

# Conférence de Territoire

Seine-Saint-Denis

## COMMENTAIRES SUR LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

11 mai 2012

Le risque n'est pas nul de privilégier dans la prévention l'action individuelle aux dépens de l'action collective, la passivité du patient aux dépens de l'activité de l'agent, le dépistage aux dépens de l'action sur l'environnement.

Ce texte est un commentaire sur le Schéma régional de prévention. Il n'est pas une ébauche du Schéma départemental de prévention de la Seine-Saint-Denis qui reste à élaborer en s'appuyant sur les principes définis dans le Schéma régional et dans les commentaires qui suivent, notamment en mettant en place une démarche ascendante chaque fois que ce sera possible. Un thème prioritaire pourrait être la périnatalité.

### Remarques générales

La construction du document répond sûrement à une logique, mais il est bien difficile de s'y retrouver : chaque thème est abordé à des endroits différents, sous des aspects différents : population, territoire, prévention générale et/ou prévention des risques, milieu général. De plus, l'articulation avec les différents autres schémas régionaux, qu'il s'agisse des autres schémas sanitaires et médico-sociaux ou d'autres schémas comme le schéma régional de santé au travail, est évoquée à plusieurs reprises, mais ne se retrouve guère dans les fiches action ; qu'en sera-t-il donc dans la pratique ? L'ensemble des problèmes se trouvent ainsi morcelés et transformer ce puzzle en une approche systémique cohérente ne sera pas chose facile.

A titre d'exemple, ce qui concerne la périnatalité se retrouve dans les chapitres ou sous-chapitres Sages-femmes, PMI, Périnatalité, Santé mentale, et devrait aussi se retrouver dans le schéma hospitalier (les sorties précoces de maternité pour des femmes en situation difficile relèvent-elles de la prévention ou de l'hospitalisation?), dans les schémas ou plans concernant le logement, le travail et le chômage, etc.

Par ailleurs, la confusion est fréquente entre prévention et promotion de la santé, entre santé et soins.

### Note : en italique, les citations du Schéma régional de prévention

Destanne de Bernis (G.), Grémy (F.) et Pissarro (B.). -Propositions pour une politique de prévention – Rapport au ministre de la santé. -La documentation française, Paris 1982.

## **Le cadre conceptuel.**

Il est très intéressant et très positif de constater que le Schéma prend comme cadre conceptuel la promotion de la santé et que, au sein de celle-ci, il fait la part belle à la santé communautaire.

Rappelons que la promotion de la santé est « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Elle se décline autour de cinq stratégies :

Élaborer une **politique publique saine**

Créer des **milieux de vie favorables** à la santé

**Renforcer l'action communautaire**

**Développer des aptitudes individuelles**

**Réorienter les services de santé** vers la prévention et la prise en compte globale de l'individu

Rappelons aussi les repères de la Santé communautaire qui ont été définis par le Secrétariat Européen des Pratiques de Santé communautaire (SEPSAC) :

Repères relatifs à une approche en promotion de la santé

**Avoir une approche globale et positive de la santé**

**Agir sur les déterminants de la santé**

**Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé**

Repères spécifiques à la stratégie communautaire

**Concerner une communauté**

**Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction (participation)**

**Favoriser un contexte de partage, de pouvoir et de savoir**

**Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté**

Relatif à l'aspect méthodologique

**Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente**

**Il va de soi que chaque action de prévention ne peut pas s'inscrire dans les cinq stratégies et dans les huit repères, mais il faut vérifier si et pourquoi elles ne le peuvent pas.**

Ce cadre est rappelé et détaillé dans ses implications pratiques à de nombreuses reprises tant dans le Schéma que dans ses annexes, notamment en ce qui concerne la place et le rôle de la population dans une politique de prévention (cf. notamment La participation de la population pp. 12 et 13, et fiches Promotion de la santé 5, 6, 7 et 8 de l'annexe 4)

Nos remarques majeures concernent le manque de cohérence entre ce cadre affirmé et les principales déclinaisons pratiques du Schéma.

Nous les regrouperons en 5 grands chapitres :

Quelques remarques sur la place des habitants

La lutte contre les inégalités sociales de santé, la prise en compte des déterminants de santé et la coordination avec les autres acteurs publics

Organisation Mondiale de la Santé, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève 1986.

- Les problèmes liés à l'approche territorialisée, en étroite relation avec le précédent
- L'offre de prévention
- Les priorités thématiques en santé publique.
- **1. Quelques remarques sur la place des habitants**
- La référence reste fréquente à des « **publics-cibles** », alors que la Promotion de la santé se construit avec les intéressés et qu'on ne peut à la fois être acteur co-constructeur et cible.
- Le comité de pilotage du schéma de prévention semble ne comporter que très peu d'usagers (associations... lesquelles ?) au regard des institutions présentes (p. 15).
- Dès que les aspects techniques semblent dominer, les instances concernées ne comportent plus d'habitants ou de leurs représentants. Du coup, la technique prend le pas sur la pertinence et sur les attentes, les préoccupations et le vécu de la population avec un déni de son vécu, de ses compétences et de ses potentialités.
- Il est précisé (p.27) que : *L'efficacité (et l'efficience) d'un plan d'actions sur une problématique de santé repose sur la coordination et la complémentarité des 3 domaines d'intervention : les*
- *déterminants sociaux et environnementaux, l'offre de santé, les usagers eux-mêmes et*
- *leurs comportements. Chaque programme devra s'appuyer sur ce trépied.* Il ne s'agit pas que de leurs comportements, mais aussi et surtout de leur implication dans des projets cohérents avec leurs préoccupations et leurs contraintes environnementales, de logement,... , co-construits avec eux, de telle sorte qu'ils puissent **contrôler leur santé et ses déterminants** (Charte d'Ottawa).
- Pour renforcer l'action communautaire et la démocratie sanitaire, il est proposé d'instaurer une relation permanente avec les usagers de santé par le biais de la représentation des usagers dans les différentes instances. Rappelons que cette proposition est très insuffisante et qu'il faut renforcer leur place à tous les stades dans les diagnostics locaux et la construction des objectifs, puis des plans d'actions.
- A titre d'exemple, deux fiches où le rôle des non professionnels de la santé est absent ou très insuffisant :
- **Fiche M2**
- Développer les mesures d'Évaluation d'Impact en Santé (EIS)
- « • Autres politiques publiques (logement, transport, éducation, aménagement du territoire, etc.)
  - Collectivités locales et territoriales
  - Citoyens/usagers »,
- sont considérés comme des partenaires à consulter et non comme des acteurs concernés, alors qu'ils le sont au premier chef.
- **Fiche M2 b**
- Construire un outil de diagnostic et de suivi des inégalités sociales et territoriales de santé dans le champ de la santé environnementale
- Le groupe projet comporte ARS, ORS et université, mais la société civile a disparu, qu'il s'agisse des collectivités locales ou des habitants.
- Il serait intéressant d'ajouter une fiche action visant à favoriser l'implication des usagers à toutes les étapes du processus participatif et une fiche action pour assurer le développement de la démocratie sanitaire dans d'autres champs que la santé environnementale.
- La participation des habitants doit être reconnue au même titre que celle des professionnels, des

institutionnels... La reconnaissance passe par un statut bien défini, par l'octroi de moyens de travailler efficacement comme en disposent les professionnels et par des possibilités de formation.

## **2. La lutte contre les inégalités sociales de santé, la prise en compte des déterminants de santé et la coordination avec les autres acteurs publics**

*L'Agence régionale de santé d'Île-de-France souhaite jouer le rôle de chef d'orchestre et mettre la santé dans toutes les politiques en région pour agir efficacement sur l'ensemble des déterminants et contribuer à réduire ainsi les inégalités sociales et territoriales de santé. L'articulation avec les autres plans régionaux est sûrement fondamentale, mais d'une grande complexité qui en rend l'analyse critique quasi impossible. Cette articulation ne fait mention d'aucun objectif opposable et elle risque de se faire au gré de la bonne volonté des uns et des autres et cela dans une période de grande pénurie. De plus, la multiplication des Schémas a tendance à morceler les problèmes.*

Ces orientations s'appuient sur des conventions-cadres dont certaines sont déjà signées, mais gagneraient à être rendues publiques et mises en annexe du Schéma pour que l'on puisse en voir les propositions concrètes et leurs objectifs, leurs atouts et leurs limites. En tous cas, ces conventions devraient être établies à partir des besoins concrets de la population pour organiser ensuite les acteurs de façon intersectorielle. Elles doivent comporter des objectifs évaluables afin d'engager les partenaires et de permettre à l'Agence de faire pression sur eux.

Il faudrait rappeler ici notamment que le rôle de chef de file de l'action sociale est dévolu aux Départements par les textes. Une réflexion sur le partenariat institutionnel avec les Conseils généraux mérite d'être engagée, d'autant que ces derniers ont également des compétences en prévention (PMI, médico-sociale) ou des compétences déléguées dans la prévention des maladies infectieuses et du cancer notamment en Seine-Saint-Denis. Ce partenariat pourrait être officialisé dans le cadre de contrats de territoire par exemple.

Mais le même type de réflexion se pose avec les autres acteurs publics.

Les actions avec les partenaires autres acteurs publics sont renvoyées en Annexe II. Dans cette annexe, la première partie déroule une liste de partenaires potentiels et les domaines concernés, mais sans aucun objectif ; la deuxième partie, déclinaison territoriale par secteurs, est une série de tableaux par département, énumérant types d'actions et acteurs/partenaires, mais sans aucun contenu. Ici aussi, il est impossible de se rendre compte des richesses potentielles de ces partenariats, mais aussi de leurs limites. Il semble que beaucoup d'entre les actions relèvent de l'offre de prévention. Nous y reviendrons.

Quoi qu'il en soit, il est essentiel de bien préciser le rôle de l'ARS : s'agit-il de définir les grandes orientations stratégiques et les priorités pour agir sur les déterminants de santé en déléguant leur mise en œuvre par les acteurs déjà à la manœuvre depuis longtemps et connaissant bien leurs publics, ou s'agit-il aussi d'en coordonner leur mise en œuvre ? Que devient alors le rôle des acteurs locaux, seulement prestataires, ou aussi en charge de coordination locale des actions et activités menées auprès des publics ?

### **Un grand absent dans le domaine des inégalités sociales de santé, le travail.**

Il n'y est guère fait mention qu'au sujet de l'entreprise, et encore de façon très restrictive : *L'entreprise est un lieu privilégié pour informer et sensibiliser les populations adultes sur les comportements favorables à la santé, les vaccinations, les dépistages, les maladies chroniques (p. 30).* Ce ne peut être vrai que si l'entreprise est en même temps un lieu favorable à la santé, ce qui est rarement le cas...

L'Agence souhaite la mise en place d'actions de sensibilisation sur les thèmes de la santé et du bien-être des salariés et participe au Comité régional de prévention des risques professionnels d'Île-de-France (CRPRP), instance consultative compétente dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. Mais le travail comme pivot des inégalités, tant par les conditions de travail que par les inégalités en termes de revenus, de temps disponible, de liberté, d'influence sur le logement et les déplacements et leurs conditions, sans parler du chômage, n'est pratiquement pas évoqué dans l'ensemble du Schéma et de ses annexes. (Il n'apparaît guère que dans l'annexe 4 (Fiches Promotion de la santé), et encore de façon épisodique sous forme de simple citation.

### **3. Les problèmes liés à l'approche territorialisée**

Comme le chapitre précédent, il concerne essentiellement l'approche des déterminants de santé pour lutter contre les inégalités de santé.

Devant l'affirmation : *une stratégie efficace pour lutter contre les inégalités sociales de santé est l'approche territoriale, qui répond de façon la plus pertinente aux besoins des populations* (p. 16), il faut rappeler que les stratégies les plus efficaces se jouent précisément avec les autres acteurs publics (et privés).

Même si le territoire est défini en Île-de-France comme étant le département, il est fait état ici du niveau territorial local, quartier ou commune, et le texte met en exergue l'intérêt des CLS, *dispositif innovant contribuant à la lutte contre les inégalités de santé*.

En fait, même si la réduction des inégalités se joue en partie au niveau « territorial », elle passe aussi (surtout?) par des stratégies au niveau national ou régional : modification des droits, donc des accès aux droits, prise en charge des soins, politique du logement, droit du travail, politique de la ville, etc. A rapprocher de *une entrée environnementale, car l'exposition à des risques environnementaux a une dimension sociale pas assez prise en compte...* (p. 13). La lutte contre l'exposition aux risques environnementaux a une composante nationale, voire internationale, majeure, même si elle a des déclinaisons ou des spécificités locales.

Les CLS

Le texte de loi prévoyait que les CLS puissent contribuer à la mise en œuvre du plan régional de santé ; et le choix restrictif est fait de réserver les CLS, à l'instar des Ateliers santé Ville, à des territoires fragiles (IDH2). Oui, mais qu'en sera-t-il dans les villes sans CLS ? Sont-elles exemptes d'inégalités sociales de santé, alors que ces dernières y sont souvent importantes, mais peu visibles ?

Au niveau local, *le diagnostic sera partagé et affiné dans le cadre d'une concertation entre les délégations territoriales et tous les acteurs de santé, partenaires et usagers sur le terrain, [...]*. En fait, ces dynamiques locales existent déjà dans de nombreuses communes, avec une bonne connaissance partagée des difficultés, mais aussi des potentialités locales. Là où des politiques locales existent depuis longtemps, les CLS devront trouver comment donner de la valeur ajoutée à ce qui se fait déjà. Un des problèmes est d'affiner les évaluations, et de les faire remonter à des niveaux moins périphériques.

En même temps, une interprétation de cette priorité donnée au niveau local pourrait être une

*Les facteurs d'inégalités sociales de santé et les politiques publiques qui s'y attachent sont définis à un niveau national voire international. Ainsi les acteurs locaux doivent prendre part aux débats politiques nationaux voire supranationaux, dans leur champ de compétence. L'Agence compte bien jouer un rôle dans l'organisation de la capacité d'influence et de plaidoyer des acteurs locaux par une stratégie régionale qui pourra être relayée au niveau national.*

volonté politique de transférer la responsabilité de la réduction des ISS aux collectivités territoriales de proximité.

Inclus dans cette notion de territoire, le projet de développement de l'e-médecine est sûrement un projet intéressant, mais il semble peu pertinent pour les populations précaires qui maîtrisent mal les outils d'information en général, avec un risque fort de creuser les ISS.

Il est pertinent d'axer les efforts en direction des populations et des territoires où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes. C'est là que doit se situer la priorité d'action de l'Agence.

Il est alors beaucoup plus pertinent d'agir d'abord et fondamentalement sur les déterminants sociaux et environnementaux plutôt que de compter sur l'éducation pour la santé dont les effets attendus en termes de capacité à faire des choix éclairés semblent hors de propos quand il faut d'abord améliorer les conditions de vie. Ces choix éclairés viendront par la suite.

En effet, agir sur ces déterminants implique d'avoir accès à une alimentation équilibrée, un logement (sain), d'être éloignés des zones d'exposition aux pollutions environnementales, d'avoir une place réservée à la crèche pour les plus démunis et les foyers monoparentaux, d'avoir une prise en charge médicale et sociale des grossesses à risque... En résumé, agir d'abord sur les déterminants sociaux et environnementaux des plus défavorisés en partenariat avec eux, puis s'engager avec eux dans des actions d'éducation pour la santé en s'appuyant alors sur les thématiques jugées les plus prioritaires.

#### 4. L'offre de prévention.

##### Activer des leviers pour une évolution positive de l'offre régionale en prévention (p. 35)

Ce chapitre est axé sur la vision de la prévention comme **offre** à une population d'actions qui semblent se résumer à des actions d'éducation pour la santé, qui doivent être *professionnelles, labellisées*, alors qu'elles ne seront efficaces que si elles sont co-construites entre les différents acteurs, habitants, professionnels et élus. Sinon, elles risquent d'être moralisantes et culpabilisantes quand elles sont détachées du contexte de vie des habitants, de porter plus sur les comportements individuels que sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

La *professionnalisation des acteurs pour une meilleure réponse aux besoins spécifiques de la population* (p. 35) est certes indispensable **si cette professionnalisation porte en priorité sur leur capacité à co-construire les actions avec les intéressés**, ce qui implique que les « besoins spécifiques de la population » soient déterminés avec elle ainsi que les réponses.

Mais cette professionnalisation est actuellement centrée sur les aspects techniques, eux-mêmes définis entre professionnels, comme en témoignent les fiches action M5, M6 et M7

Développer la démarche d'évaluation auprès des promoteurs en prévention et promotion de la santé.

Mettre en place un label ARSIF pour des projets relevant de la Prévention Promotion de la santé (PPS)

Développer l'évaluation de structures réalisant des actions en PPS

qui ne renvoient qu'à des professionnels.

Si on voit bien l'intérêt des démarches d'évaluation et de labellisation, elles doivent être contrôlées par les acteurs de terrain (habitants, élus et professionnels) pour éviter le risque de « technicisation ». Il faut de même veiller à ce que les processus d'évaluation bénéficient en premier lieu aux acteurs de l'action, ce qui implique que ceux-ci soient partie prenante dans la définition des objectifs, des modalités de l'évaluation, de sa mise en place et de son analyse, autrement dit que soit donnée une place privilégiée aux processus d'auto-évaluation accompagnée, faute de quoi les acteurs risquent fort de ne tirer que peu de bénéfices des évaluations.

Le Pôle régional de compétences devra être particulièrement attentif sur ces points  
*Chacun doit aujourd'hui pouvoir garder la tête claire et faire ses choix. C'est la raison pour laquelle les associations patients/usagers offrent au public des outils afin qu'il puisse faire ses choix en connaissance de cause. Pouvoir faire ses choix en toute connaissance de cause implique que les déterminants sociaux et environnementaux n'ont qu'une influence relative, alors que... Le rôle des associations n'est pas limité à celui de l'information pour permettre un libre choix ; il s'agit aussi de permettre aux personnes qui en sont éloignées pour diverses raisons de défendre l'accès à leurs droits, et de faire respecter ces droits si elles n'en ont pas la possibilité.*

On peut, à propos des actions nombreuses et mal évaluées et de la tendance aux regroupements, insister sur l'intérêt de ces petites actions de proximité menées par de petites associations bien intégrées dans le tissu social, mais difficilement appréciables avec les méthodes habituelles de l'évaluation classique et quantitative, alors que les méthodes d'évaluation plus fines, certes nécessaires, demanderaient des moyens souvent disproportionnés avec le budget de ces actions (une telle évaluation peut demander un budget entre 20 et 100% du coût de l'action elle-même).

« Mais les subventions données aux associations ont diminué alors qu'elles étaient déjà modestes. Elles se chiffrent, en moyenne, autour de quelques milliers d'euros par an par action. Enfin, cette recherche obstinée d'objectivité mesurable [...] présentée dans des tableaux Excel nuit à la lisibilité des actions qui se déroulent concrètement sur le terrain. Les succès existent tant sur le plan individuel que collectif ou territorial. Il y a eu une multitude de réalisations. »

#### **Intégrer la prévention aux parcours de santé (p. 42)**

Cette partie ne fait aucune référence explicite ou implicite à la promotion de la santé, comme si les mécanismes de l'amélioration de la santé étaient fondamentalement différents de ceux de la réduction des inégalités, mais s'appuie surtout sur des actions ciblées sur les problèmes de santé individuelle, alors que celles-ci gagneraient en efficacité-efficience à être basées sur les principes et les méthodes de la promotion de la santé. Ici encore, puisqu'il s'agit de professionnels, les usagers (ici, c'est bien le terme qui convient) n'ont plus d'avis à donner, ne participent plus à l'élaboration des projets et des programmes.

Il devrait s'agir de parcours de santé et non de soins, et d'élaborer les projets avec les intéressés plus que de vouloir améliorer la santé des gens malgré eux ou sans eux. La perspective de continuité des soins risque de donner la priorité aux problèmes « médicaux » et de faire passer au second plan les actions sur les déterminants de la santé. Le texte est souvent en porte-à-faux entre prévention « imposée » et promotion de la santé.

En ce qui concerne l'éducation thérapeutique des patients, le chapitre est très médico-centré et insuffisant sur l'implication des usagers qui ne doit pas se limiter à une simple prise en compte de la parole et des attentes des patients, sans oublier leur entourage. Il s'agit aussi et surtout de valoriser et d'étendre les expériences d'éducation thérapeutique par les pairs où leurs savoirs et compétences sont placés au même niveau que les connaissances des professionnels de santé. Les pairs devraient, eux aussi, bénéficier de formations (des expériences existent, en particulier dans le domaine du dépistage du cancer du sein) et de reconnaissance de leurs compétences.

#### **Renforcer les dispositifs de veille afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de détecter les menaces pour la santé publique (p 71)**

Marie-Odile Terrenoire. - Politique de la ville et richesse des quartiers  
- Renouveler le regard sur les quartiers « défavorisés »

Dans le cas de la surveillance de la tuberculose (p 72), celle-ci ne doit pas se limiter à l'approche épidémiologique et à la réalisation la plus exhaustive possible des enquêtes, mais aussi s'élargir aux facteurs sociologiques et sociaux des populations touchées : conditions de logement, accès aux soins et aux droits, représentation de la maladie, risques de pertes de revenus... L'implication des habitants à risque de tuberculose inscrite dans une démarche de santé est à favoriser. La CIRE pourrait renforcer son rôle d'alerte épidémiologique territoriale au niveau des quartiers.

#### **5. Priorités thématiques en santé publique**

La démarche présentée pour chaque priorité est à quelques exceptions près, très descendante de prévention thématique et ciblée.

#### **La périnatalité et la petite enfance : lutter contre la mortalité périnatale, la prématurité et le handicap.**

L'ensemble du chapitre est à croiser avec le rôle des sages-femmes et le rôle de la PMI, avec la santé mentale, ce qui n'en facilite pas la compréhension.

*Favoriser le repérage des femmes enceintes et des couples en situation de vulnérabilité (femmes isolées, primo-arrivantes, avec troubles psychiatriques, en errance, etc.) par le renforcement de l'entretien prénatal précoce (EPP). Quid au-delà du repérage et de l'entretien ? Rien sur le logement, le travail ou le chômage... Il faut agir sur la précarité qui induit un faible suivi plutôt que de renforcer un suivi qui ne le sera pas. Et, en même temps, on raccourcit systématiquement la durée de séjour à l'hôpital après l'accouchement !!!*

Les actions d'éducation à la santé pour promouvoir des comportements favorables des jeunes parents, mais aussi de l'ensemble des professionnels prenant en charge le petit enfant ont, en raison des thèmes retenus (risque foeto-maternel lié à la consommation de substances psycho-actives (tabac, prévention du Syndrome d'alcoolisation foetale), risque infectieux lié au VIH, aux IST et aux hépatites, nutrition et les conséquences de l'obésité et du surpoids, allaitement et ses bienfaits), des risques forts d'être stigmatisants et culpabilisants, donc contre-productifs et nécessitent une attention particulière à la formation permanente des professionnels qui peuvent être impliqués.

#### **Les enfants, adolescents et jeunes adultes**

Quelques remarques sur les thèmes envisagés à l'école :

Brossage de dents : est-il toujours possible – et encouragé – de se brosser les dents après chaque repas à la cantine, ou seulement quand les actions sont en cours ?

Obésité et conduites alimentaires : comment les liens entre pauvreté et alimentation, sans stigmatiser les élèves en difficulté, comment les pratiques alimentaires familiales sont-ils pris en compte ? Quels liens avec la restauration scolaire ?

Sexualité : comment passer de l'approche par les – nombreux – risques à une préparation à une sexualité épanouie ?

*Concernant les addictions, c'est une approche globale et précoce qui sera privilégiée. Il s'agira d'aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. La prévention passera par des connaissances relatives à leur santé, aux produits (tabac, alcool, cannabis), leurs effets et la législation en vigueur, mais aussi par le développement de compétences psychosociales permettant une mise à distance critique des stéréotypes et des pressions sociales poussant à la consommation (p. 101). On peut s'étonner de cette approche uniquement individuelle, certes*



nécessaire, mais qui fait l'impasse de tout le contexte qui entoure la consommation de produits « addictants », de toute distinction entre consommateurs occasionnels, habituels ou dépendants, de toute référence aux problèmes liés à la pénalisation de l'usage des produits illicites et au trafic ou de la politique délibérée des cigarettiers pour accroître la dépendance au tabac.

De fait il apparaît nécessaire d'adapter la prévention des addictions aux différents milieux et publics concernés, et articuler prévention de l'usage, intervention précoce, laquelle est à l'interface de la prévention et du soin, et réduction des risques, cette dernière, également à l'interface de la prévention et du soin, visant à prévenir l'aggravation de la situation socio-sanitaire des personnes qui en bénéficient. Rappeler aussi que la prévention, en matière d'addiction, n'est pas une vaccination, et nécessite des actions qui durent dans le temps.... Enfin les problématiques addictives concernent tous les âges de la vie, et pas seulement les jeunes. Si cibler les jeunes est légitime du fait de vulnérabilités spécifiques à l'adolescence, n'oublions pas les adultes, ainsi que les personnes plus âgées.... Par ailleurs il serait utile d'articuler les actions menées par les acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, voire d'autres domaines (police, gendarmerie...).

Notons aussi que cette approche globale des addictions centrée sur les jeunes ne fait pas ressortir les risques particuliers et majeurs que constituent le tabac et l'alcool à tous les âges.

De toutes façons les thèmes sont choisis par les professionnels et non par les élèves et leur participation active à tous les stades de l'action de son élaboration à l'organisation de l'évaluation n'est même pas évoquée...

Rien sur les services de santé scolaire qui se trouvent dans un autre chapitre.

Rien sur les grandes difficultés en milieu étudiant, et encore moins sur les adolescents et jeunes adultes sortis du système scolaire et/ou au chômage.

#### **La santé mentale**

Une partie du chapitre est consacrée à la santé mentale des enfants et des jeunes. La séparation d'avec le chapitre précédent semble pour eux très arbitraire et mieux vaudrait regrouper tout ce qui concerne l'enfance puis l'adolescence où tous les problèmes sont souvent intriqués.

On y retrouve le problème des compétences psycho-sociales à acquérir *dès le plus jeune âge* (p.103), mais comment aborder l'estime de soi quand les pratiques éducatives ont plutôt tendance à déprécier les élèves en difficulté, phénomène aggravé par les évolutions récentes des effectifs et de la formation pédagogique ? Quand l'école est un des principaux facteurs de maintien et de reproduction des inégalités sociales.

Par ailleurs, l'expérience des quelques conseils locaux de santé mentale montre qu'ils ont déjà bien du mal à essayer de résoudre les problèmes lourds et ont peu tendance à s'investir dans les problèmes de prévention Promotion de la santé. Et on sait la misère de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie.

#### **L'habitat indigne et ses conséquences sanitaires**

C'est un domaine où des objectifs quantifiés (avec la nécessité de s'en donner les moyens...) serait particulièrement bienvenus dans les actions multi-partenariales prévues : on retrouve certes des indicateurs de résultats dans la fiche action THI 1, mais pas dans les objectifs.

Il nous paraît important de mettre plus fortement l'accent sur l'impact négatif de l'habitat indigne et pas seulement de l'habitat insalubre en matière de santé. S'il est vrai que les actions et leur prise

en charge ne relève pas de la seule responsabilité de l'ARS, il est malheureusement à remarquer que celle-ci ayant procédé à une analyse assez réaliste de la situation en tire de bien insuffisantes conclusions : en effet *chargée de la vérification de la salubrité des logements* elle résume son action à *la définition, la mise en œuvre et le suivi des mesures contre la saturnisme infantile* (page 92). Seul un habitat (et pas seulement un logement) de qualité, répondant aux besoins des individus et des groupes familiaux tant en surface qu'en équipements, est une exigence fondamentale du bien vivre.