

États-Unis, Bénin, France : des programmes adaptés aux inégalités

À San Francisco, un programme de promotion de la santé aide les chauffeurs de bus à être moins stressés. Au Bénin, des « centres féminins » forment les jeunes filles pour leur fournir un travail et éviter les mariages forcés. En France, le département de Seine-Saint-Denis a mis en place un dispositif de prévention et d'accès aux soins pour les moins favorisés. À Grenoble, le dentiste municipal dépiste les caries dans les quartiers défavorisés et accompagne les enfants vers les soins. Focus sur quelques pratiques qui ont pour point commun de vouloir réduire les inégalités sociales de santé.

Donner un aperçu des pratiques de promotion de la santé visant à réduire les inégalités sociales de santé, tant en France qu'à l'étranger : tel était l'un des objectifs des Journées de la prévention de l'INPES. Cet article présente une courte synthèse de quelques-unes de ces pratiques, au travers d'actions concrètes (*pour les politiques publiques mises en œuvre, voir l'article de Pierre Larcher*). Premier constat : la réduction des inégalités sociales de santé s'apparente à un défi, comme l'a fait remarquer le professeur d'épidémiologie et santé communautaire américain S. Leonard Syme. Si aucune recette n'existe, il y a plusieurs exigences préalables à respecter : poser un diagnostic rigoureux de la situation, ne pas se contenter de vouloir influencer sur les comportements individuels, prendre en compte les « pressions sociales », travailler en partenariat, y compris avec les populations concernées.

Chauffeurs hypertendus de San Francisco

Exemple : l'équipe du professeur Syme a mis en œuvre un programme de promotion de la santé pour les chauffeurs de bus de San Francisco, qui souffrent majoritairement d'hypertension. Interrogés, les chauffeurs ont commencé par évoquer des douleurs de dos ; rapidement, d'autres problèmes de santé ont été identifiés : gastro-intestinaux, alcoolisme. Le projet a été réorienté pour identifier les causes, ce qui a permis de découvrir que c'était le rythme de travail qui était trop dur : on leur demandait d'effectuer leurs trajets dans un laps de temps matériellement impossible. À partir de ce constat, un

programme de promotion de la santé prenant en compte les véritables déterminants a été mis en place à leur profit, incluant une réorganisation du travail.

Autre règle de base énoncée par ce sociologue : « *Traiter les questions fondamentales qui préoccupent les personnes avec lesquelles on travaille.* » Et d'illustrer son propos avec un programme débuté en... 1962, au Michigan, auprès d'enfants âgés de 3 à 4 ans issus de familles défavorisées : à leur arrivée à l'école, et pendant deux années, ces enfants ont bénéficié d'un programme suivi de promotion de la santé ; ils ont en particulier pu exprimer ce qu'ils souhaitaient faire et les établissements ont mis à leur disposition les ressources pour y parvenir. Ces enfants ont été retrouvés à leurs 18 ans, et le constat a été fait qu'ils étaient nombreux à avoir obtenu le baccalauréat et à avoir accédé à l'université. Ces résultats positifs ont été encore plus impressionnants lorsqu'ils ont été revus à l'âge de 28, puis de 38 ans.

Actions novatrices au Bénin

Partir du possible, s'attaquer aux vraies causes : c'est le fil d'Ariane que l'on retrouve au travers de ces actions menées ici ou ailleurs. Apollinaire Hounghinihin a présenté la stratégie d'action du Bénin pour lutter contre le travail des enfants et les inégalités sociales de santé au sein de cette population. 62 % des enfants de 6 à 14 ans travaillent, la plupart privés de possibilité d'éducation et exploités. Les filles qui travaillent n'ont jamais fréquenté l'école ou l'on abandonné, « *non pour des difficultés d'as-*

similation mais à cause des difficultés économiques des parents ». Ce travail et cette non-instruction ont des conséquences sanitaires bien connues : *a contrario* le niveau de mortalité infantile diminue lorsque le niveau d'instruction de la mère augmente. Pour remédier à cette situation, le Bénin a mis en place plusieurs actions novatrices, parmi lesquelles la création de « centres féminins » qui forment les jeunes filles et leur fournissent un travail leur permettant de rester dans les villages. Douze mille jeunes filles issues de familles pauvres en ont bénéficié. Formées à la couture, à la coiffure, à la peinture ou au tissage, elles sont mieux insérées socialement. Ces centres évitent également un mariage forcé précoce, y compris chez des très jeunes. « *Ces stratégies visent à réduire les inégalités sociales de santé, notamment au niveau des enfants. Les actions sont basées sur le développement des capacités personnelles, comment former les individus à mieux se comporter, à mieux se défendre dans la société.* » Si, depuis quelques années, au Bénin, des résultats ont été obtenus dans le domaine de l'éducation et de la santé, « *les clignotants sont au rouge dans des secteurs comme le chômage des parents, la sécurité alimentaire, l'analphabétisme et l'accès aux services de base, surtout en milieu rural* ». R. A. Hounghinihin pointe aussi l'absence de cohérence dans les actions : il n'y a pas de coordination pour mesurer l'impact de ces différentes actions sur la santé et le bien-être des enfants. Cependant, des choix politiques récents vont dans le sens d'une réduction des inégalités : depuis 2007, l'enseignement primaire est gratuit au Bénin et, sur la

première année, trois cent mille enfants ont ainsi pu aller à l'école.

Seine-Saint-Denis : maillage territorial de prévention

S'il est un département en France qui a une expérience en matière de réduction des inégalités sociales de santé, c'est celui de la Seine-Saint-Denis, parmi les plus pauvres du pays. Michèle Vincenti, médecin au service prévention/action sanitaire du conseil général a exposé les avancées mais aussi les limites de la stratégie mise en œuvre localement depuis près de trente ans, le premier programme de prévention bucco-dentaire ayant été mis en place en 1984 sur la base des recommandations de l'OMS. Deux ingrédients de départ sont impératifs : pérennité de l'action et partenariats. L'orientation de l'action départementale de santé publique était clairement définie dès l'origine : « *Offrir des dispositifs pour l'ensemble de la population, avec gratuité et proximité* », d'où un maillage sur le territoire de centres de dépistage et de prévention, « *hérités de la lutte contre la tuberculose mais que le département a souhaité conserver* » pour l'accueil et la prise en charge du public.

Dans la panoplie d'actions mises en œuvre : des programmes de périnatalité et de protection maternelle et infantile, des ateliers Santé-Ville (voir article de Laurent El Ghozi), un état des lieux partagé avec la population. Et trois exemples de partenariats : le programme de prévention bucco-dentaire réalisé avec l'Éducation nationale et les Villes ; la prévention des cancers avec un partenariat structuré dans un groupement d'intérêt public et réunissant acteurs locaux, État, Assurance Maladie, professionnels, scientifiques ; la promotion des vaccinations et la lutte contre la tuberculose, en partenariat avec les hôpitaux et les professionnels. L'enjeu est désormais de parvenir à réunir les moyens financiers nécessaires pour faire face aux besoins locaux, dans un département qui cumule les inégalités sociales de santé au regard des indicateurs et des déterminants, comme l'a souligné Michèle Vincenti.

Grenoble : soins dentaires pour les enfants défavorisés

Les communes peuvent faire beaucoup pour réduire les inégalités sociales de santé. À condition de mener des

actions structurantes inscrites sur le long terme. Parmi les exemples d'actions présentées, celle de Grenoble, ou comment rendre efficaces la prévention et le suivi des caries dentaires dans les écoles des quartiers défavorisés. François-Paul Debionne, médecin directeur de la santé publique dans cette ville, a souligné qu'une telle action de réduction des inégalités exigeait : des moyens financiers, un maillage territorial complet, du temps et du suivi... sans oublier de l'audace et de la détermination. Grenoble a la particularité d'être dotée d'un important service de santé (96 personnes), idem pour le service de santé scolaire (54 personnes dont 20 assistantes sociales). Le constat de départ : un état de santé dentaire des enfants de grande section maternelle/CM2 « *considérablement* » dégradé dans les quartiers défavorisés.

Le programme de dépistage et d'accès aux soins mis en place inclut :
– le dépistage par le dentiste de la santé scolaire aidé par une assistante dentaire, qui voit tous les enfants (grande section maternelle, CM1, CM2) ;
– au-delà d'un certain taux de caries soulignant la nécessité de soins rapides, les parents sont prévenus, un accès aux soins est organisé et le dentiste soignant prévient le service de prévention santé une fois l'enfant soigné. Un accompagnement et un soutien permettent d'amener les parents à faire les démarches nécessaires ou, en tout cas, de les inciter. Une partie importante des dégâts dentaires constatés chez ces petits est imputable au « syndrome du biberon », ces enfants qui passent la nuit avec un biberon d'eau sucrée dans la bouche,

pratique catastrophique puisque certains ont jusqu'à seize dents cariées sur vingt. Ce programme de dépistage/accès aux soins a permis « *à huit enfants sur dix atteints de ce syndrome du biberon d'être réellement soignés* », souligne F.-P. Debionne. Grâce largement au travail d'interpellation des structures de soins par l'assistante dentaire ;
– dépistage et accès aux soins sont complétés par des séances d'éducation pour la santé dans les classes, sur la vie des dents, l'alimentation et le brossage.

Bilan : pendant le premier trimestre 2008, 1 100 enfants ont été dépistés dans les quartiers défavorisés, dont 5% avaient des problèmes qualifiés de « très sérieux » et 35% qui nécessitaient des soins. Les plus grandes difficultés rencontrées ? Obtenir l'adhésion des parents à la démarche de soins. Et les cas fréquents d'abandon de soins. La carie dentaire est un marqueur social. Au-delà de ce programme local, F.-P. Debionne a rappelé l'exigence posée par Stéphanie Tubert-Jeannin, enseignante en chirurgie dentaire à Clermont-Ferrand : « *Il faudrait un service de santé publique dentaire en France* ». D'où l'humilité du porteur du programme grenoblois : « *Nous bricolons* ». Mais le bilan est là. Parmi les éléments à retenir, la capacité des professionnels de santé scolaire à faire bouger les structures soignantes : « *Il y a une responsabilité particulière d'un service de prévention à mobiliser les services de soins pour que le dépistage soit effectivement suivi de soins ; c'est un devoir éthique* ».

Yves Géry