



APPEL A PROPOSITIONS D' ACTIONS DE SANTE

POUR 2010

SANTE PRECARITE

NOTE DE CADRAGE

Introduction

Au delà des compétences légales qui leur sont confiées, notamment par les lois de décentralisation qui constituent des axes importants de leur activité et face à une situation sanitaire qui demeure préoccupante, le Département du Nord, le Département du Pas-de-Calais et la Région ont tenu, dès les années 80, à s'engager sur le champ de l'amélioration de la santé des habitants de la région Nord Pas-de-Calais, domaine où leur action pouvait être opportune et efficace.

Le Département du Nord s'est impliqué depuis 1999 avec la Région et le Département du Pas-de-Calais dans la politique régionale de santé publique en participant à l'élaboration du Programme Régional de Santé Publique et notamment à la mise en œuvre du Programme Régional d'Accès aux Soins de Santé (PRAPS) dont la finalité est d'améliorer l'état de santé des personnes en situation de précarité en développant des actions répondant à des objectifs prioritaires, et ce, dans une démarche partenariale élargie au fil des ans avec l'Etat, l'Assurance Maladie, les professionnels de santé et l'ensemble des acteurs de santé.

Cependant, dans un contexte de redéfinition du paysage législatif (loi de santé publique du 9 août 2004, loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004), le Département du Nord a souhaité :

- poursuivre son implication dans la politique régionale de Santé Publique en s'associant avec le Département du Pas-de-Calais et la Région dans le cadre d'un engagement commun conclu sous la forme d'une « Charte pour la promotion et l'amélioration de la santé des habitants du Nord – Pas-de-Calais »
- redéfinir sa politique de santé au travers du nouveau Plan Départemental Santé Solidarité 2006/2011 (PDSS), affirmant ainsi la volonté de poursuivre l'action entreprise dans le précédent plan (1999/2003) ancrée dans le champ de la prévention, la promotion et l'éducation à la santé avec pour objectif de contribuer à l'amélioration de la santé des habitants du Nord.

Une nouveauté : Le Revenu de Solidarité Active

La loi n°2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le RSA et réformant les politiques d'insertion, institue un Revenu de Solidarité Active qui remplace le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), l'allocation Parent Isolé (API) et les différents mécanismes d'intéressement à la reprise d'activité.

Le dispositif RSA repositionne :

- **L'Etat** en pleine responsabilité sur l'insertion professionnelle des allocataires du RSA et de leur accompagnement par les référents de Pôle Emploi ;
- **Le Département** pour l'orientation des allocataires, le pilotage du dispositif et la coordination du parcours d'insertion de chaque allocataire.

.../...

La santé des nordistes

(**Sources** : Plan Départemental Solidarité Santé 2006-2011 ; Atlas régional de la santé 2008 du Nord Pas-de-Calais ; PRSP NPDC 2007-2011 ; ORS Nord Pas-de-Calais ; CNAF. Pôle Pilotage Prospective/DGAS ; DRTEFP ; Profil n° 50 de janvier 2009)

Une situation de santé qui reste préoccupante dans un contexte socio-économique difficile :

Les inégalités sociales devant la santé sont avant tout le produit des inégalités d'existence définies notamment par les disparités en termes de revenus, d'accès aux soins et de logement. Les nordistes sont confrontés à des conditions d'existence inégales qui ont un impact significatif sur leur santé.

Les principaux indicateurs de santé directs et indirects mettent en évidence une situation de santé préoccupante.

Les pathologies majeures en Nord Pas-de-Calais ne se singularisent pas par leur spécificité mais par leur fréquence et leur gravité avec pour exemple : les cancers, le diabète, les maladies cardiovasculaires ou encore les broncho-pneumopathies chroniques. Leur origine, tout en étant diverse, est souvent liée à des comportements inadaptés ou défavorables à la santé (sédentarité, habitudes alimentaires, tabagisme et alcoolisme, nouvelles addictions...) **mais aussi à des facteurs sociaux (précarité, chômage, difficultés d'accès ou non recours aux soins ...)**, environnementaux ou encore culturels (mode de vie).

• Les indicateurs de santé directs

1. Démographie

Le Département du Nord reste le plus peuplé de France avec 2 565 257 habitants au 1^{er} janvier 2006 avec une densité 4 fois supérieure à la moyenne française.

La proportion des moins de 25 ans, quel que soit le sexe, est de 36% dans le Nord contre 31% pour l'ensemble de la France.

Au niveau régional, 7% des habitants ont au moins 75 ans.

7% de la population est âgée de moins de 6 ans contre 6% au niveau national. Le taux de natalité est supérieur à celui de la France : 14,5 pour mille pour le département, 13,1 pour mille au plan national, ce qui correspond à 36 700 naissances par an.

2. Espérance de vie

Bien que l'espérance de vie ait augmenté dans le Nord Pas-de-Calais en 2006 (73,6 ans chez les hommes contre 72,9 ans en 2002, et 81,9 ans chez les femmes contre 80,9 ans en 2002), elle demeure inférieure respectivement de 3 et 2 ans par rapport à la moyenne nationale et reste la plus faible de métropole.

3. Mortalité (% exprimé en Indice Comparatif de Mortalité ou ICM*)

Le Nord - Pas-de-Calais est la région de France métropolitaine qui présente une surmortalité prématurée et évitable parmi les plus fortes.

Près d'un quart des personnes décédées avait moins de 65 ans.

Dans le Département du Nord, en décès cumulés 2000-2004 :

La mortalité prématurée toutes causes est de + 30% (ICM=130) pour les hommes et + 27,5% pour les femmes (ICM=127).

La mortalité par alcoolisme : + 74,3% (homme) et + 133,2% (femme)

La mortalité par tabagisme : + 37,7% (homme) et + 21% (femme)

La mortalité par cancers : + 26,5% (homme) et + 13,7% (femme)

.../...

Le Nord Pas-de-Calais enregistrait une surmortalité par suicide de 29% pour les hommes et de 17% pour les femmes dans la période 1999-2001.

En 2005, 6,1% des jeunes âgés de 15 à 25 ans au niveau régional déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois.

*ICM : C'est le rapport du nombre de décès observé sur un territoire donné au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques aux taux nationaux. Un ICM < 100 correspond à une mortalité moins importante qu'en France métropolitaine tandis qu'un ICM >100 reflète une surmortalité.

• **Les indicateurs de santé indirects**

1. Les minima sociaux

En 1999, près de 10% de la population de la région Nord Pas-de-Calais bénéficiaient de revenus de minima sociaux. Dans le département du Nord, malgré une baisse constatée de 4,2% sur l'ensemble des territoires entre 2006 et 2007, 13,1% des ménages restaient bénéficiaires de minima sociaux en 2007.

Même si le nombre de bénéficiaires RMI a baissé entre 2006 et 2007, passant de 76 363 à moins de 72 000, néanmoins le pourcentage reste supérieur de plus de deux points à celui du niveau national en 2007 : 5,98% de la population active du Nord contre 3,53% de la population active en France.

En 2007, 2,10% de la population féminine des 15-49 ans percevait l'API contre 1,22% en France. Enfin, l'AAH concernait 40 154 allocataires pour le département du Nord en décembre 2008.

Dans le Nord Pas-de-Calais, le nombre d'allocataires de l'AAH a augmenté de 10% entre 1999 et 2007.

2. Situation du chômage

Alors qu'en décembre 2007, le taux de chômage avait atteint son niveau le plus bas depuis 1983, celui-ci a de nouveau fortement augmenté fin 2008 pour s'établir à 8,2% de la population active.

En mai 2009, le Nord comptait 189 570 demandeurs d'emploi (+17,2% en un an).

Parmi eux, le nombre de jeunes inscrits à Pôle Emploi et celui des demandeurs d'emploi de longue durée a également augmenté pour s'établir à un taux respectivement de 21% et 10,1% dans le Nord.

3. Couverture sociale et utilisation des dispositifs de soins

Créée en janvier 2000, la C.M.U, offrant un accès universel à l'assurance maladie de base et une assurance maladie complémentaire sous conditions de ressources, a pour objectif de garantir pour tous un égal accès aux soins.

Il est à souligner que dans les deux premières années de l'entrée en vigueur de CMU, la région Nord Pas-de-Calais a enregistré une hausse de 16% des demandes d'inscription contre 5,6 au niveau national.

Ainsi, en 2007, 260 516 nordistes étaient bénéficiaires de la .CM.U.C, (10,16% de la population contre 5,92% en France).

Par ailleurs, il est constaté également une surconsommation des actes médicaux par rapport au reste de la population, qui peut s'expliquer par le niveau de précarité de la population et la surexposition des personnes fragilisées aux risques liés aux conditions de vie précaires.

De plus, une enquête de la F.N.A.R.S montre qu'un tiers des personnes désocialisées ne fait pas les démarches nécessaires à l'ouverture et au maintien de leurs droits. Pour une personne marginalisée, la prise en compte de la santé n'apparaît jamais comme une priorité.

La baisse de la démographie médicale, et notamment de certains spécialistes (ophtalmologistes, psychiatres) renforce la difficulté d'accès aux soins des publics à faible mobilité.

En outre, l'offre de soins est largement inférieure à celle de la majorité des autres régions ; elle se caractérise par un équipement hospitalier déficitaire en nombre de lits et places, une sous dotation en termes de moyens et une démographie déficitaire des professionnels de santé. Ces lacunes concernent aussi bien le secteur libéral que le secteur hospitalier.

Cette disparité est aggravée par une inégale répartition sur le territoire avec une forte polarisation de l'offre de soin autour de la métropole lilloise.

L'état de santé des habitants du Département du Nord nécessite donc de continuer l'effort entrepris pour l'améliorer, par une action coordonnée tendant à l'évolution des comportements, la diminution des risques environnementaux, l'amélioration de l'offre et de l'accès aux soins mais aussi l'amélioration du dispositif de prévention et de promotion de la santé.

Cadre de l'investissement du Département du Nord

Le Département du Nord doit permettre à l'ensemble de la population de bénéficier d'une équité d'accès aux droits et aux dispositifs de soins et de prévention.

Les enjeux de la précarité dans le domaine de la santé préconisent l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population en situation de vulnérabilité, et de mieux prendre en compte au delà des soins, les besoins en éducation à la santé, domaine qui doit continuer à être soutenu.

En effet le Département du Nord réaffirme, **dans l'Article 2 de la « Charte de partenariat pour la promotion et l'amélioration de la santé des habitants du Nord-Pas de calais », en vigueur depuis Septembre 2006 :**

- la volonté de favoriser au plus proche des besoins des territoires, l'égalité des chances en matière de santé ;
- la conviction que la santé pour tous passe par l'éducation à la santé et le soutien aux acteurs de terrain, relais incontournable à la promotion de la santé ;
- la nécessité d'une politique de prévention favorisant la réponse aux besoins et priorités exprimés et partagés ensemble, dans le respect de la subsidiarité et de la complémentarité d'actions et de compétences ;
- le souhait d'offrir une démarche innovante au service du mieux être des habitants avec le souci du dialogue avec la population et les acteurs de santé du Nord et du Pas-de-Calais, et la volonté d'accompagner chacun à devenir acteur de sa propre santé.

Confrontés à la montée de la précarité repérée dans leurs structures associatives ou institutionnelles, de nombreux acteurs se mobilisent pour faire face aux conséquences sur le bien être et la santé des individus.

Les actions doivent être inscrites dans une dynamique d'innovation, de consolidation et d'évolution.

L'objectif est bien de faire évoluer les pratiques professionnelles sanitaires et sociales dans l'accès aux droits et aux soins. C'est l'accompagnement des personnes qui peut faciliter un recours au soin plus précoce.

Les actions doivent prendre en compte globalement l'individu pour favoriser une meilleure estime de soi, redonner l'envie de prendre « soin » de soi...

.../...

Enjeux

L'exclusion se caractérise par le cumul de difficultés sociales et la rupture des liens sociaux : l'incapacité de faire valoir et d'accéder aux droits sociaux fondamentaux (travail, logement, santé, éducation), met à l'écart des personnes vulnérables et les amène vers l'exclusion.

La prévention et le traitement global de ces difficultés constituent aujourd'hui un enjeu majeur pour le Département du Nord.

En terme de prévention santé, l'approche générale visée par le Département du Nord doit tendre à réduire les inégalités de santé par l'accès aux soins et à la prévention, qui est l'une des trois priorités constituant les axes de la politique santé inscrite dans le Plan Départemental Solidarité Santé (2006/2011) (Cf. : www.cg59.fr rubrique : **santé / Plan Départemental santé**)

La spécificité du programme vise à engager et accompagner la personne dans une démarche de santé.

• Objectifs

Objectif général SP 1

Améliorer le dispositif de prévention et de promotion de la santé à destination des personnes en situation de précarité.

Publics cibles

L'objectif du programme « Précarité santé » est de permettre **aux publics précaires**, en difficulté d'accès aux soins et à la prévention, de prendre conscience que la santé est une ressource essentielle à leur équilibre, qu'ils sont en capacité de renforcer les compétences individuelles qui favorisent les questionnements et l'appropriation des messages de prévention santé.

Objectifs spécifiques

Ob SP 1-1 : Poursuivre la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé adaptées aux personnes en situation de précarité sous forme d'actions collectives et/ou d'accompagnement individuel :

- Favoriser l'émergence de l'expression des besoins des personnes,
- Aider à une prise de conscience du « capital santé »,
- Renforcer les capacités de mobilisation personnelle et collective pour permettre aux personnes d'envisager une démarche de santé autonome.

Ob SP 1-2 : Promouvoir les actions en faveur des publics dont les besoins sont aujourd'hui mal couverts, avec une attention plus particulière portée pour :

- les actions en milieu rural
- les actions en direction des personnes en situation d'insertion professionnelle et/ou des travailleurs précaires.

L'activité choisie est au service de l'action, et non pas un but en soi. L'objectif ultime est bien l'amélioration de la prise en compte des besoins de santé par le participant. Les deux objectifs spécifiques doivent être poursuivis de concert.

Ces objectifs doivent être caractérisés en termes mesurables avant et après le déroulement de l'action, en fonction de leur opérationnalité de mise en œuvre (par ex: notions sur évolution des représentations de santé, mobilisation des personnes sur leur propre santé... accès aux droits et aux soins..).

De même, les actions doivent décrire « l'espace de parole » consacré à la santé au sein de l'action et la manière dont il fonctionne, avec quels intervenants, à quelle fréquence.

Recommandations particulières

1) Il faut insister sur l'intérêt de développer des programmes dont l'objectif vise non seulement à faciliter l'accès aux soins et aux droits mais aussi encourager les usagers à prendre conscience de l'importance de leur santé, de l'existence de leurs ressources personnelles, et susciter l'envie de se mobiliser.

Il s'agit d'inciter à une prise compte de la santé dans toutes ses dimensions (sociale, psychologique, physique,...) afin que soit adopté un comportement favorable à celle-ci, par une information adéquate, de qualité et des professionnels à l'écoute.

2) Si toutes les actions d'autonomie sociale ont, d'une manière ou d'une autre, un impact sur la santé globale (au sens de la Charte d'Ottawa : bien-être physique, psychique et social) elles n'en constituent pas pour autant des actions de santé éligibles à un financement dans le cadre de la politique régionale de santé publique.

Une action doit se donner un objectif d'amélioration de santé mesurable et mobilise généralement les compétences de professionnels de santé.

Les critères de sélection des projets

▶ **Critère n° 1**

Les projets doivent obligatoirement s'inscrire dans l'un des objectifs détaillés dans la présente note de cadrage, notamment en termes de publics cibles.

▶ **Critère n° 2**

Les projets doivent correspondre aux recommandations relatives aux actions de prévention telles que précisées dans le document spécifique, accessible sur le site, intitulé « instructions générales relatives aux actions de prévention, de formation et d'accompagnement, et indications par typologie ».

▶ **Critère n° 3**

Les projets seront sélectionnés selon leurs capacités à tenir compte des actions existantes et des ressources locales, en cohérence avec les priorités santé définies par le territoire concerné par l'action, le tout étant d'éviter des initiatives incohérentes ou concurrentes et les ruptures de prise en charge d'un public concerné.

▶ **Critère n° 4**

Les projets seront appréciés sur la qualité globale du projet présenté, notamment en termes de méthodologie, respect des principes généraux, justification du projet par le diagnostic local préalable, objectifs en cohérence avec les modes d'intervention choisis, effectivité des partenariat(s), formalisation du comité de pilotage, association opérationnelle des usagers, aspects budgétaires adaptés, qualité de l'évaluation, transférabilité,...).

Ces quatre critères sont cumulatifs et constitueront la grille d'analyse et de décision pour la sélection des projets financés au titre de 2010.