposer un dispositif d'accompagnement des enfants par des professionnels de santé, défini en fonction de leurs besoins spécifiques, et ce, de leurs 3 mois à leurs 4 ans (présentation du dispositif p. 40). Outre le renforcement de l'offre auprès d'enfants et familles

à besoins particuliers, ce type de dispositif peut permettre d'éviter une surcharge trop importante pour les professionnels et maintenir la qualité de l'accueil proposé. Sachant les contraintes pesant sur les collectivités, de telles dispositions peuvent être organisées dans un système de répartition des moyens au regard des besoins identifiés, dans le respect de obligations réglementaires (nombre et qualification des professionnels).

À Metz

Des solutions d'accueil personnalisées ont été développées à destination des enfants porteurs d'un handicap, afin de proposer une offre accessible à toutes les familles quels que soient leurs besoins. Un agent de puériculture spécialisé est chargé d'accompagner individuellement ces enfants. Il intervient dans les différents EAJE concernés sur la base d'une programmation qui tient compte de la présence de l'enfant et du projet d'accompagnement qui aura été convenu avec la famille, le médecin de crèche et la puéricultrice référente (aide au repas, proposition d'activités spécifiques, etc.).

Des interventions ont également été plus spécifiquement développées dans l'objectif de réduire les ISS chez les enfants accueillis en crèche. Celles-ci ont toutes en commun de proposer une attention plus particulière aux enfants en ayant le plus besoin (universalisme proportionné). Il est possible de citer les dispositifs « Parler Bambin » et « Brindami » qui ont été créés en particulier pour réduire les ISS, mais aussi les initiatives de communication gestuelle qui peuvent être utiles pour favoriser la communication avec certains enfants. La mise en œuvre de ces programmes a également permis une réassurance des professionnels dans leurs rôles et compétences. Des informations complémentaires sur ces dispositifs sont accessibles en ligne :

- Parler Bambin : www.parlerbambin.fr
- Brindami : www.cpeq.net/offre/programmes/brindami/

Enfin, la rédaction de certains documents obligatoires tels que le projet éducatif, pédagogique et social peut être l'occasion d'introduire une réflexion sur la question des inégalités sociales de santé. Celle-ci peut se faire en équipe permettant ainsi de partager les difficultés rencontrées, les méthodes mises en œuvre par chacun pour y répondre et de réfléchir à de nouvelles solutions. De plus, ces réflexions d'équipe peuvent faciliter une meilleure intégration des parents dans les structures, soutenir la qualité de l'accueil de tous les enfants, ainsi que faire remonter des besoins d'ajustement des offres d'accueil proposées.

À Grenoble & Rennes

Priorité sociale dans l'attribution des places en crèche

La priorité sociale pour l'attribution des places en crèches a été instaurée par de nombreuses collectivités en France. Celle-ci vise à permettre aux enfants qui bénéficieront le plus de cet accueil d'y accéder en priorité. Les Villes de Grenoble et Rennes ont ainsi défini un ensemble de critères pour attribuer leurs places en tenant compte de cette priorité.

À **Grenoble**, une priorité « absolue » est accordée aux enfants sur 3 niveaux :

Priorité 1 : parent ou enfant porteur d'un handicap ou d'une maladie chronique ; enfant en situation de prévention, adressé par les services sociaux ou de PMI ; enfant de parents mineurs.

Priorité 2 : enfant dont les parents présentent des ressources si faibles qu'une solution de garde alternative n'est pas envisageable (revenus < seuil de bas revenus).

Priorité 3 : enfant dont les parents bénéficient d'une convention CCAS/employeur ; présence d'un(e) frère/sœur présent durant 6 mois dans le même établissement ; naissances multiples.

À **Grenoble**, en 2017, 41 % des enfants accueillis en crèche étaient ainsi issus de familles à bas revenus (revenu annuel moyen : 6 166€). Pour donner un point de repère, en 2015, 33 % des enfants de moins de 3 ans de la Ville vivaient dans des familles sous le seuil de pauvreté.

Pour la Ville de **Rennes**, 40 % des enfants accueillis en crèches sont issus de familles à bas revenus. Une prise en charge a été accordée pour 40 à 70 % des familles demandeuses répondant à un critère de priorité.

À **Rennes**, une part de 40 % d'enfants issus de familles à bas revenus est prévue et une attribution prioritaire des places selon les critères suivants :

- Bas revenus
- Priorité médicale de l'enfant
- Appui dans le cadre de la protection de l'enfance
- Appui du CCAS pour la formation et l'entrée dans l'emploi dans le cadre d'un parcours VIP (place à Vocation d'Insertion Professionnelle)
- Parents étudiants
- Parents en situation de handicap ou maladie
- Naissances multiples

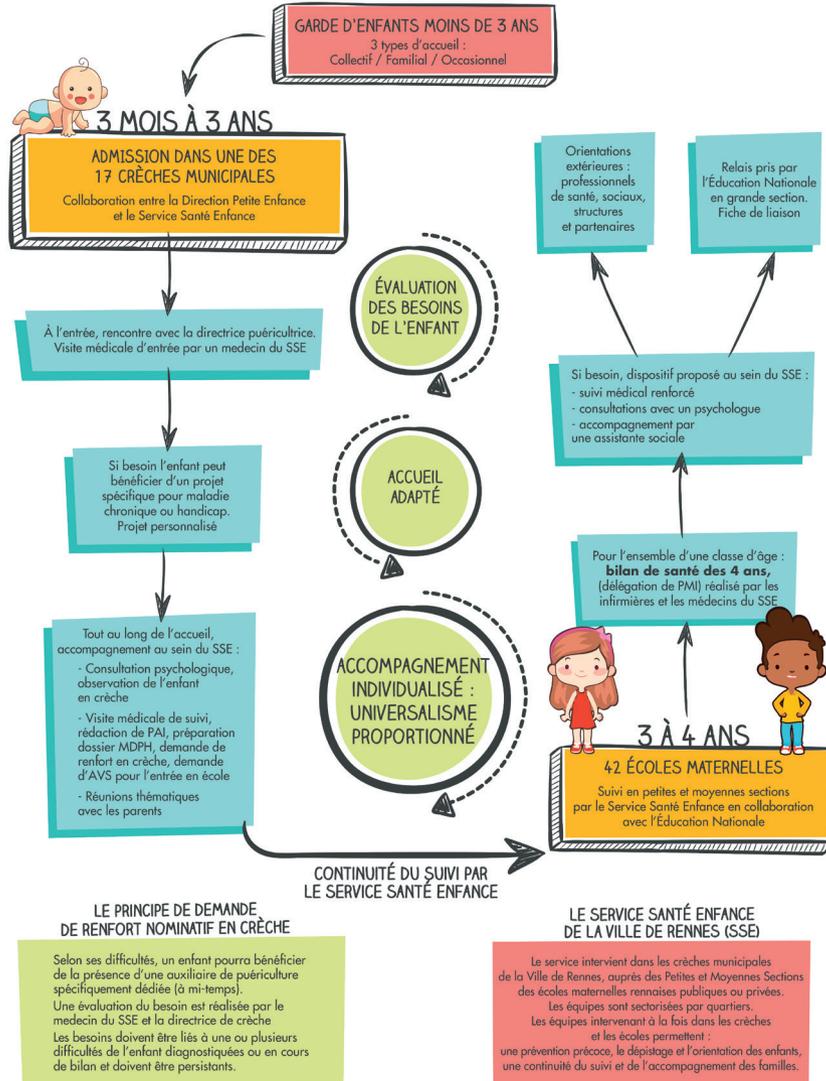
Ces deux collectivités accueillent donc une proportion d'enfants issus de familles à bas revenus similaire, même si des choix différents ont été faits concernant les modalités d'attribution :

- des critères accordants une priorité absolue, pour la Ville de Grenoble,
- des critères fléchant l'attribution des places, associée à un taux d'accueil de 40 % d'enfants issus de familles à bas revenus, pour la Ville de Rennes.

De plus, ces dispositifs sont accompagnés, pour les deux Villes, d'un système de guichet unique les rendant possibles, ainsi que de nombreuses initiatives destinées à accompagner les familles les plus fragiles.

VILLE DE RENNES ACCOMPAGNEMENT DE L'ENFANT

De 3 mois à 4 ans
De la crèche municipale à l'école maternelle



ÉCOLE ET DISPOSITIFS PÉRISCOLAIRES

Les différentes propositions faites dans cette partie concernent en particulier l'école et les dispositifs péri-scolaires. Pour autant, il ne faut pas négliger l'importance des dispositifs extra-scolaires qui ont un rôle important dans le quotidien et le

développement des enfants. L'offre et les conditions d'accès à ces activités peuvent notamment être influencées par différentes politiques municipales ou inter-communales.

Développer une action commune dans les écoles

La mise en lien des activités de l'Éducation Nationale et de la collectivité est un premier enjeu. En effet, étant données les intrications fortes entre ces deux institutions, celle-ci est gage d'une continuité éducative et d'une meilleure cohérence au bénéfice des enfants. Il s'agit là également d'une opportunité pour discuter des stratégies de lutte contre les ISS. Il est possible de s'appuyer notamment sur les **projets d'école ou de réussite éducative** (PRE), ainsi que sur une **formation commune des professionnels en charge des enfants** (Personnel enseignant, ATSEM et animateurs des périscolaires notamment). Ces formations peuvent notamment porter sur le développement des compétences psychosociales. L'OMS définit les compétences psychosociales comme étant « *la capacité d'une personne à répondre avec*

efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne » (OMS, 1994). Il s'agit de compétences centrales pour permettre aux enfants de se développer harmonieusement et garantir une meilleure santé à l'âge adulte. Certains travaux proposent que ce sont ces compétences qui vont conditionner en grande partie les conditions de vie à l'âge adulte (Heckman, 2007; Heckman, 2006). Une acquisition inéquitable de ces compétences explique en partie l'existence d'inégalités sociales de santé et est donc une cible d'action. Les professionnels exerçant au sein des écoles sont bien placés pour permettre d'accompagner le développement de ces compétences chez les enfants et les familles qui sont le plus en difficulté.

Accompagner l'entrée à l'école

Les temps de transition sont des moments de plus grande sensibilité, en particulier pour les personnes qui ne sont pas préparées ou outillées pour les gérer. Pour les enfants, l'entrée à l'école constitue l'un de ces temps critiques. Les enfants issus de milieux défavorisés montrent fréquemment davantage de difficultés dans le milieu scolaire (Brunner & Morin, 2017). Accompagner ce moment charnière pour ceux qui sont le plus susceptibles d'éprouver des difficultés est donc un enjeu fort pour permettre une entrée plus sereine à l'école et favoriser leur réussite scolaire.

La **mise en place de dispositifs passerelles** est un des leviers d'action. Ceux-ci permettent à l'enfant de se trouver en situation d'expérimenter la socialisation, l'autonomie, la séparation et de participer à des temps d'éveil, notamment autour du langage. Par ailleurs, ces moments sont particulièrement précieux pour associer les familles et installer une continuité entre les différents environnements fréquentés par les enfants. C'est par exemple ce qu'a choisi de mettre en place la Ville d'Angers en développant un ensemble de dispositifs passerelles (cf. p. 43).

Soutenir les activités favorables à la santé et accompagner la santé des enfants

La mise en œuvre d'actions, par exemple autour de l'alimentation et en faveur de l'activité physique peut également être un levier efficace. Néanmoins, pour agir efficacement sur la réduction des inégalités sociales de santé, l'enjeu est de pouvoir en faire profiter davantage les enfants qui en ont le plus besoin. Pour cela, les municipalités peuvent s'appuyer sur les indicateurs de santé observés dans les quartiers de la ville pour cibler l'implantation des dispositifs et leur niveau d'intensité (obésité infantile par exemple). Les villes disposant d'un service municipal de santé scolaire bénéficient de données sur la santé des élèves et sont en mesure d'ajuster leurs actions pour proportionner leurs activités aux besoins observés sur leur territoire. Les missions du Service Municipal de Santé Scolaire de la Ville de **Villeurbanne** sont présentées p. 44 et illustrent ce qui peut être réalisé par les municipalités qui assurent cette mission. Le Réseau français comprend plusieurs Villes-Santé qui ont choisi de conserver ces missions : **Bordeaux, Grenoble, Lyon, Nantes, Paris, Rennes, Strasbourg et Villeurbanne**.

Proposer d'autres modalités de participation peut également faciliter l'accès à des publics usuellement exclus à ces activités. On peut par exemple citer l'accès à la restauration scolaire, la mise en œuvre d'activités de proximité en accès libre (sans inscription préalable) encadrées par des professionnels, et l'existence de temps d'accueil périscolaires (TAP) avec gratuité ou tarif faible qui permettent aux enfants des milieux défavorisés de s'ouvrir à de nouvelles activités auxquels ils n'auraient pas eu accès. De nombreuses autres thématiques peuvent être abordées en profitant des temps scolaires et périscolaires, notamment autour de la gestion des écrans, le sommeil ou l'hygiène bucco-dentaire.

Faciliter l'accès à la restauration collective pour les enfants les plus vulnérables

Les enfants issus de milieux défavorisés mangent moins fréquemment à la cantine, qui présente pourtant des bénéfices en termes de socialisation et de lutte contre l'obésité. Pour favoriser l'accès à ce service, les collectivités locales peuvent proposer une **tarification dégressive, pouvant aller jusqu'à la gratuité** pour les familles les moins

À Bougenais, Angers et Grenoble

Des actions d'éducation à la santé bucco-dentaire sont menées par de nombreuses collectivités, dont Bougenais, qui propose une action intégrant un large panel de supports (vidéo, conte, explications didactiques et ateliers brosseage). Les Villes d'Angers et Grenoble y associent également les parents pour faciliter l'adoption de comportements favorables à la santé et ciblent tout particulièrement les écoles accueillant des enfants issus de milieux défavorisés (politique de la Ville notamment). La Ville de Grenoble, a observé, lors de sa campagne de dépistage 2015/16 que 40 % des 419 enfants de CP dépistés présentent au moins une carie non traitée, soulignant l'importance de ce type d'actions.



aisées (pour qui un reste à charge même modéré peut être une limite importante), mais aussi **proposer de façon systématique des repas complets sans viande, ni poisson** qui peuvent répondre aux préférences alimentaires de tous. Il est à noter que, ce type de dispositif est maintenant adopté par de nombreuses collectivités.

À Angers

Les dispositifs passerelles : accompagner les enfants et les parents vers l'école maternelle.

Dans l'objectif de préparer l'enfant et les parents à la première rentrée scolaire, la Ville d'Angers a mis en place un accompagnement des familles et des enfants les plus éloignés des dispositifs d'accueil collectifs.

Ces dispositifs « passerelles » présentent un intérêt particulier pour les enfants issus de milieux défavorisés, pour lesquels l'objectif est de lutter contre la constitution d'inégalités sociales (et notamment scolaires). Ils permettent notamment de détecter, avant l'entrée à l'école, certaines difficultés (troubles du comportement, de l'apprentissage) et d'y répondre de façon précoce. Ces actions permettent aux enfants issus d'un milieu fragilisé d'intégrer l'école beaucoup plus sereinement. Des ateliers sont également mis en place avec les parents pour permettre d'échanger entre eux et de se familiariser avec le fonctionnement de l'école.

Au sein de la Ville d'Angers, trois dispositifs ont été mis en place :

« **Projet Petit Poucet** » : au sein d'une cité éducative (école/bibliothèque/crèche), proposition d'ateliers pour les enfants avec leur(s) parent(s) qui vont être scolarisés l'année d'après. Quatre temps sont proposés : visite de l'école, atelier parents/enfants (échanges individuels), atelier sur des échanges thématiques et découverte des partenaires de l'école (RASED, médecin scolaire, restauration scolaire).

« **Classe passerelle** » : création d'une classe passerelle située dans une maison de quartier hors des locaux de l'école, sur un quartier prioritaire, pour des enfants de 2 ans. Les parents s'engagent en signant un contrat « Ma première classe ». Les enfants sont accueillis progressivement et les locaux sont organisés différemment de l'école afin de s'adapter à l'âge des enfants.



« **Crèche passerelle** » : ouverture d'une crèche passerelle au sein d'une école maternelle. Les enfants apprennent le « vivre ensemble », la concentration, l'écoute et l'autonomie. Dans le dernier trimestre, des immersions sont organisées dans la classe.

Ces trois passerelles sont portées en étroite collaboration par la Ville d'Angers et l'Éducation Nationale et financées par ces deux structures. Des réunions préparatoires ont été organisées entre les deux acteurs et la PMI pour la classe passerelle. Les partenaires comme les bibliothèques, les ludothèques ont été associés.

Différents effets positifs ont été rapportés : meilleure relation entre parents et professionnels de la Ville et des partenaires ; séparation avec les enfants facilitée ; acquisition des bases pour rentrer à l'école par la majorité des enfants ; entrée facilitée dans les apprentissages.

À Villeurbanne

Service Municipal de Santé Scolaire

La Ville de Villeurbanne, comme d'autres villes en France, assure, par délégation de l'Éducation nationale, les missions de santé scolaire sur son territoire.

Ces missions sont assurées par des médecins et infirmières, chacun selon leurs compétences propres. Les médecins sont chargés des visites médicales obligatoires ; de l'intégration de l'enfant handicapé et/ou porteur de maladie chronique ; de l'expertise technique auprès des membres de l'équipe éducative. Les infirmières ont pour mission, en lien avec les équipes éducatives, la prévention individuelle (dépistages) et collective (programmes promotion santé), le suivi des préconisations médicales et la contribution au repérage et à l'accompagnement des enfants en difficulté.

En lien avec le principe d'universalisme proportionné, le Service Municipal de Santé Scolaire de Villeurbanne intervient auprès de tous les enfants scolarisés, mais propose également une caractérisation des groupes scolaires qui permet d'adapter les actions à leurs besoins, tant dans la forme que prendra l'action, que dans son intensité. De plus, le positionnement municipal a le double avantage de permettre (a) la mise en place d'actions transversales avec d'autres services de la Ville et de nombreux partenaires sur le territoire, ainsi que (b) de favoriser une cohérence des actions au niveau du territoire.

Quelques exemples d'action du Service Municipal de Santé Scolaire de Villeurbanne :

Actions collectives de promotion de la santé comme le programme CP « Je prends soin de moi, je prends soin des autres » ou le programme CM « Bien avec soi, bien avec les autres », centrées sur le développement des compétences psychosociales et de l'empowerment des enfants.

Visite médicale, notamment de grande section proposée à toutes les familles avec un taux de participation de près de 96 %.

Accompagnement des familles dans l'application des préconisations (consultations médicales et paramédicales, consultations d'accès au droit, etc.).

Prévention et suivi du surpoids et de l'obésité.

Dépistage bucco-dentaire dans certaines écoles avec un dentiste bénévole en CM1.

Développement en cours d'études d'impact en santé et de projets de recherche interventionnelle en promotion de la santé avec l'Université.

4

MILIEUX DE VIE : Des leviers pour agir

L'objectif de cette partie est de traiter de stratégies visant les milieux de vie. Sans se vouloir exhaustive, ce qui serait illusoire au regard de la diversité des missions assurées par les collectivités locales, plusieurs leviers seront évoqués. Ceux-ci correspondent à des moyens de ne pas accroître, voire de réduire les ISS dès l'enfance, au travers de politiques publiques qui ne relèvent pas (directement) de la santé. Les sous-parties proposent un détail de différents leviers d'action possibles (pollution, logement, espaces verts, urbanisme, transports), accompagnés d'exemples d'actions concrètes menées par les Villes-Santé françaises. Préalablement, une introduction présente différents éléments plus théoriques justifiant l'intérêt de ces leviers pour réduire les inégalités sociales de santé.

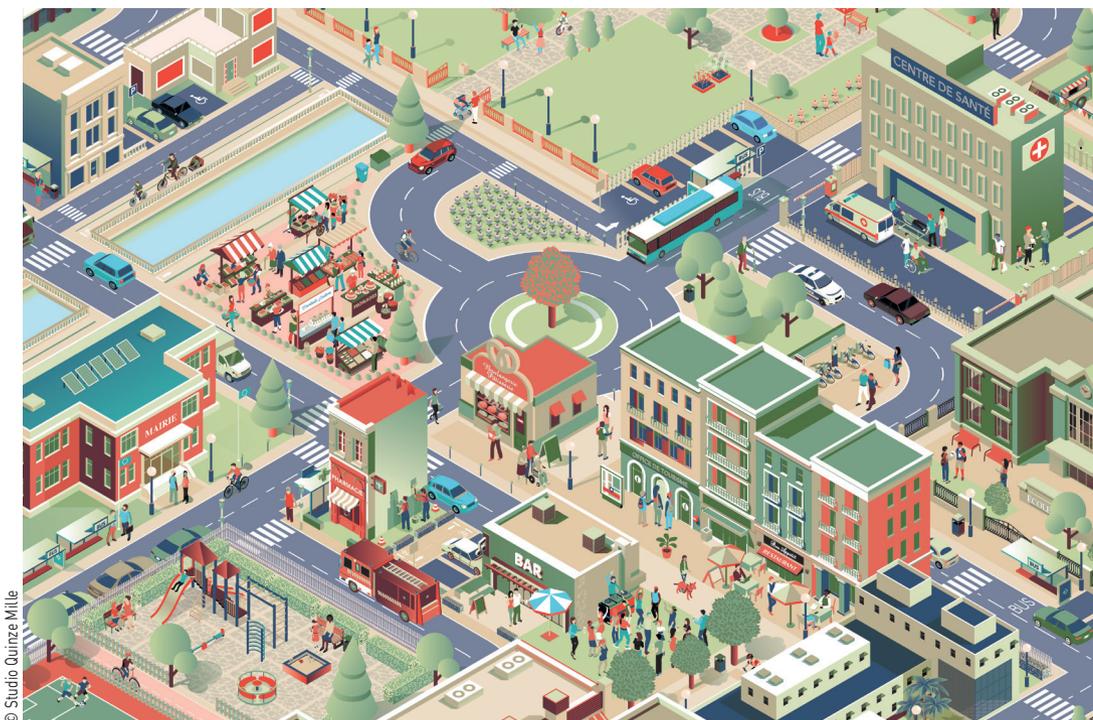
Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé peut niveler efficacement un grand nombre d'inégalités. Selon la stratégie « Santé 2020 » de l'OMS, la prise de mesures efficaces exige l'instauration d'un environnement politique qui permet le franchissement des frontières sectorielles et la mise en place de programmes intégrés (OMS, 2012).

Les collectivités territoriales, et en particulier les Villes, jouent un rôle clef du fait de la diversité des missions qu'elles assurent et peuvent promouvoir. Par exemple, en luttant contre l'insalubrité des logements, en proposant des pistes cyclables, en développant les espaces verts, en soutenant les activités culturelles, elles promeuvent une meilleure santé de leurs habitants. C'est ce qui est entendu ici par « milieu de vie » et qui peut être approché en pratique par une prise en compte de la « santé dans toutes les politiques ». Ceci est d'ailleurs un objectif pour le mouvement européen des Villes-Santé de l'OMS qui souligne que



© Claudine Vergain

« les maires (...) ont le pouvoir d'améliorer la santé et le bien-être en adoptant une conception large de la santé qui s'adresse à toutes les politiques » (OMS, 2015). En France, la prise en compte de la santé dans toutes les politiques constitue aussi un axe fort de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 qui a été co-signée par le premier ministre et 19 ministres et secrétaires d'Etat (MSS, 2018).



© Studio Quinze Mille

De nombreuses initiatives des villes témoignent qu'il est possible et efficient de prendre en compte l'objectif d'amélioration de la santé de la population dans les différentes politiques publiques. En évoquant les Inégalités Sociales de Santé (ISS), cet enjeu devient encore plus fort puisque, outre l'amélioration globale de la santé de la population, il vise à lutter, par une approche proportionnée, contre les écarts de santé existants entre les différents groupes sociaux qui la composent. Les ISS sont issues d'un ensemble de facteurs et seule une politique publique globale et structurante permettra d'œuvrer efficacement à leur réduction. Au même titre qu'une politique publique peut permettre la réduction des inégalités sociales de santé, elle peut aussi les accroître, en reléguant les populations les plus défavorisées vers des quartiers où les loyers sont moins chers, mais où l'habitat et le cadre de vie sont dégradés. Il s'agit là d'un enjeu majeur, car il fonde le niveau de santé que les habitants sont susceptibles d'atteindre.

La qualité de l'air est une source de nuisance importante et a un retentissement majeur sur la santé des individus. Pour rappel, on estime que la pollution de l'air est responsable de 48 000 décès prématurés chaque année en France⁸ (SPF, 2016). En toute logique, il s'agit d'un sujet de préoccupation pour l'État comme pour les collectivités locales, d'autant plus que les populations défavorisées sont généralement plus exposées aux émissions de polluants liées au trafic et à l'industrie. De plus, à exposition égale, l'impact sur la santé est plus important pour les populations issues des milieux sociaux défavorisés (Deguen & Zmirou-Navier, 2010). En l'occurrence, l'asthme est la pathologie chronique la plus fréquente chez les enfants (11 % des enfants de 6 à 7 ans) et sa prévalence a augmenté ces dernières années (Delmas et al., 2017). Tout ce que les villes pourront faire pour améliorer la qualité de l'air sera donc au bénéfice des plus jeunes. À ces pollutions atmosphériques, il faut également ajouter les problèmes liés au bruit, dont la prévalence est plus importante dans les logements des personnes dont les revenus sont inférieurs à 60% du revenu médian.

⁸ A titre de comparaison, les deux premières causes, le tabac et l'alcool, représentent respectivement 73 000 et 49 000 décès prématurés chaque année en France.

Le logement en lui-même est un point particulièrement sensible. Grandir dans un logement dégradé est un facteur de mauvaise santé présente et future et touche plus fréquemment les foyers défavorisés. De même, dans tous les pays européens, la perception de revenus faibles est associée à des toilettes, bains ou douches sur-occupés. Ce manque de commodités s'accompagne souvent de problématiques d'humidité, de confinement ou de manque de lumière qui sont facteurs de risque de nombreuses pathologies (RfVS, 2011). L'emploi d'équipements de chauffage auxiliaires type braséro est plus fréquemment retrouvé dans des logements de mauvaise qualité, loués par des ménages défavorisés. Ceux-ci présentent parallèlement une moins bonne information sur les risques associés comme le risque d'intoxication au monoxyde de carbone, ce qui en fait des groupes plus exposés (Verrier & Ménard, 2015). Un accompagnement plus important de ces groupes est ainsi souhaitable, qu'il s'agisse de rénovation énergétique du logement ou de développement de stratégies de chauffage présentant moins de risques.

Les choix en matière de transport vont également avoir un impact sur les habitudes de vie des habitants en facilitant, ou au contraire limitant, l'adoption de comportements favorables à la santé. La sédentarité, par exemple, aggrave le risque des maladies chroniques (cancer, maladies cardio-vasculaires, diabète...). Le développement des mobilités actives (marche, vélo) et des transports en commun permet de favoriser la santé en augmentant l'activité physique au quotidien. Concernant les enfants en particulier, l'OMS recommande au moins 60 minutes d'activité physique modérée par jour (RfVS, 2013). La proportion d'enfants atteignant ce niveau dans les milieux défavorisés est nettement moins importante que dans les autres milieux, avec un impact direct sur le taux d'obésité infantile. Ainsi, à 6 ans, 5,8 % des enfants d'ouvriers sont obèses, soit 4 fois plus que pour les enfants de cadres supérieurs, et cet écart se retrouve tout au long de la scolarité (Chardon et al., 2015).

La configuration urbaine de l'espace public participe également au bien-être des habitants et, en cela, influence leur santé. Au XIX^e siècle, les professionnels de santé ont eu une grande influence sur la conception des villes, par la largeur des rues, les espaces verts et les types de logements. Ensuite, les voitures ont été mises au centre des aménagements (Levy, 2012). Créé

à partir des années 2000, le concept d'urbanisme favorable à la santé (UFS), appuyé par le Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS, repose sur des choix d'aménagement et d'urbanisme qui promeuvent la santé physique, le bien-être psychique et le lien social, particulièrement importants pour la santé (Barton & Tsourou, 2000; RfVS, 2016).

Les éléments qui favorisent le bien-être des habitants d'un quartier ne sont pas toujours faciles à définir, car la qualité de vie est plurielle. Certaines personnes apprécient l'animation d'une place publique, alors que d'autres aspirent au calme d'un jardin aménagé pour la contemplation. C'est dans l'espace public que se déploie la mixité sociale, ainsi son aménagement reflète l'attention que l'on porte aux usagers les plus fragiles. La présence des enfants dans l'espace public est d'ailleurs proposée comme un indicateur de la qualité d'une ville et est un enjeu auquel les politiques publiques doivent répondre (Weil, 2015). En France, ces ambitions sont soutenues par un programme d'ampleur colossale qui concerne 4 millions d'habitants dans près de 600 quartiers, de 2003 à 2020. L'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU) est l'opérateur des politiques de l'État et accompagne principalement les collectivités territoriales pour définir et mettre en œuvre des projets de renouvellement urbain dans les quartiers prioritaires de la politique de la Ville.

Les loisirs sont importants, et les espaces de jeux sont par essence favorables à la santé. Le plus souvent, ils sont pensés pour les enfants, mais les espaces pour les adultes deviennent de plus en plus fréquents (Milvoy & Roue-Le Gall, 2015). Le défi est de créer des aménagements de qualité convenant à des publics variés. La conception de ces espaces nécessite de mettre en œuvre une démarche particulière, qui réunit l'ensemble de la chaîne d'acteurs, y compris les futurs usagers.

Parmi les aménagements urbains, il est possible d'évoquer le rôle des espaces verts, dont de nombreuses études rappellent les bénéfices possibles pour la santé des populations (réduction du stress, pratiques sportives, interactions sociales, lutte contre les îlots de chaleur par exemple) (OMS, 2016). Des modèles représentant leur relation avec la santé ont été proposés, qui illustrent bien comment un espace public peut avoir un impact direct et indirect sur la santé des habitants (Figure 8).

Modèles conceptuel des liens entre espaces verts et santé

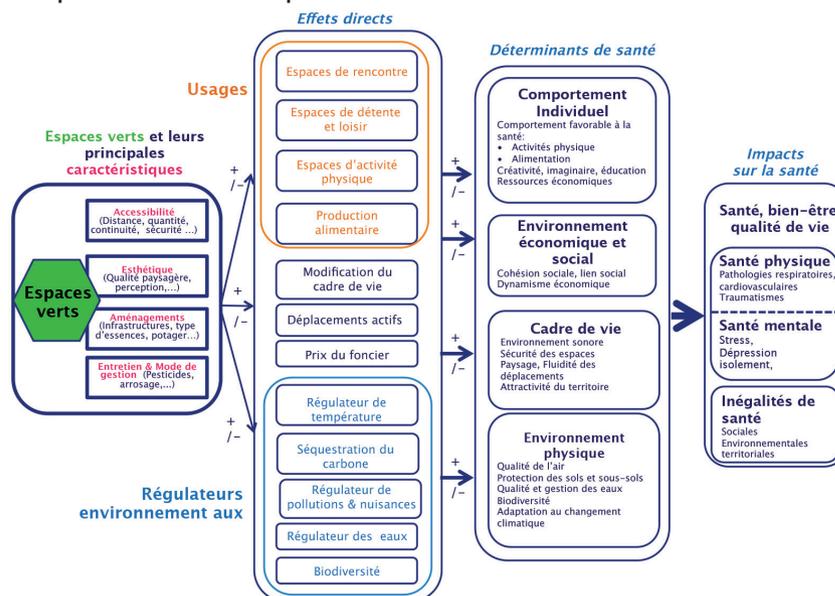


Figure 8 : Modèle conceptuel des liens entre espaces verts et santé (Crédit : Roué-Le Gall. 2015, publié dans la revue La Santé en Action n°434)

Pour qu'un bénéfice existe pour tous les individus, sans accroître les inégalités sociales de santé, il est nécessaire de faire en sorte que les espaces verts soient disponibles et accessibles, surtout aux populations vivant dans les plus petits logements et sans accès à un jardin privé. Les fonctions assurées par un même espace vert vont être plus ou moins diversifiées et elles vont varier d'un espace vert à l'autre. Par exemple, un petit square avec des jeux d'enfants pourra permettre une réduction du stress ou favoriser des interactions sociales, mais ne permettra pas d'exercice physique pour les adultes ou participera peu à la lutte contre les îlots de chaleur. Une longue pelouse bordée de platanes entre deux voies de circulation pourra permettre l'activité physique (course à pied, jeux de ballon, etc ...) mais présentera des risques allergènes (émission de pollens), une exposition aux polluants issus des gaz d'échappement, et sera moins propice aux interactions sociales (peu d'intérêt à rester dans l'espace). Ainsi, ces différentes fonctions bénéfiques pour la santé, même si elles sont toutes retrouvées à travers une zone urbaine, pourront être inégalement réparties. Par exemple, un quartier, même s'il dispose de nombreux espaces verts, n'en présentera pas forcément un qui soit assez vaste pour permettre la course à pied, avec une végétation assez dense pour permettre une protection contre le bruit ou adéquatement équipé pour accueillir

des enfants. L'accessibilité du lieu et son appropriation vont également être centrales pour que ses fonctions bénéficient à la population. Par exemple, sa proximité au lieu d'habitation va conditionner son utilisation, tout comme son accessibilité aux personnes en situation de handicap ou aux poussettes. L'existence de certaines règles peut également limiter les usages pour certains groupes sociaux (horaires d'ouverture, interdiction des ballons, des vélos, du tabac, des animaux, de la nourriture, etc ...), de même qu'une trop forte occupation de l'espace par des équipements ciblant des publics très spécifiques jusqu'à en faire un lieu monofonctionnel. Enfin, la surface par habitant peut largement varier d'un quartier à l'autre, en lien avec la densité de l'habitat (collectif ou individuel) et surface totale des espaces verts accessibles. Des analyses préliminaires du projet GREENH-City montrent que, dans les quelques villes déjà analysées, les ménages avec les revenus les moins importants de la Ville disposent d'une surface d'espaces verts par habitant inférieure aux plus aisés (Faure et al., 2018).

La disponibilité d'espaces verts de surface et qualité équivalentes est donc un enjeu de planification urbaine qui a un retentissement sur l'équité en santé dans les zones urbaines. Il en va de même pour les autres projets d'aménagement qui peuvent être abordés de la même façon.

POLLUTIONS SONORES ET ATMOSPHÉRIQUES

Au niveau des territoires, différents outils sont disponibles et permettent d'évaluer les densités de trafic et les problèmes de pollutions sonores et atmosphériques qui y sont associés. On peut par exemple citer les cartes d'exposition des habitations au bruit, émises par la préfecture dans le cadre du PPBE (Plan de Prévention du Bruit dans l'Environnement). Différentes collectivités disposent également d'un réseau de mesures des polluants, réalisées en régie ou par des associations spécialisées regroupées dans la fédération ATMO,

ainsi que des résultats de comptage de voitures, mis en place sur les différents axes de circulation. Le SIG (système d'information géographique) permet un regroupement et une mise à disposition facile de ces informations au sein de la collectivité. Ces différentes informations permettent d'identifier des points sensibles sur lesquels agir en priorité et notamment en les comparant aux zones fréquentées par des enfants (crèches, écoles, périscolaires, aires de jeux, quartiers d'habitations préférentiellement peuplés par des familles avec enfants).

Limitier les niveaux d'émission

Il est alors possible de proposer des mesures de réduction des expositions en réduisant les sources de nuisances. Pour cela, il est possible, par exemple, de

réduire le trafic dans les zones particulièrement touchées du fait d'un enclavement (rue étroite piégeant les polluants et le bruit) ou d'une forte fréquentation.

Mieux protéger les enfants dans les lieux publics

Une autre solution consiste à mieux protéger les publics fragiles. Pour cela, il est possible de prévoir lors des constructions et rénovations de bâtiments municipaux, la prise en compte de la densité du trafic proche par un renforcement de l'isolation phonique et des dispositifs de renouvellement de l'air plus performants (ventilation mécanique). La Ville de Bourg-en-Bresse a par exemple mis en œuvre une démarche globale de diagnostic et d'intervention associant différents services municipaux pour réduire les expositions dans les zones les plus exposées dans le cadre du Plan de Prévention du Bruit dans l'Environnement (présentation de l'action en page 51).

L'école, en tant qu'environnement physique peut avoir des effets directs sur la santé des enfants. Le bruit, le confort thermique, la qualité de l'air ou la qualité des éclairages vont impacter directement leur fatigue, leur stress et leur concentration. Les municipalités peuvent agir, par exemple, sur la qualité de l'air intérieur

en éliminant/remplaçant les matériaux émissifs ou améliorant les dispositifs de renouvellement de l'air ; favoriser le confort des locaux en améliorant l'isolation phonique et thermique.

À La Rochelle

La Ville de La Rochelle a choisi d'accompagner l'expérimentation de la démarche « écolo-crèche », débutée en 2015. Cette approche, créée avec différents partenaires (ADEME, CNAF, Fondation Nicolas Hulot, Fédération des crèches...), intègre notamment une attention particulière pour l'environnement physique des enfants (qualité de l'air, nature des produits d'entretien par exemple). Cette démarche associant l'équipe de la crèche et les parents a montré des résultats très positifs dans une évaluation récente. En conséquence, la Ville souhaite étendre progressivement cette démarche aux crèches municipales.

Concernant les établissements recevant un public de jeunes enfants, une réglementation est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018 qui oblige à l'évaluation de la qualité de l'air dans les locaux et la mise en œuvre, si nécessaire, d'actions correctives. Cette réglementation doit permettre de disposer d'une évaluation précise de la qualité de l'air dans les différents lieux accueillant des enfants et d'établir des priorités en termes d'investissements. Des informations plus détaillées sur la teneur de la réglementation, les différentes stratégies envisageables, ainsi que les avantages et limites de ces choix sont disponibles dans le rapport « *Accompagnement à l'entrée en vigueur de la surveillance de la Qualité de l'Air Intérieur dans les ERP recevant des enfants : Retours d'expériences de Villes-Santé* » [Disponible sur www.villes-sante.com – Onglet thématique « Qualité de l'air »].



À Besançon, Marseille et Lyon

La mise en œuvre de la surveillance de la qualité de l'air intérieur pouvant être réalisée par différents moyens, chaque ville a pu réaliser des choix différents. La Ville de Besançon a ainsi choisi de missionner ATMO Franche-Comté pour accompagner la Direction de la Petite Enfance et de l'Éducation dans la réalisation d'un autodiagnostic associé à un plan d'action. Un choix similaire a été réalisé par la Ville de Marseille qui a missionné AIR PACA, mais y a adossé un plan de prévention associant différentes directions et poursuit en régie la réalisation d'autodiagnostic. La Ville de Lyon a fait le choix de réaliser des campagnes de mesure via un prestataire accrédité COFRAC, souhaitant profiter de cette stratégie d'état des lieux comme d'un levier dans le dialogue avec les services techniques. Chacune de ces stratégies présente des avantages et inconvénients qui sont synthétisés dans le guide du RfVS.

À Bourg-en-Bresse

Réduction de l'exposition des enfants au bruit et à la pollution atmosphérique

La Ville de Bourg-en-Bresse porte depuis plusieurs années une attention particulière à l'exposition des enfants aux pollutions (air-bruit), notamment liées au trafic automobile. Pour permettre une action concertée des différentes parties prenantes (aménagement urbain et déplacements notamment), une sensibilisation aux problématiques sanitaires liées au bruit et à la pollution atmosphérique des autres services a été réalisée. Afin de faciliter une action concertée, les différentes données disponibles dans chaque service ont été mutualisées, via le SIG (Service d'Information Géographique) de la Ville. Celles-ci comprenaient notamment les cartes stratégiques du bruit élaborées dans le cadre des PPBE (Plans de Prévention du Bruit dans l'Environnement), les cartes de qualité de l'air et les comptages routiers.

Un **diagnostic** a été réalisé lors de l'étude des déplacements en 2014/15, qui a intégré les enjeux sanitaires. Grâce à la diversité des données disponibles, différents « points noirs » ont pu être identifiés et notamment une rue enclavée, avec, en bordure immédiate des voies de circulation, de nombreux logements vétustes et peu isolés, ainsi qu'une école primaire. En l'occurrence, les logements les plus exposés étaient également les plus vétustes, souvent occupés par des familles en situation de précarité sociale, dont les parents cumulent parfois une double exposition domicile-travail.

Deux actions ont été mises en œuvre au regard de ce constat. Il a été choisi de réduire le trafic dans cette rue, en passant de 2 voies de circulation à 1 seule, avec une voie de bus en site propre. Dans un autre site, l'action sur le trafic était impossible à court terme. Le plan de rénovation énergétique du groupe scolaire a donc été adapté pour améliorer l'isolation des fenêtres et intégrer un système de VMC afin de permettre un meilleur renouvellement de l'air intérieur dans un contexte où les fenêtres ne pouvaient pas être ouvertes.

L'évaluation du résultat de ces choix s'est montrée très positive. La réduction du nombre de voies de circulation a notamment permis une diminution du trafic de plus de 50 % (11 000 véhicules/jour en 2011 vs 4 700/jour en 2018). L'exposition au bruit a également pu être réduite et est à présent en deçà de la limite exposant à un risque pour la santé (en 2014, 266 personnes étaient exposées à un bruit dépassant 68db(A) la journée).

L'application des obligations réglementaires du PPBE a permis de renforcer les collaborations existantes entre les services municipaux en leur donnant un cadre de réflexion et d'intervention. Par ailleurs, la mutualisation instaurée au travers du SIG a permis de disposer d'une source de diagnostic partagé pour les différents services, facilitant les collaborations. En complément, le développement, en Auvergne-Rhône-Alpes, de la plateforme ORHANE (Observatoire Régional Harmonisé des Nuisances Environnementales) vient appuyer les travaux autour de ces questions en donnant accès à ces informations à une échelle régionale (www.orhane.fr).

QUALITÉ DU LOGEMENT

Soutenir l'accès à des logements de qualité pour les familles avec de jeunes enfants



© Olivier Grimaud

Les problèmes liés au logement peuvent être variés : humidité, isolation thermique, isolation phonique, confinement (et donc risque de mauvaise qualité de l'air). Ceux-ci peuvent être dus en partie à la qualité du bâti, mais aussi à des problématiques d'usage et de sur-occupation. Dans l'objectif d'améliorer l'efficacité énergétique, les logements peuvent souffrir d'un confinement excessif, induisant des problématiques de qualité de l'air, d'humidité, de moisissures, et de façon plus générale de dégradation accélérée. Pour permettre une amélioration de ces environnements intérieurs, un levier peut consister à **soutenir les travaux d'isolation et d'amélioration des dispositifs de chauffage pour les familles les plus démunies avec enfant**. Ceci peut être fait via les organismes HLM, fréquemment administrés par les collectivités locales, mais aussi via des aides ponctuelles développées par certaines municipalités

(en lien avec d'autres organismes, comme l'ANAH) pour soutenir la rénovation du parc privé. Pour les municipalités qui disposent d'un SCHS (Service Communal d'Hygiène et de Santé), elles peuvent s'appuyer sur ce dernier **pour identifier les zones les plus touchées et participer à la priorisation des logements à rénover**. C'est d'ailleurs l'une des propositions du rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) de 2011 « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance ». Ce même rapport propose également de **prendre en compte la présence de jeunes enfants dans le foyer comme critère d'attribution des logements sociaux**. L'idée est ici de favoriser l'accès des enfants issus de familles défavorisées à des logements de qualité suffisante.

Les collectivités locales peuvent également mettre en œuvre des stratégies de **repérage de l'habitat dégradé et indigne**. Pour cela, les villes qui en disposent peuvent s'appuyer sur les compétences de leurs SCHS, mais également sur les acteurs les plus proches des habitants et/ou intervenants à domicile (programme de réussite éducative notamment). La Ville d'Angers a ainsi mis son service communal d'hygiène et de santé en lien avec les autres acteurs du territoire pour améliorer le repérage de l'habitat indigne (cf. présentation de l'action p. 53). Ces identifications constituent, par ailleurs, un prérequis pour permettre une action municipale, notamment **via l'utilisation des pouvoirs de police du maire**.

À **Saint-Denis**, un projet de grande ampleur a également été mis en place pour proposer aux ménages vivant dans un logement indigne une solution transitoire d'hébergement en vue de la réalisation des travaux nécessaires ou la transition vers un nouveau logement (présentation de l'action p.54).

4

MIEUX DE VIE

Soutenir des usages plus sains dans les environnements intérieurs

Une autre mesure possible est d'accompagner les personnes dans la gestion de leur logement. Certains organismes peuvent proposer des formations. Il est aussi possible d'avoir recours à des conseillers en environnement intérieur (médicaux ou non) qui

peuvent soutenir l'amélioration du logement. Une nouvelle fois, les SCHS sont des structures particulièrement pertinentes pour accompagner les usagers de ces logements.

À Angers

Stratégie de repérage des logements dégradés et indignes

Dans l'objectif d'optimiser le repérage des logements dégradés sur le territoire angevin, la Ville a souhaité mieux coordonner les actions du SCHS avec la cellule habitat indigne du Conseil Départemental et la CAF.

Pour cela, la Ville d'Angers a signé, en 2016, un protocole d'accord avec les services de l'État (DDT49). Dans ce cadre, le SCHS de la Ville s'est engagé à

- procéder aux visites des logements signalés par les partenaires (CAF, CD49, ARS, etc.) ou directement par les occupants ;
- participer aux réunions départementales de la cellule habitat indigne ;
- compléter l'Observatoire de l'Habitat Indigne ORTHI sur son champ de compétences ;
- participer aux actions d'information et de sensibilisation des collectivités, des acteurs de terrain et de tout autre public potentiellement concerné par la thématique du logement indigne.

En parallèle, la Ville a également signé, en 2016, une convention de partenariat avec la CAF afin de mettre en place le système de conservation des allocations logements lorsque le SCHS identifie un logement indécemment sur le territoire de la Ville d'Angers. De plus, le SCHS de la Ville d'Angers collabore avec l'ARS et le Conseiller Médical en Environnement Intérieur (CMEI) pour réaliser conjointement des visites à domicile.

Au niveau du département, un protocole d'accord relatif au fonctionnement et à l'organisation de la lutte contre l'habitat indigne permet la mise en lien des différents acteurs concernés : Préfecture, Conseil Départemental, ARS, CAF, Procureur de la République, villes et agglomérations, ADIL du Maine et Loire, AMF 49, MSA et SIAO 49. La lutte contre l'habitat indigne est inscrite dans le 3^{ème} Plan régional Santé Environnement.

Toutes ces actions incitatives ou coercitives permettent d'obliger les propriétaires à rénover leur parc immobilier afin de diminuer le nombre de logements indignes, évitant par la même les inégalités sociales de santé en améliorant les conditions de vie des locataires, notamment les plus défavorisés. À Angers, ce sont 100 signalements qui ont été rapportés sur l'année 2017.

À Saint-Denis

Création d'une structure d'hébergement transitoire et d'insertion

La Ville de Saint-Denis a mis en place, en 2018, une structure d'hébergement transitoire permettant d'accueillir, notamment, les personnes en sortie d'habitat indigne. Ces situations peuvent correspondre, soit :

- à une sortie définitive du logement, du fait de désordres qui le rendent impropre à l'habitation (péril, insalubrité ou sur-occupation du fait du bailleur),
- à une sortie temporaire du logement, du fait de désordres qui le rendent impropre à l'habitation sur une période courte, dans la perspective de réintégrer leur logement en fin de travaux.

Cet accueil provisoire est proposé sous la forme d'un bail de 6 mois, renouvelable dans la limite de 18 mois. Le dispositif associe également un accompagnement socioprofessionnel, si le public le nécessite, réalisé par un travailleur social et un chargé d'insertion professionnelle.

Le suivi opérationnel du dispositif est assuré par un comité technique associant l'État, la Ville, le Conseil Départemental et le porteur associatif du projet. Ce dernier a notamment pour mission d'anticiper les relogements, d'acter les fins de contrat et de valider les nouvelles entrées dans la structure.

Sur les 29 logements disponibles dans la structure, 12 sont dédiés à l'accueil des ménages en sortie d'habitat indigne. Les 17 autres logements sont destinés à accueillir les ménages roms issus de la MOUS VOLTAIRE (Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale), personnes relevant de l'urgence sociale, avec un besoin d'hébergement temporaire, dans le cadre des mesures d'accompagnement, d'insertion et d'hébergement évoquées, notamment, dans la circulaire interministérielle du 26 août 2012, relative à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites.

Le financement de l'opération est assuré conjointement par l'État, notamment au travers de l'Aide au Logement Temporaire (ALT), la participation financière des ménages et de la Ville de Saint-Denis. Davantage d'informations sont disponibles sur le site internet du Réseau des Villes-Santé, sur la page dédiée à la Ville de Saint-Denis.

POLITIQUES DE TRANSPORT ET DÉPLACEMENTS

Le développement des mobilités actives et des transports en commun favorise les comportements favorables à la santé, notamment via une augmentation de l'activité physique.

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés par les collectivités, tout en intégrant l'objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé dès la petite enfance.

HEAT : un outil d'évaluation de l'impact des modes de transport sur la santé

L'outil HEAT (Health Economic Assessment Tool) de l'OMS permet à chaque collectivité locale d'évaluer l'impact de la mobilité à pied ou à vélo, actuelle ou souhaitée, sur la mortalité des habitants. À l'aide de cet outil, la Ville de Nantes a par exemple pu estimer que, sur 10 ans, 120 décès seraient évités, pour un bénéfice économique de 461 millions d'euros si la part modale du vélo atteignait 12 % (contre 4,5 % actuellement) (Gassiot et al., 2016). Le guide d'utilisation de cet outil est disponible sur le site internet du RfVS : www.villes-sante.com/thematiques/heat.

Favoriser le recours aux transports en commun



Les collectivités françaises ont investi massivement dernièrement dans les transports en commun en vue de désengorger les centres-villes et faciliter les mobilités au sein des zones urbaines. Durant les 20 dernières années, la mise en place de tramways modernes par des Villes comme **Angers, Mulhouse, Nantes, Nancy**, ainsi que les bus à haute fréquence à **Chalon-sur-Saône, Lyon** ou d'un métro à **Rennes**, témoignent du fort investissement des Villes-Santé. Dans la plupart des villes, les enfants de moins de 4 ou 6 ans voyagent gratuitement dans les transports. Certaines villes ont élargi cette gratuité jusqu'à 18 ans, voire au-delà.

Plusieurs villes et agglomérations ont également fait le choix d'instaurer une **gratuité complète des transports en commun**, tous les jours et à toute heure (**Aubagne, Châteauroux, Dunkerque**, etc.). Celles-ci ont été accompagnées de hausses notables de la fréquentation et de la mobilité, en particulier pour les catégories sociales les plus défavorisées et les familles. Certaines agglomérations bénéficient maintenant d'un recul important sur ces dispositifs, comme à **Châteauroux**, où cette mesure est en place depuis plus de 15 ans. L'expérience de cette Ville est présentée plus en détail p. 58.

Dans l'objectif de lutter contre les ISS, il est important de porter conjointement une **attention particulière aux conditions d'accès aux transports en commun dans les quartiers présentant des indicateurs socio-économiques défavorables**. Cela peut avoir un impact significatif sur la mobilité des habitants de ces quartiers, avec des bénéfices sur l'accès aux services, au travail ou aux loisirs par exemple. Pour rappel, le périmètre de vie et d'activités est plus faible chez les individus moins aisés (chômeurs, inactifs, individus en contrat court à durée déterminée ou avec des difficultés financières) (Chaix et al., 2013).

4

MILIEUX DE VIE

55

RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Favoriser la pratique du vélo pour les plus jeunes

Afin de favoriser la pratique du vélo, en particulier pour les jeunes, un premier enjeu pour les collectivités est de proposer des trajets cyclables accessibles et sécurisés. Proposer ce type d'aménagement de l'espace public est un facteur fort susceptible de faciliter l'adoption de ce moyen de transport, tant à des fins utilitaires que de loisir.

Il est notable que les quartiers présentant les médianes de revenus les plus faibles sont souvent les moins praticables.



© Métropole du Grand Nancy

La pratique du vélo peut également être soutenue par les municipalités et intercommunalités en mettant à disposition des vélos pour enfants, adultes, ainsi que des sièges ou remorques pour les enfants, à prix abordables, voire gratuitement. Ces prix peuvent être modulés en fonction des ressources des familles.

Pour permettre aux enfants d'apprendre le vélo lorsque leur famille n'est pas en mesure de leur enseigner, différentes collectivités proposent des « ateliers vélo ». Ceux-ci permettent aux enfants, mais aussi à leurs parents, d'apprendre à faire du vélo, dans un cadre adapté.

À Grand Nancy

Au travers de sa Maison du Vélo, la Métropole du Grand Nancy a souhaité avoir une action forte sur l'apprentissage du vélo pour les enfants, en fonction de leurs besoins. Pour les enfants qui débutent, un animateur spécialisé reprend les fondamentaux du vélo sur des sites totalement protégés. Pour les enfants déjà à l'aise à vélo mais qui manquent de pratique et d'assurance pour se déplacer en milieu urbain, les enfants sont accompagnés pour tester, sur la voie publique, tous les éléments qui constituent parfois des obstacles pour eux : rond-point ou contre-sens cyclable par exemple. Cette formation peut également être l'occasion de tester un itinéraire pour se rendre sur un lieu à visiter. Lors des vacances scolaires, un stage de 5 jours est également proposé. Les enfants y sont encouragés à réfléchir à leur mobilité au quotidien et expérimenter l'usage du vélo dans leur quartier et leur commune au travers de jeux de coopération.

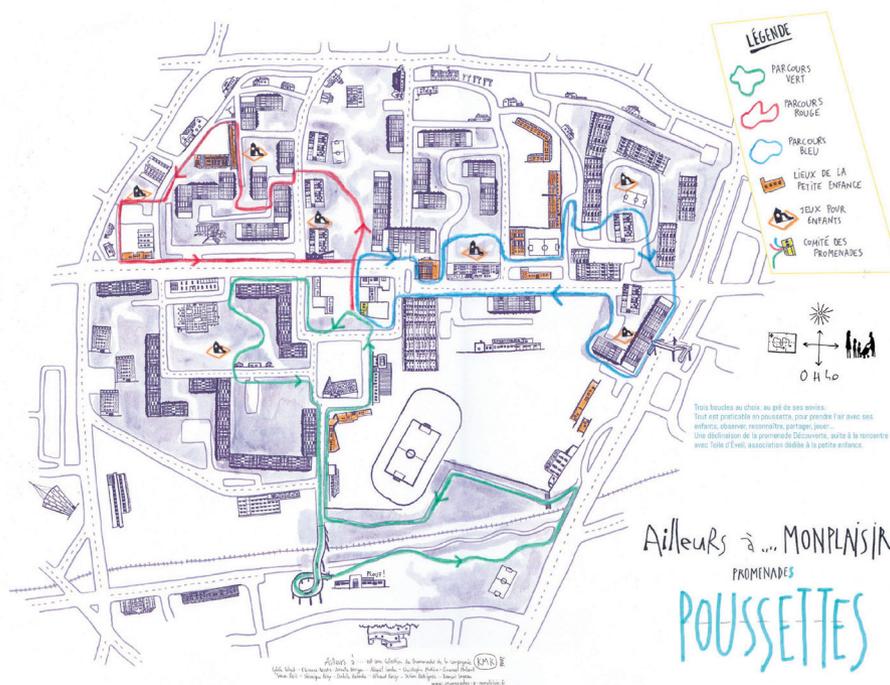
Favoriser les trajets à pied pour les enfants

Un « Plan Piéton » est un plan de nature volontariste produit par une commune, voire une intercommunalité. Il identifie des obstacles à la pratique de la marche, et propose des solutions. Souvent les familles avec des jeunes enfants sont un public prioritaire de ce type de plan. Les aménagements proposés pourront avoir des co-bénéfices.

Par exemple, l'abaissement de la bordure du trottoir pourra faciliter la traversée de la route avec une poussette, mais aussi en fauteuil roulant. Les déplacements à pied des enfants allant à l'école quotidiennement peuvent également être encouragés, via l'aménagement de parcours sécurisés et balisés.

À Angers

Dans le quartier Monplaisir, un travail a été réalisé avec les habitants sur les déplacements dans le quartier. Pour favoriser les déplacements à pied, des « tests poussettes » ont été réalisés avec les habitants pour identifier des circuits adaptés aux promenades et reliant les différents lieux d'intérêt au sein du quartier (parcs, aires de jeux, équipements de la petite enfance). Cette expérience va être reprise et approfondie dans l'opération de renouvellement urbain du quartier, afin de développer les circulations douces. En parallèle et à la demande de parents, des ateliers d'apprentissage du vélo ont été développés à destination d'adultes qui souhaitent pouvoir accompagner leurs enfants et bénéficier de ce moyen de déplacement au quotidien.



Agglomérations de Châteauroux et Dunkerque

À Châteauroux une gratuité complète des transports a été mise en œuvre depuis 2001, pour l'ensemble de la communauté d'agglomération. Cette décision a été motivée par plusieurs constats : une sous-utilisation des transports en commun vis-à-vis des agglomérations de taille comparable, une gratuité du service pour la moitié des usagers (47 %) et une participation modérée des revenus de billetterie au financement du dispositif (14 %). Avec plus de 15 ans de recul, un bilan positif est dressé par la collectivité avec, notamment, des bénéfices pour les groupes sociaux moins favorisés. Ainsi, entre 2001 et 2017, la fréquentation du réseau a été multipliée par 3, passant de 21 à 65 voyages/an/habitant. Les usagers sont majoritairement des ouvriers/employés (35,7 %) et des personnes sans emploi (18%). En mars 2018, une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs soulignait que 98,7 % des utilisateurs se déclarent satisfaits ou très satisfaits du réseau de transport.

La Communauté Urbaine de Dunkerque a, elle aussi, instauré une gratuité complète des transports depuis le 1^{er} septembre 2018. Ce choix a été fait après une expérimentation de la gratuité partielle des transports, les weekend et jours fériés. Le rapport d'évaluation de cette expérimentation a mis en avant de nombreux effets positifs, ainsi qu'une hausse de la fréquentation les jours de gratuité de 40 % en moyenne (+ 78 % le dimanche). Ces usagers supplémentaires sont très majoritairement des familles avec enfant (65 %) et issus de milieux défavorisés (67 %). Cette mesure est donc particulièrement utile pour favoriser la mobilité (active) des enfants issus de milieux défavorisés. En parallèle à cette augmentation notable de la fréquentation, une baisse de 59 % des incivilités a été observée entre 2014 et 2016, ainsi que l'apparition d'usagers aisés, autrefois rarement visibles.

Par ailleurs, l'absence de titre de transport a été rapportée, tant à Dunkerque qu'à Châteauroux comme un élément central pour favoriser l'utilisation des transports en commun. À Dunkerque, les enquêtés mettent en avant la faible contrainte ainsi permise par le bus, par rapport à la voiture. À Châteauroux, l'absence de titre de transport est rapportée comme un facteur favorisant l'utilisation pour les catégories sociales les plus défavorisées. En cela, elle constitue un levier pour réduire les barrières d'accès aux droits. En outre, la gratuité, en réduisant les déplacements avec un véhicule personnel, permet une augmentation du périmètre de vie pour les habitants qui n'en possèdent pas et une réduction des frais de transports pour les autres. À Dunkerque, il a par exemple été estimé que la gratuité des transports présentera une économie pour les habitants de 4,5 millions d'euros par an (entre 200 et 500€/an pour les familles comptant un collégien et/ou lycéen).

Enfin, ces deux agglomérations soulignent l'importance de poursuivre les adaptations du réseau pour lui permettre de conserver son attractivité par rapport aux autres modes de transport (fréquence, amplitude horaire, ponctualité, qualité de service, lisibilité du réseau et des points d'arrêt) et notamment dans les quartiers les moins favorisés. Dans cette idée, la Communauté Urbaine de Dunkerque a adossé le passage à la gratuité à une réorganisation complète du réseau incluant une hausse des fréquences, une desserte à moins de 300 mètres de tout logement en cœur d'agglomération et la mise en place de « stations de mobilité » qui sera un critère majeur pour les futurs projets d'urbanisme.

POLITIQUE D'URBANISME

Au travers des choix de planification et d'aménagement du territoire, les collectivités influencent la santé, la qualité de vie et le bien-être

des populations. Le cadre de vie des habitants influence de façon plus ou moins directe la constitution des inégalités sociales de santé.

Favoriser l'utilisation des espaces publics

Le but de tout urbanisme est de rendre les espaces attractifs à vivre. Un aspect de cette attractivité est d'avoir un sentiment de sécurité, le jour comme la nuit. L'insécurité a un impact direct sur l'isolement, notamment des personnes seules et/ou vulnérables. Des rues propres et animées, un éclairage conçu pour les piétons et pas que pour les véhicules, aident à promouvoir un sentiment de sécurité pour des personnes de tout âge.

Les espaces verts constituent également un facteur d'attractivité dans l'espace public et ont été mis en avant pour les bénéfices qu'ils peuvent avoir sur la santé. Pour autant, la surface d'espaces verts, ainsi que les fonctions potentielles qu'ils peuvent avoir pour les usagers et résidents proches peuvent largement varier. **Proposer des espaces verts utiles et fonctionnels, en quantité et surface suffisantes peut permettre de multiples bénéfices pour les habitants proches et notamment les enfants** : facilitation de la pratique de loisirs en extérieur, d'une activité physique ou opportunité de socialisation par exemple. Les programmes de rénovation urbaine soutenus par l'ANRU sont en cela des leviers puissants qui peuvent agir sur la disponibilité de ces espaces pour les résidents des quartiers les plus défavorisés.

Par ailleurs, **accompagner l'utilisation des espaces publics** et notamment des espaces verts facilite leur investissement par la population. Cela peut correspondre à l'utilisation de ces espaces pour des événements favorisant la socialisation et l'utilisation de l'espace (concert, brocante, marché, exposition etc.), une meilleure information sur les lieux accessibles proches (circuits adaptés, parcs et squares, etc.). La participation des habitants (échanges avec les associations de quartier, visites avec les usagers, etc.) à l'élaboration de ces espaces est un plus pour leur appropriation.



Le projet de recherche **GREENH-City** (GoveRnance for Equity, EnviroNmet and Health in the City) porte en particulier sur les interventions possibles au travers des espaces verts urbains pour agir sur les inégalités sociales de santé. Il donnera ses conclusions début 2020 au travers, notamment, d'un colloque et d'un ouvrage dédié. D'ici-là, il est possible de prendre connaissance de ses travaux et résultats intermédiaires sur www.villes-sante.com/thematiques.

4

MILIEUX DE VIE

Agir via le renouvellement urbain des quartiers prioritaires

L'amélioration et une meilleure organisation des espaces publics contribuent à réduire le sentiment d'insécurité, en rendant plus lisibles les cheminements, en repensant l'éclairage urbain, en sécurisant les accès aux résidences, etc. Ces interventions, inscrites dans tout projet de renouvellement urbain, contribuent à diminuer le stress et l'anxiété et à favoriser les déplacements à pied ou à vélo.

Les équipements publics améliorés peuvent jouer leurs fonctions sociales, en particulier éducatives et d'épanouissement personnel (culture, sport).

À Amiens

La Ville a développé « Le Grand Marais » dans le quartier Étouvie. Ce vaste parc de verdure a été ouvert en 2007 sur ce qui était anciennement un lieu de décharge dépollué. Il dispose de stades d'entraînement de football, de terrains de street-basket, de street-hockey et de beach volley favorisant ainsi la pratique sportive.

Favoriser les trajets courts

Un des objectifs d'un urbanisme favorable à la santé est de faire une ville avec des trajets relativement courts et sur des parcours attractifs (verdure, couleur, magasins). Une ville permettant des trajets courts facilite l'apprentissage à l'autonomie des enfants. Des trajets courts reposent sur l'existence de services de proximité qui vont généralement de pair avec une densité urbaine importante. Néanmoins, la densification des villes est un sujet qui ne fait pas l'unanimité. Comme cela a été évoqué plus tôt, la qualité de vie est plurielle. Des trajets courts et un accès facile aux équipements peuvent également être associés aux bruits de voisinage et à un manque d'accès à des espaces extérieurs.



© Pixabay (photo libre de droits)

À Lyon

Parc du Zénith – Évaluation d'Impact Santé

Dans le cadre du projet d'aménagement du parc du Zénith, la Ville de Lyon a souhaité mettre en œuvre une évaluation d'impact santé (EIS). Celle-ci a été menée par l'ORS Rhône-Alpes et co-financée par la Ville, l'ARS et Santé Publique France. Cette démarche a ainsi pu associer une grande diversité d'acteurs et consulter les habitants de ce quartier pour prendre en compte les questions de santé et de bien-être.

Parmi les nombreux aspects abordés, l'EIS a notamment permis de faire remonter les problématiques liées aux aires de jeux.

Une étude des températures relevées sur le site indique que la zone est plus particulièrement exposée à des pics de température limitant l'utilisation de l'aire de jeu. En conséquence, des recommandations ont été faites pour limiter le phénomène d'ilôt de chaleur urbain, mais aussi limiter les expositions directes au soleil : ajout d'arbres ou modifications des essences pour qu'elles permettent davantage d'ombre ; sélection de mobiliers de jeu en bois plutôt qu'en métal, ajout d'une fontaine d'eau potable et sélection de revêtements de sol clairs mais non éblouissants par exemple. En parallèle, il a été proposé de prévoir une analyse des ombres portées dans le cahier des charges des autres projets d'espaces de jeux de la Ville, permettant ainsi d'améliorer la prise en compte de cette question.

Les échanges avec les habitants ont aussi souligné la faible « marchabilité du quartier » avec deux causes majeures : des difficultés pour se déplacer à pied et à vélo dans le quartier (concurrence

piéton/cycliste sur l'usage des voies de circulation, étroitesse des trottoirs et manque de bancs par exemple), ainsi qu'une faible densité de lieux d'intérêt (peu de commerces, rares espaces publics invitant à la promenade ou au sport). En regard, il a été proposé d'installer des passages piétons et d'en sécuriser d'autres par des feux de signalisation, d'adapter ces passages et les trottoirs aux personnes à mobilité réduite, de mettre en place du mobilier public (bancs notamment) qui puissent avoir plusieurs usages, de mieux indiquer le parc et l'aire de jeu et de limiter la vitesse de circulation sur certains tronçons. En parallèle de ces dispositifs facilitant l'accès au parc et à la médiathèque, un ensemble de propositions d'animations a été formulé pour permettre un investissement plus fort de l'espace public (jardin partagé, investissement par les écoles, journées à thème, animations ponctuelles type fête de la musique, etc.).

L'adaptation de ce projet vise à favoriser l'utilisation de l'espace public par les différents groupes sociaux et notamment à en faire un espace plus adapté et plus accessible pour les familles avec jeunes enfants vivant à proximité. Par ailleurs, ce travail était bien plus large que la restitution qui en est faite ici et est consultable sur le site de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes (www.ors-auvergne-rhone-alpes.org). Sans forcément constituer un EIS complet, ce type de démarche peut être appliqué par les différentes collectivités pour permettre que l'espace public soit bénéfique à tous et notamment aux plus jeunes.

CONCLUSION

Réfléchir à la réduction des inégalités sociales de santé et proposer des principes et des champs d'action étaient une entreprise ambitieuse, notamment s'agissant de la période de l'enfance. Les différentes rencontres du groupe de travail, l'audition de personnes expertes et les échanges du colloque national des Villes-Santé du 24 mai 2018 à Angers ont pourtant permis de répondre à cette commande.

L'observation épidémiologique témoigne de l'importance des inégalités sociales de santé. Force est de constater que malgré la volonté affichée de les réduire et les différents dispositifs en place pour y parvenir, les inégalités sociales de santé se sont maintenues voire ont augmenté. Était-ce par un manque de moyens, de méthodologie, de cohérence de démarche entre les acteurs, de difficultés à répondre aux déterminants des inégalités ? Sans doute un peu de tout cela.

Nous avons pu observer que vouloir réduire les Inégalités Sociales de Santé impose d'agir très tôt, dès la conception, de déployer des actions structurantes, d'agir aussi sur les « causes des causes » de ces inégalités de santé, de réduire et d'agir sur les événements délétères durant l'enfance pour éviter qu'ils ne nuisent aux futurs adultes, d'offrir aux enfants et aux parents des espaces d'accueils et d'accompagnement, de former les équipes de professionnels au repérage et à la remédiation. Mais pour se donner les moyens de réduire cette injustice, il faut agir de façon équitable dans une dynamique d'universalisme proportionné accentuant les moyens vers les publics qui en ont davantage besoin. Et pas seulement dans l'accès aux soins, mais sur un ensemble de déterminants qui influencent l'état de santé.

Aux côtés de l'État, des grands acteurs institutionnels, des autres collectivités territoriales, les Villes agissent déjà sur les différents déterminants de santé par les compétences qu'elles exercent et les actions qu'elles mènent. Ce document témoigne de la richesse des acteurs et dispositifs disponibles, ainsi

que des leviers sur lesquels nous pouvons chacun, mais encore plus ensemble, agir pour réduire les inégalités sociales de santé dès l'enfance et par conséquent tout au long de la vie.

Les échanges au sein du groupe de travail mais également lors du colloque des Villes-Santé ont pointé des axes de travail à développer :

- **La nécessité de mieux observer et mesurer les inégalités sociales de santé**, au niveau des territoires, lors de la petite enfance et de l'enfance pour agir et évaluer. Des données existent déjà, qu'il faut mobiliser et valoriser, d'autres manquent qu'il faut caractériser et recueillir ;
- **L'obligation de décloisonner les interventions** pour enfin parler de parcours de l'enfant et de la famille, éviter les périodes de rupture, faciliter les transitions, agir sur les moments clés des parcours de vie, sur l'ensemble des déterminants, développer les compétences psychosociales ;
- **La formation des professionnels** au repérage et à l'intervention.

La Stratégie Nationale de Santé a inscrit la réduction des inégalités sociales de santé comme une priorité et accorde une place particulière à la petite enfance, aux 1000 premiers jours en continuité avec la période périnatale, au parcours de coordination renforcée 0-6 ans et à la santé des enfants et des adolescents. La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté a pour premier engagement « l'égalité des chances dès les premiers pas pour rompre la reproduction de la pauvreté ». La volonté d'agir ensemble des acteurs à tous les échelons est là. Pour réussir un projet, atteindre une ambition, on parle souvent de moments favorables, d'alignement des planètes. Parions que ce moment est arrivé.

Les Villes-Santé s'engagent pour participer à la réduction des inégalités sociales de santé dès la petite enfance pour « combler le fossé et promouvoir l'égalité républicaine ».

ANNEXES

A. RÉCAPITULATIF DES ACTIONS PRÉSENTÉES

Ville-Santé	Intitulé de l'action	Contact(s)	Pages
Saint-Quentin en-Yvelines	Mise en œuvre d'une intersectorialité	Institut de Santé Publique <i>sante@sqy.fr</i>	25
Evry-Courcouronnes	Intégration des questions des inégalités sociales de santé dans l'enfance au sein du CLS	Pascale Echard-Bezault Directrice Intercommunale de Santé Publique <i>p.echard-bezault@mairie-evry.fr</i>	26
Besançon	Soutenir la parentalité via les équipements de la petite enfance	Nicolas Millot Directeur de la Petite Enfance <i>nicolas.millot@besancon.fr</i>	34
Bordeaux	Les actions développées en direction des enfants et familles par la Ville de Bordeaux	Nathalie Roux Resp. accueil et accompagnement des familles <i>n.roux@mairie-bordeaux.fr</i>	35
Grenoble & Rennes	Mise en œuvre de la priorité sociale à l'admission en crèche	Eric Thery Directeur Petite Enfance <i>eric.thery@ccas-grenoble.fr</i> Estelle Sämson Resp. adjointe de l'Étoile <i>e.samson@ville-rennes.fr</i>	39
Rennes	Accompagnement de l'enfant de 3 mois à 4 ans	Marie Boishu Resp. service Santé Enfance <i>m.boishu@ville-rennes.fr</i>	40
Angers	Dispositifs passerelles : accompagner enfants et parents vers l'école maternelle	Sophie Justal Resp. service Petite Enfance <i>sophie.justal@ville.angers.fr</i>	43
Villeurbanne	Service Municipal de Santé Scolaire	Pascale Colom Médecin directeur de Santé Publique <i>pascale.colom@mairie-villeurbanne.fr</i>	44
Bourg-en-Bresse	Réduction de l'exposition des enfants au bruit et à la pollution atmosphérique	Sophie Aulaz Resp. service Hygiène et Santé Publique <i>aulazs@bourgenbresse.fr</i>	51
Angers	Stratégie de repérage des logements dégradés et indignes	Marc Fleury Resp. Environnement et Prévention des Risques <i>marc.fleury@ville.angers.fr</i>	53
Saint-Denis	Création d'une structure d'accueil d'hébergement transitoire et d'insertion	Anne-Claire Garcia Chargé de mission Développement Social Local <i>anne-claire.garcia@ville-saint-denis.fr</i>	54
Châteauroux & Dunkerque	Gratuité des transports en commun	Emmanuel Gerber Resp. service déplacements <i>emmanuel.gerber@chateauroux-metropole.fr</i> Xavier Dairaine Chef de projet Transport <i>xavier.dairaine@ cud.fr</i>	58
Lyon	Parc du Zénith – Évaluation d'Impact Santé	Sophie Pamiès Directrice de l'Écologie Urbaine <i>sophie.pamies@mairie-lyon.fr</i>	61

Thématique	Ville-Santé	Contact(s)	Pages
Parentalité	Saint-Joseph de La Réunion	Corinne Gazar Directrice Adjointe des services <i>corrine.gazar@saintjoseph.re</i>	32
	Marseille	Dominique Chanaud Resp. mission santé environnement <i>dchanaud@marseille.fr</i>	32
	Bourg-en-Bresse	Corinne Bonnet Resp. du service petite enfance <i>bonnetc@bourgenbresse.fr</i>	33
	Mulhouse	Marion Sutter Resp.e coordination Santé <i>marion.sutter@mulhouse-alsace.fr</i>	33
Modes d'accueil	Lorient	Nathalie Royant Resp. du service enfance <i>nroyant@mairie-lorient.fr</i>	37
	Metz	Stéphanie Jacquat Médecin des EAJE <i>sjacquat@mairie-metz.fr</i>	38
École et périscolaires	Bouguenais	Sandra Sorin Infirmière promotion de la santé <i>sandrasorin@ville-bougenais.fr</i>	42
	Angers	Catherine Masse Infirmière de Santé Publique <i>catherine.masse@ville.angers.fr</i>	42
	Grenoble	Emilie Blanchet Infirmière en charge de l'accompagnement aux soins bucco-dentaires <i>emilie.blanchet@grenoble.fr</i>	42
Pollutions sonores et atmosphériques	La Rochelle	Béatrice Cormerais Ingénieur Santé-Environnement <i>beatrice.cormerais@ville-larochelle.fr</i>	49
	Lyon	Florence Pradier Resp. Service Santé-Environnement <i>florence.pradier@mairie-lyon.fr</i>	50
	Besançon	Michel Barbou Resp. service Salubrité Environnement <i>michel.barbou@besançon.fr</i>	50
	Marseille	Dominique Chanaud Resp. mission santé environnement <i>dchanaud@marseille.fr</i>	50
Transport	Grand Nancy	Noémie Koch Cheffe de projet mobilités actives <i>noemie.koch@grandnancy.eu</i>	56
	Angers	Yann Ménard Resp. de Pôle Éducatif <i>yann.menard@ville.angers.fr</i>	57
Urbanisme	Amiens	Patrick Kerros Resp. service municipal de Santé Publique <i>p.kerros@amiens-metropole.com</i>	60

B. BIBLIOGRAPHIE

- Barton, H., & Tsourou, C. (2000). *Urbanisme et sante. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants.*
- Brunner, A., & Morin, L. (2017). *Rapport sur les inégalités sociales de santé.* Observatoire des Inégalités. 175p.
- Cabinet du premier ministre. (2016). *Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion, Bilan 2013-2015 et perspectives 2016-2017.*
- Caisse nationale d'allocations familiales. (2018). *Résultats du Rapport 2017 de l'Observatoire national de la petite enfance.*
- Cambois, E., & Jusot, F. (2011). *Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France.* European Journal of Public Health, 21(5), 667-673.
- Carey, G., Crammond, B., & De Leeuw, E. (2015). *Towards health equity: A framework for the application of proportionate universalism.* International Journal for Equity in Health, 14(1), 1-8.
- Centre d'analyse Stratégique. (2012). *Aider les parents à être parents.*
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en.*
- Chaix, B., Méline, J., Duncan, S., Jardinier, L., Perchoux, C., Vallée, J., Kestens, Y. (2013). *Neighborhood environments, mobility, and health: Towards a new generation of studies in environmental health research.* Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 61(SUPPL.3), 139-145.
- Chardon, O., Guignon, N., & Paget, D. L. (2015). *La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge.* Etudes et Résultats, 920,1-6.
- Collombet, C. (2016). *Les inégalités d'accès aux modes d'accueil du jeune enfant - Etat des lieux en Europe et enseignements pour la France.* CNAF. 32p.
- Cote, S. M., Doyle, O., Petitclerc, A., & Timmins, L. (2013). *Child care in infancy and cognitive performance until middle childhood in the millennium cohort study.* Child Development, 84(4), 1191-1208.
- CNESCO. (2017). *La qualité de vie à l'école.*
- Davies, J. K., & Sheriff, N. (2012). *The Gradient Evaluation Framework.* 100p.
- Deguen, S., & Zmirou-Navier, D. (2010). *Expositions environnementales et inégalités sociales de santé.* ADSP, 73, 27-28.
- Delmas, M. C., Guignon, N., Leynaert, B., Moisy, M., Marguet, C., & Fuhrman, C. (2017). *Augmentation de la prévalence de l'asthme chez le jeune enfant en France.* Revue Des Maladies Respiratoires, 34(5), 525-534.
- Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., & Tremblay, R. E. (2009). *Investing in early human development: Timing and economic efficiency.* Economics and Human Biology, 7(1), 1-6.
- DREES & Santé Publique France. (2017). *Etat de santé de la population en France : Rapport 2017.*
- Faure, E., Porcherie, M., Vaillant, Z., Rican, S., Roué, A., Gall, L. E., ... Bader, C. (2018). *Communication au colloque « Santé : équité ou égalité ? Définir, mesurer, agir » - Espaces verts urbains et équité en santé : quelle méthode d'analyse ?*
- Gassiot, M., Guyard, F., Bedok, H., Heritage, Z., Hemery, C., & Saraux-Salaün, P. (2016). *Pratiques quotidiennes du vélo à Nantes : approche croisée de la santé et de la mobilité.* Santé Publique, 28(S1), S75-83.
- Geoffroy, M. C., Côté, S. M., Giguère, C. É., Dionne, G., Zelazo, P. D., Tremblay, R. E., ... Séguin, J. R. (2010). *Closing the gap in academic readiness and achievement: The role of early childcare.* Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 51(12), 1359-1367.
- Green, G., Price, C., Lipp, A., & Priestley, R. (2009). *Partnership structures in the WHO European Healthy Cities project.* Health Promotion International, 24 Suppl 1, 37-44.
- HCFEA. (2018). *L'accueil des enfants de moins de 3 ans.*
- HCSP. (2009). *Les inégalités sociales de santé.*
- Heckman, J. J. (2006). *Investing in Disadvantaged Children.* Social Sciences, 312(June), 2005-2007.
- Heckman, J. J. (2007). *The economics, technology, and neuroscience of human capability formation.* Proceedings of the National Academy of Sciences, 104(33), 13250-55.
- Kelly-irving, M., Lepage, B., Dedieu, D., Lacey, R., Cable, N., Bartley, M., Delpierre, C. (2013). *Childhood adversity as a risk for cancer : findings from the 1958 British birth cohort study.* BMC Public Health, 13(767).
- Lang, T., Kelly-irving, M., & Delpierre, C. (2009). *Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention.* Enchaînements et accumulations au cours

de la vie. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 57(6), 429-435.

Lang, T., & Ulrich, V. (2017). *Les inégalités sociales de santé*. Actes Du Séminaire de Recherche de La DREES 2015-2016, 290p.

Laurin, J. C., Geoffroy, M.-C., Boivin, M., Japel, C., Raynault, M.-F., Tremblay, R. E., & Cote, S. M. (2015). *Child Care Services, Socioeconomic Inequalities, and Academic Performance*. *Pediatrics*, 136(6), 1112-24.

Levy, A. (2012). *La "ville durable". Paradoxes et limites d'une doctrine d'urbanisme émergente*. *Espit*, 136-153.

Lopez, A., Moleux, M., Schaetzel, F., & Scotton, C. (2011). *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*. IGAS.

Menvielle, G., Chastang, J. F., Luce, D., & Leclerc, A. (2007). *Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996*. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 55(2), 97-105.

Milvoy, A., & Roue-Le Gall, A. (2015). *Aménager des espaces de jeux favorables à la santé*. *La Santé En Action*, 434, 38-39.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2008). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*.

OMS. (1992). *Vingt étapes pour réussir un projet Villes-Santé*. Genève : OMS. 64p.

OMS. (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Genève : OMS.49p.

OMS. (2008). *Comblent le fossé en une génération: rapport final de commission des déterminants sociaux de la santé*.

OMS. (2012). *Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être*.

OMS. (2018). *Consensus de Copenhague : Une meilleure santé et plus de bonheur dans les villes, pour toutes et tous*.

OMS. (2011). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*.

OMS. (2015). *Déclaration d'Athènes pour les Villes-Santé*.

OMS. (2016). *Urban green spaces and health: a review of evidence*.

Pison, G. (2017). *Tous les pays du monde*. *Population & Sociétés*, 547, 1-8.

Potvin, L., Moquet, M.-J., & Jones, C (sous la dir.). (2010). *Réduire les Inégalités Sociales de Santé*. INPES. 380p.

RfVS. (2011). *Pour un habitat favorable à la santé : la contribution des villes*. Presses de l'EHESP. 114p.

RfVS. (2013). *Les mobilités actives au quotidien : le rôle des collectivités*. Presses de l'EHESP. 74p.

RfVS. (2015). *Agir sur les déterminants de la santé*. Presses de l'EHESP.96p.

RfVS. (2016). *Urbanisme et Santé : quel rôle pour les collectivités locales ?*

RfVS. (2017). *Synthèse de la phase quantitative de l'étude Greenh -City*.

Robine, J.-M., & Cambois, E. (2013). *Les espérances de vie en bonne santé des Européens*. *Population & Sociétés*, 499, 1-4.

Roue-Le Gall, A., & Milvoy, A. (2014). *Territoires, incubateurs de santé ?* *Les Cahiers de l'IAU IdF*, 185, 170-171.

Santé Publique France. (2016). *Communiqué de Presse*.

Schaap, M. M., Kunst, A. E., Leinsalu, M., Regidor, E., Ekholm, O., Dzurova, D., ... Mackenbach, J. P. (2008). *Effect of nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries*. *Tobacco Control*, 17(4), 248-255.

Sellenet, C. (2007). *La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept*. Paris, France: L'Harmattan. 188p.

SPHERU. (2012). *Les connaissances en santé développementale comme moteur de politiques familiales favorables à la santé au Canada*.

Verrier, A., & Ménard, C. (2015). *Monoxyde de carbone : enquête auprès des personnes intoxiquées*. *La Santé En Action*, 434, 6-8.

Weil, M. (2015). *Les espaces publics : un déterminant du bien-être des populations*. *La Santé En Action*, 434, 40-41.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up*. *World Health Organization*, (2), 2-5.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: the Solid Facts 2nd Ed*. OMS, 33p.

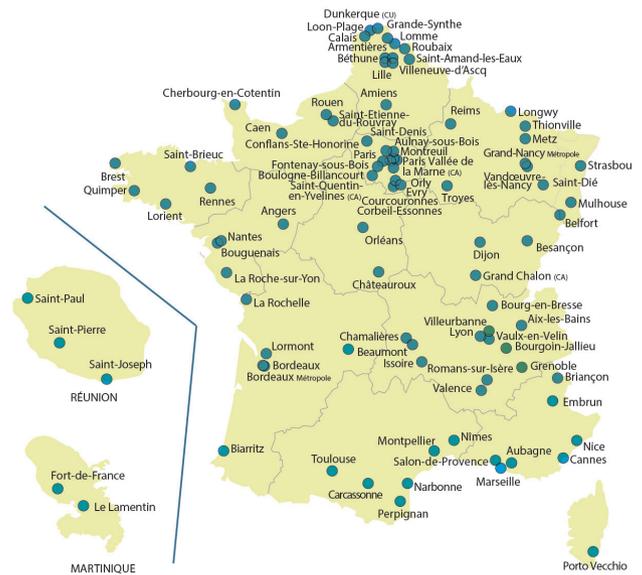
C. PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS

ANRU	Agence Nationale de la Rénovation Urbaine
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Atelier Santé-Ville
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CDSS	Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS
CLAS	Contrats Locaux d'Accompagnement à la Scolarité
CLS	Contrat Local de Santé
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAF	Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
EAJE	Établissement d'Accueil de Jeunes Enfants
EIS	Évaluation d'Impact Santé
ERP	Établissement Recevant du Public
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
ISS	Inégalités Sociales de Santé
ISTS	Inégalités Sociales et Territoriales de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de Santé
PDD	Plan de Développement Durable
PIF	Point d'Info Familles
PLU	Plan Local d'Urbanisme
PLUi	Plan Local d'Urbanisme Intercommunal
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPBE	Plan de Prévention du Bruit dans l'Environnement
PRE	Programme de Réussite Éducative
PTAEC	Plan Climat Air-Énergie Territorial
QPV	Quartier Politique de la Ville
REAAP	Réseau d'Écoute d'Appui et d'Accompagnement des Parents
REP	Réseau d'Éducation Prioritaire
RfVS	Réseau français des Villes-Santé de l'OMS
SIG	Système d'Information Géographique
TAP	Temps d'Accueil Périscolaire
UFS	Urbanisme Favorable à la Santé

D. RÉSEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTÉ DE L'OMS

Le **Réseau français des Villes-Santé de l'OMS** a pour but de soutenir la coopération entre les Villes ou les intercommunalités qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de vie urbaine. Depuis presque 30 ans, il rassemble près d'une centaine de villes et intercommunalités françaises qui, en lien avec l'OMS, participent au mouvement international des Villes-Santé. Dans un but de réduire les inégalités sociales de santé, les Villes-Santé visent à intégrer la santé dans toutes les politiques locales comme l'habitat, les transports, la cohésion sociale, la jeunesse, l'urbanisme et bien sûr, la petite enfance.

Pour ses membres, le Réseau relaie l'information nationale et internationale touchant à la santé publique et favorise les échanges d'expériences. Il organise régulièrement des journées de réflexion, participe à la recherche, publie des ouvrages et des brochures et il anime plusieurs groupes de travail nationaux (sport-santé sur ordonnance, vaccinations, santé scolaire, santé mentale et habitat notamment).



Membres du réseaux



Les « 6P » : Priorités du consensus de Copenhague

En complément de l'activité nationale du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, cinq réseaux régionaux se sont formés couvrant toute la France métropolitaine. Ils travaillent sur les thématiques de leur choix en fonction des réalités et des actualités locales.

Le Réseau français des Villes-Santé contribue aux travaux du Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS qui compte aujourd'hui 30 pays et plus de 1 400 municipalités adhérentes. La stratégie du mouvement européen jusqu'à l'horizon 2030 a été formalisée et adoptée lors du Consensus de Copenhague (document disponible sur www.villes-sante.com).



www.villes-sante.com

Conception, réalisation : Studio Quinze Mille
Illustrations : Eric Appéré
Impression : Média graphic
Édition : Décembre 2018



LE PHOTOCOPIAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS DU LIVRE.

ÉLÉMENTS
DE PRÉCONISATION

RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

LES VILLES AGISSENT
DÈS L'ENFANCE



L'Organisation Mondiale de la Santé, ainsi que de nombreuses institutions françaises ont souligné, ces 10 dernières années, l'importance majeure des inégalités sociales de santé et l'urgence de lutter contre ces dernières en France.

Les collectivités locales, du fait de la diversité des missions qu'elles assurent et de leur proximité avec les habitants, ont un rôle majeur dans cette lutte. Au travers notamment, des dispositifs destinés aux familles, des accueils de la petite enfance, des transports, des projets d'urbanisme, des espaces verts ou encore de la lutte contre l'habitat insalubre, elles influencent directement la constitution des inégalités sociales de santé.

Au sein de cet ouvrage, le Réseau des Villes-Santé propose des leviers mobilisables par les collectivités locales pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Pour cela, ce travail se focalise sur les périodes de la petite enfance et de l'enfance, deux périodes critiques dans la constitution de ces inégalités, et rapporte de nombreuses actions développées et mises en œuvre par les Villes-Santé françaises.

www.villes-sante.com

15 €



9 782956 701200
ISBN : 978-2-9567012-0-0



Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé