

# ACCÈS À LA SANTÉ

- Fiche 8.1. Dispositifs d'accès à la santé
- Fiche 8.2. Réseaux de santé
- Fiche 8.3. Santé et territoires

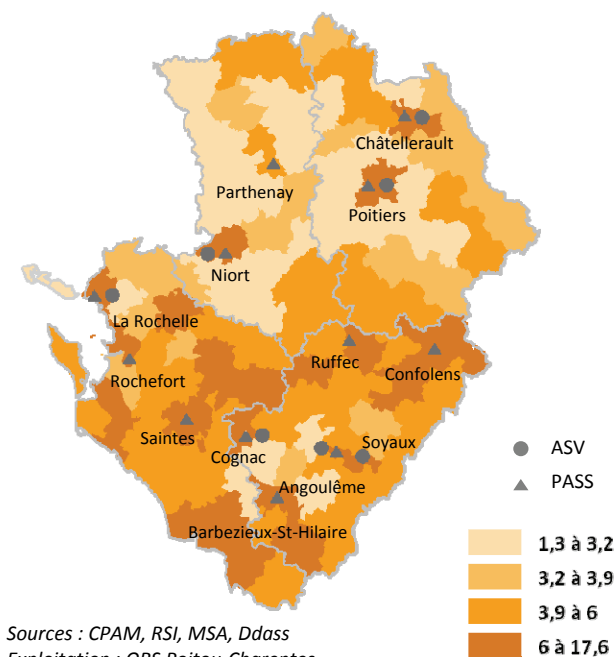


## Des dispositifs d'accès à la santé majoritairement urbains

L'accès à la prévention et aux soins constitue un des facteurs d'inégalités de santé, notamment pour les personnes les plus fragilisées socialement et les plus exposées à des pathologies graves. Ainsi, en 2004, selon l'enquête soins et protection sociale, 13 % de la population adulte déclarait avoir renoncé, au moins une fois au cours de l'année, à des soins de santé pour des raisons financières. De même, les soins préventifs tendent à être utilisés de façon inégalitaire, même en l'absence de barrière de coût. Depuis plus de dix ans, plusieurs dispositifs ont été instaurés afin de réduire ces inégalités. Ainsi, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps), institués par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, constituent un outil de concertation et de coordination visant à améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. Dans ce cadre, les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ont été mises en place afin de faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Toujours dans le prolongement des Praps, le comité interministériel des villes a précisé en 1999, les orientations de la politique de la ville en matière de santé avec la mise en place d'*ateliers santé ville*. En 2000, la couverture maladie universelle (CMU) a été créée dans le but d'assurer à tous une couverture maladie de base et de proposer aux personnes les plus démunies de bénéficier gratuitement d'une couverture complémentaire. La même année a été modifiée l'aide médicale d'Etat (AME) dont la vocation est de rendre possible l'accès aux soins pour les personnes étrangères qui résident en France de façon continue depuis plus de trois mois, mais qui demeurent en situation irrégulière. Plus récemment, la loi de santé publique de 2004 s'est fixé pour objectif de réduire les obstacles financiers d'accès aux soins pour les personnes en situation précaire. Cette même année, la loi relative à l'assurance maladie a mis en place une aide à la souscription d'une complémentaire santé en faveur des personnes dont les revenus n'excèdent pas le plafond de la CMU complémentaire majoré de 15 %. Enfin, la loi Hôpital patient santé et territoire de 2009 énonce que les agences régionales de santé veillent « à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité et d'exclusion ».

## EN POITOU-CHARENTES

Part de bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2008 (%) et localisation des PASS et ASV



## Quelques éléments clés

- ☞ 12 Pass et 7 ASV en Poitou-Charentes
- ☞ Réactualisation du PRAPS en 2009
- ☞ 300 actions financées par le GRSP en 2008 et 2009 sur les territoires prioritaires

## Permanences d'accès aux soins de santé et ateliers santé ville

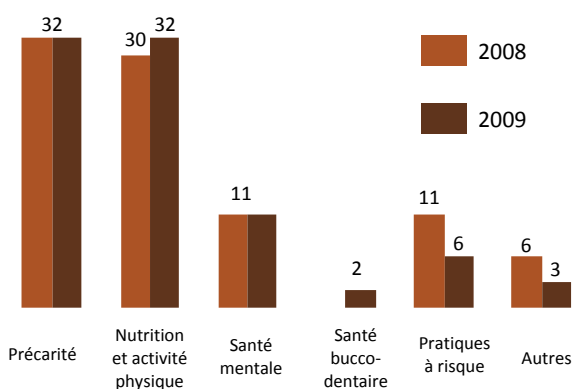
L'un des principaux objectifs du Praps de 1<sup>ère</sup> génération couvrant la période 2001-2003 consistait en la mise en place progressive de dix Pass sur l'ensemble du territoire régional. En 2009, douze Pass existent effectivement en Poitou-Charentes : cinq en Charente, trois en Charente-Maritime, deux dans les Deux-Sèvres et deux dans la Vienne. Ces services hospitaliers d'accompagnement des personnes en situation de précarité dans leur accès aux soins hospitaliers et dans leurs démarches de reconnaissance de leurs droits constituent souvent des partenaires des ateliers santé ville.

Certaines Pass proposent des permanences hors des murs de l'hôpital, par exemple le relais George Charbonnier à Poitiers ou au sein de centres sociaux à Niort.

Au total, l'ensemble des ASV picto-charentais, tous créés en 2007 ou 2008, porte sur vingt quartiers prioritaires ou zones urbaines sensibles (Zus) regroupant près de 90 000 habitants.

Pass et ASV sont donc majoritairement implantés sur des territoires urbains, alors que de fortes proportions de bénéficiaires de la CMUc (voir fiche Précarité) sont observées sur certains territoires ruraux. Cette superposition géographique entre indicateurs défavorables et faiblesse des ressources en matière de prévention et d'accès aux soins en milieu rural est d'ailleurs l'un des constats issus des réflexions des groupes de travail mis en place, fin 2009, dans le cadre de la réactualisation du Praps.

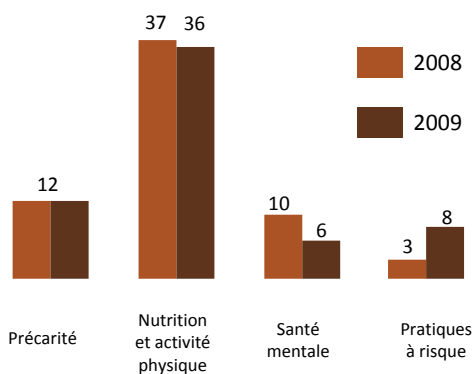
### Actions financées par le GRSP en 2008 et 2009 au sein des territoires urbains (contrats urbains de cohésion sociale)



Source : GRSP [2]

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### Actions financées par le GRSP en 2008 et 2009 au sein des territoires ruraux définis comme prioritaires par le GRSP



Source : GRSP [2]

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

#### Définitions et concepts

**ASV** : dispositif de coordination visant à améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville.

**Pass** : service hospitalier de prise en charge médico-sociales des personnes en situation de précarité.

Des compléments d'informations vous sont proposés dans les fiches Définitions et Méthodologie.

#### Pour en savoir plus

- Haut comité de santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Décembre 2009. 100 p.
- Groupe régional de santé publique. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité réactualisé. Novembre 2009. 32 p.
- Villes au carré. Etat des lieux des ateliers santé ville en région Centre et Poitou-Charentes. Avril 2009. 59 p.
- J. Lebas. Permanence d'accès aux soins de santé : 10 ans d'expériences méconues. La revue de médecine interne. Vol. 30. Sup. 2. Juin 2009. p. S8-S9
- Allonier C., Guillaume S., Rochereau T. Enquête Santé et Protection Sociale 2004 : premiers résultats. Irdes. Questions d'économie de la santé. N° 110. Juillet 2009. 6 p.
- DGS. Evaluation nationale des PRAPS 1. Juillet 2003. 50 p.

### Orientations du Praps en 2009

La deuxième génération du Praps a porté sur la période 2004-2006 puis a été intégrée dans le cadre du plan régional de santé publique. En 2009, un travail de réactualisation a été conduit afin, d'une part de faire un bilan des objectifs précédents, et d'autre part d'en définir de nouveaux. Ainsi, cette réactualisation a abouti à 4 préconisations principales : Renforcer l'approche territoriale pour contribuer à réduire les inégalités de santé, développer l'accès aux soins et à la prévention, prendre en compte des publics spécifiques (détenus, travailleurs saisonniers, apprentis et étudiants, gens du voyage, personnes âgées isolées), prendre en compte les inégalités sociales de santé dès la petite enfance.

### Actions financées par le groupement régional de santé publique (GRSP)

Le GRSP financé par des crédits de l'Etat et de l'assurance maladie, a été installé en 2006 afin de mettre en œuvre les orientations du plan régional de santé publique (PRSP). Il est composé de représentants de l'Etat, des régimes d'assurance maladie, de l'agence régionale de l'hospitalisation, d'établissements publics de l'Etat (InVs et Inpes), de collectivités territoriales et de personnalités qualifiées. Le GRSP a défini des priorités d'actions à partir des axes du PRSP et décidé de leur financement direct ou dans le cadre d'appels à projets.

Ainsi, en 2008 et 2009, près de 250 actions ont été financées dans le cadre de la mise en œuvre du Praps, soit sur les territoires urbains définis dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale, soit des territoires ruraux identifiés comme prioritaires par le GRSP. En milieu urbain (Cognac, Rochefort et Saintes, et les quartiers prioritaires des communautés d'agglomérations d'Angoulême, La Rochelle, Niort, Châtelleraut et Poitiers), les trois quarts des actions ont porté soit sur la précarité (actions transversales en direction de populations cibles), soit sur la nutrition et l'activité physique.

Au sein des territoires ruraux, c'est sur le thème de la nutrition et de l'activité physique que le plus d'actions ont été financées. Ces actions sont majoritairement portées par des associations, des établissements scolaires, des centres socioculturels et plus rarement par des collectivités territoriales ou des établissements de santé.

#### Une action de promotion du droit à la santé et de l'accès aux soins en direction des gens du voyage

Le centre social *Le Chemin du hérisson* est une association dont l'objet est l'accompagnement des gens du voyage dans le nord de la Charente. L'une des actions de cette structure porte, d'une part sur l'accompagnement des familles dans leurs démarches (prise de rendez-vous médicaux, dossier de demande de couverture maladie universelle...), et d'autre part sur l'accompagnement physique à des rendez-vous avec des professionnels de santé. Cette action, cofinancée par le GRSP et la Ddass, a permis en 2007 et 2008, d'accompagner individuellement près de 90 personnes.

## Une priorité régionale pour la prise en charge coordonnée des problématiques liées au vieillissement

Deux types de réseaux de santé se sont développés depuis les années 1980 les réseaux de santé et les réseaux de soins. Correspondant à une approche globale du patient, les réseaux de santé sont apparus dans des territoires en difficultés socio-économiques et pour des populations en situation souvent précaire. La seconde approche par les réseaux coordonnés de soins, est davantage celle d'organismes de sécurité sociale, d'assureurs ou d'hôpitaux qui ont essayé de mieux coordonner les soins pour maîtriser les dépenses. Les réseaux ont été reconnus par les ordonnances d'avril 1996 en tant qu'expérimentations à vocation surtout tarifaire (réseaux de soins) puis consacrés par la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique et procéder à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

Les réseaux de santé sont facteurs de décloisonnement, notamment entre l'hôpital et la ville et entre le médical et le social. Ils promeuvent la coordination de tous les intervenants, la valorisation de l'action des professionnels, ainsi que la responsabilisation de l'utilisateur au centre de l'organisation mise en place. Le résultat attendu est l'amélioration de la qualité des prises en charge, globales et continues. Ils représentent un outil important de structuration de l'offre de soins et répondent aux priorités des politiques de santé publique.

La loi de financement de la Sécurité sociale de 2007 a créé le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) qui permet notamment de financer les réseaux de santé. Ce Fiqcs est géré par la mission régionale de santé. Enfin, la loi Hôpital, patients, santé et territoire du 21 juillet 2009 prévoit que les réseaux de santé signataires d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé puissent percevoir une dotation de financement du Fiqcs.

## EN POITOU-CHARENTES

## Réseaux de santé financés en 2008 : thématiques et zones de couverture

Thème du réseau	Zone géographique couverte		
	Régionale	Départementale	Locale
Personnes âgées	-	-	13
Périnatalité	1	-	-
Cancérologie	1	-	-
Conduites addictives	-	2	-
Diabète	-	-	1
Douleur	-	1	-
Insuffisance cardiaque	-	-	2
Soins palliatifs	-	1	1
Troubles du langage	-	-	1
VIH/VHC	-	2	-

Source : Urcam

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

## Quelques éléments clés

- ☞ 26 réseaux de santé sont financés par le fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
- ☞ 16 réseaux sont dits de proximité parmi lesquels 13 sont des réseaux gérontologiques
- ☞ 10 réseaux sont dits experts et portent sur les addictions, les troubles du langage, le diabète, la cardiologie, la périnatalité, le cancer ou le VIH.

## 26 réseaux de santé financés par le Fiqcs

La priorité régionale est la prise en charge coordonnée de proximité, en particulier du fait du vieillissement de la population. Ainsi, la moitié des réseaux existants sont des réseaux gérontologiques ayant une couverture locale. Les autres portent sur des pathologies ou thématiques spécifiques : conduites addictives, VIH et virus de l'hépatite C (VHC), périnatalité, cancérologie, diabète, douleur, insuffisance cardiaque, soins palliatifs et troubles du langage.

Plusieurs types de réseaux peuvent être distingués :

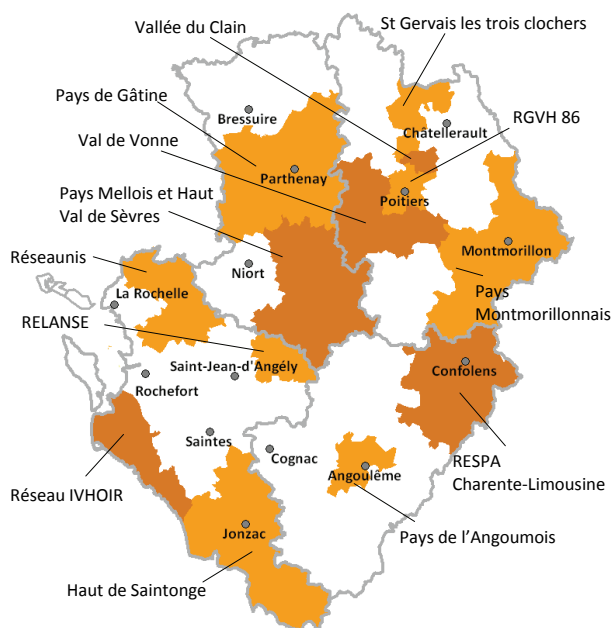
- les réseaux médico-sociaux, qui visent à coordonner deux secteurs d'intervention différents, le secteur médical et le secteur social (c'est le cas des réseaux gérontologiques),
- les réseaux ville-hôpital, qui associent des professionnels du secteur hospitalier et du secteur ambulatoire (par exemple les réseaux portant sur le VIH et le VHC),
- les réseaux portés par des libéraux ou ceux plutôt organisés autour de l'hôpital.

Toutefois, la réalité des réseaux est souvent polymorphe rendant difficile une telle classification.

Deux réseaux couvrent l'ensemble du territoire régional (réseau Onco Poitou-Charentes et réseau périnatal), tandis que les autres concernent soit un département en particulier (trois en Charente-Maritime, deux dans la Vienne et un en Charente), soit seulement quelques cantons.

Depuis 2006, cinq nouveaux réseaux ont fait l'objet d'un financement. Les 21 autres sont financés depuis la période 2003-2005.

## Réseaux gérontologiques en 2008



Source : Urcam

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

## Réseaux dits « experts » en 2008

Nom du réseau	Territoire
Troubles du langage*	5 cantons de Charente-Maritime
Réseau atlantique diabète	Ouest de la Charente-Maritime
Réseau cardiosaintonge	Saintes et environs
ICARES	Charente-Maritime
RVH 17 PATCHS	Charente-Maritime
Réseau d'aide à l'insuffisance cardiaque	Communauté d'agglomération de Poitiers
ReVIH 86	Vienne
Réseau alcool 86	Vienne
Réseau périnatalité	Région
Réseau onco Poitou-Charentes	Région

\* transformé à compter de 2009 en centre d'information et de coordination sur les troubles du langage suite à une décision de la caisse nationale de solidarité et d'autonomie.

Source : Urcam

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

## Définitions et concepts

**Réseau de santé** : forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné sur un territoire donné.

Des compléments d'informations vous sont proposés dans les fiches Définitions et Méthodologie

## Pour en savoir plus

- Site Internet des réseaux : ICARES, Atlantique diabète, cardiosaintonge, RVH 17, alcool 86, périnatal, Onco Poitou-Charentes, CHU de Poitiers (réseau d'aide à l'insuffisance cardiaque), ALISPAD, SOS douleur domicile, relance, réseau gérontologique du Pays Montmorillonnais.
- Site Urcam, rubrique qualité et coordination des soins : <http://www.urcam.assurance-maladie.fr/Qualite-et-coordination-soins.55084.0.html> visité le 12 octobre 2009
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins parue au journal officiel du n°54 du 5 mars 2002.

## Réseaux dits de proximité

Les réseaux dits de proximité constituent, selon la circulaire du 2 mars 2007, une réponse à la demande en soins primaires dans l'environnement le plus proche possible du domicile du patient, sur des thèmes généraux parmi les pathologies nécessitant des soins fréquents : gérontologie, douleur, et soins palliatifs. En Poitou-Charentes, les réseaux de proximité sont, outre les réseaux gérontologiques, les réseaux *soins palliatifs* (ALISPAD en sud Deux-Sèvres, Réseau Ville-Hôpital de Charente-Maritime section soins palliatif à domicile) et *douleur* (couvrant l'ensemble de la Charente).

Le territoire régional est inégalement couvert par les réseaux gérontologiques. Aussi, on peut estimer que près de 45 % des habitants de Poitou-Charentes âgés de 75 ans et plus résident sur un territoire couvert par un réseau gérontologique. A l'échelle des départements, ces proportions sont de 4 sur 10 dans les deux départements charentais, un peu moins de 1 sur 2 en Deux-Sèvres et plus de la moitié dans la Vienne. Ces réseaux visent à évaluer la situation globale de la personne, à mieux coordonner la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile, à préparer le retour à domicile suite à une hospitalisation et à contribuer à une meilleure formation-information des acteurs.

## Réseaux dits experts

Selon la circulaire du 2 mars 2007, un réseau dit expert traite des pathologies spécifiques ne relevant pas des réseaux de proximité. Les réseaux de santé correspondants peuvent s'étendre, en fonction de la pathologie, du territoire de santé à la région, voire à un niveau interrégional. En Poitou-Charentes, dix réseaux experts sont financés.

## Une perspective d'extension du réseau gérontologique dans le nord des Deux-Sèvres

Fin 2008, l'ARH et l'Urcam ont exprimé le souhait de voir s'étendre les réseaux gérontologiques existant sans création de nouvelles entités. En avril 2009, était entérinée une démarche d'extension du réseau du Pays de Gâtine aux Pays Bressuirais et Thouarsais. La structuration imaginée s'oriente vers l'installation à Bressuire d'une infirmière du réseau de santé pour couvrir le nord du département. L'intérêt de cette extension est de bénéficier de l'histoire, de l'expérience et des connaissances des CLIC et de travailler à une offre de service similaire sur les trois territoires du nord Deux-Sèvres.

## Une action du réseau atlantique diabète : le dépistage de la rétinopathie diabétique en Charente-Maritime

Le réseau atlantique diabète (en partenariat avec l'Urcam, l'ARH et le conseil général) poursuit pour la deuxième année consécutive, le dépistage gratuit de la rétinopathie diabétique, au sein des centres hospitaliers de Charente-Maritime. 300 personnes ont déjà bénéficié de ce dépistage depuis octobre 2008. Il a permis de dépister 14 % de rétinopathie diabétique minimale à sévère et 0,3 % de dégénérescence maculaire ou d'oblitération veineuse. Ce dépistage est proposé à tous les patients diabétiques de Charente-Maritime, adhérents ou non au Réseau Atlantique Diabète, sans rétinopathie connue et sans suivi ophtalmologique depuis plus d'un an.

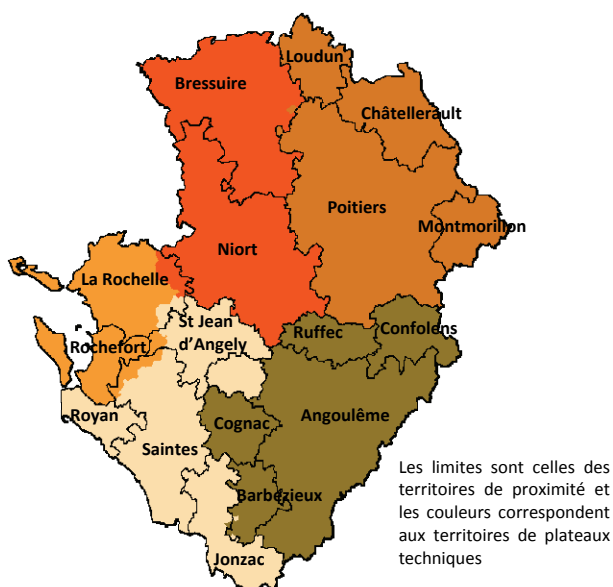
## 17 territoires de santé de proximité et 5 territoires de plateau technique

L'offre, les besoins et la consommation de soins, se répartissent de manière très inégale entre les régions administratives mais également entre territoires urbains, ruraux ou périurbains à l'échelle infrarégionale. Cette dimension géographique de la santé a été prise en compte dès les années 70 avec l'instauration de la carte sanitaire, outil devant permettre une répartition territoriale de l'offre hospitalière sur la base d'indices de besoins nationaux. Dans les années 90 s'est développée, à la suite de la réforme hospitalière de 1991, une planification de l'offre reposant sur des besoins mesurés localement. En 1996, les ordonnances Juppé mettent en place la régionalisation des services de santé en instituant les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), les conférences régionales de santé (CRS) et les programmes régionaux de santé (PRS). Enfin, la loi Hôpital patient santé territoire de 2009 offre la possibilité aux agences régionales de santé de contractualiser, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, *via* des contrats locaux de santé portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Au delà de ces aspects législatifs, l'appropriation par les acteurs locaux, et notamment les élus, des questions de santé publique a été favorisée par la mise en place de dispositifs territoriaux spécifiques visant à réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins de santé. Ainsi, la création des ateliers santé ville (ASV) a permis, dans un premier temps, de mettre en application les grandes orientations définies dans le cadre de la loi de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, puis de décliner au niveau local les programmes régionaux de santé publique (PRSP). A l'échelle des Pays, territoire de projets, certains élus ont mis en place des animations territoriales de santé afin d'impulser et de coordonner une démarche de santé globale permettant de développer le territoire dans le champ de la promotion de la santé, en associant élus, bénévoles, professionnels et usagers.

## EN POITOU-CHARENTES

## Territoires de santé de proximité et territoires de plateau technique arrêtés en 2006



Source : ARH Poitou-Charentes (Sros III)  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

## Quelques éléments clés

- ☞ Un territoire régional composé de 17 territoires de santé de proximité et de 5 territoires de plateau technique
- ☞ Des caractéristiques socioéconomiques et d'état de santé très variables selon les types d'espaces urbains et ruraux
- ☞ Des dispositifs de réduction des inégalités territoriales d'état de santé : ASV et animateur santé

## Territoires de planification de l'offre de soins

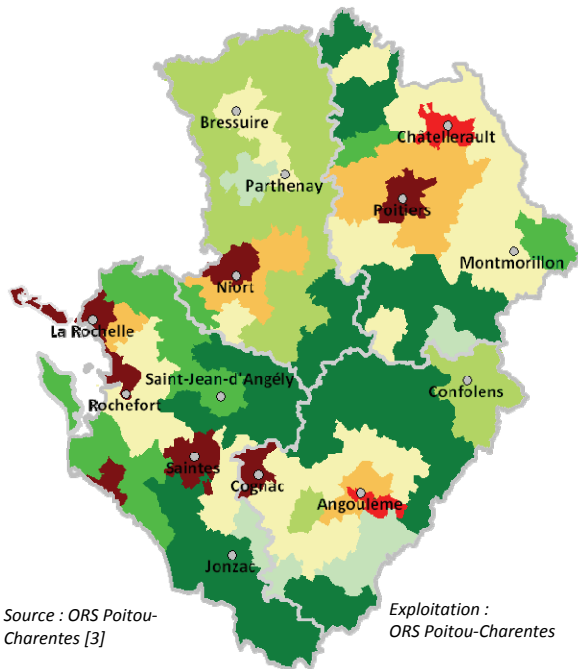
L'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire de 3<sup>ème</sup> génération (Sros III) s'est appuyée sur une logique de territoire visant à mettre en adéquation les besoins de santé et l'offre de soins. Pour la délimitation des différents niveaux de territoires, l'Insee sur commande de l'Urcam et de l'ARH, a procédé à une analyse des flux de patients vers les établissements de santé, à une superposition avec les découpages territoriaux existants et à une construction de courbes isochrones représentant les temps d'accès aux plateaux techniques. Au final, trois niveaux de territoires ont été délimités : territoires de premier recours, de proximité et de plateau technique.

Les territoires de premier recours correspondent au découpage en bassins de vie de l'Insee. Ce premier niveau décrit l'accès aux omnipraticiens, pharmaciens, infirmiers, dentistes et masseurs-kinésithérapeutes. Le Poitou-Charentes se compose de 89 bassins de vie organisés autour d'un pôle principal (bourg ou centre urbain).

Les 17 territoires de santé de proximité définissent l'accès aux services de médecine de court séjour et sont constitués d'un assemblage de bassins de vie.

Enfin, les cinq territoires de plateau technique (territoire de la Vienne, de la Charente, de la Charente-Maritime nord, de la Charente-Maritime sud et des Deux-Sèvres) correspondent à l'aire d'attraction des établissements disposant d'une activité 24 heures sur 24 pour la chirurgie, l'obstétrique, la pédiatrie, l'anesthésie-réanimation, les explorations fonctionnelles et disciplines interventionnelles, l'imagerie et la biologie.

## Typologie des cantons en 2007



Source : ORS Poitou-Charentes [3]

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

- Classe 1 (34 cantons, 13 % de la population régionale) : zones rurales, âgées, peu peuplées et agricoles, avec de faibles revenus, éloignées des services d'urgences et des maternités, en surmortalité générale et prématurée
- Classe 2 (14 cantons, 8 % de la population régionale) : forte proportion d'employés, taux de chômage élevé et surmortalité générale et évitable
- Classe 3 (6 cantons, 2 % de la population régionale) : zones rurales, agricoles et âgées, en sous-mortalité
- Classe 4 (19 cantons, 11 % de la population régionale) : zones rurales avec une forte proportion d'ouvriers, une sous-mortalité pour le suicide et le cancer du poumon et une sur-mortalité pour les cancers de l'intestin
- Classe 5 (28 cantons, 18 % de la population régionale) : zones avec une population jeune et des revenus plutôt élevés, avec une mortalité comparable à la mortalité régionale
- Classe 6 (13 cantons, 12 % de la population régionale) : zones péri-urbaines, avec une forte proportion de cadres et d'employés, des revenus plutôt élevés, en sous-mortalité
- Classe 7 (3 cantons, 6 % de la population régionale) : zones urbaines, avec de fortes proportions de populations en situation de précarité, avec une mortalité comparable à la mortalité régionale
- Classe 8 (10 cantons, 30 % de la population régionale) : zones urbaines avec une offre de soins libérale importante, en surmortalité pour le cancer du poumon et en sous-mortalité par maladies cardiovasculaires

## Définitions et concepts

**Territoire de santé** : zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins.

**Bassin de vie** : plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux principaux services concurrentiels et non concurrentiels et à l'emploi.

Des compléments d'informations vous sont proposés dans les fiches Définitions et Méthodologie.

## Pour en savoir plus

1. Lucas-Gabrielli V., Coldefy M. Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification. Irdes. Mai 2008. 28 p.
2. Vigneron E. Proposition de positionnement sur les principes qui devraient guider le SROS, et, de façon générale, toutes les politiques d'organisation du système de santé. La nouvelle fabrique des territoires. 2007. 48 p.
3. Debarre J., Giraud J. Typologie des cantons du Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes. Décembre 2007. 4 p.
4. ARH Poitou-Charentes. Schéma régional d'organisation sanitaire de 3<sup>ème</sup> génération 2006-2011. Mars 2006. 165 p.
5. Site de l'ORS Poitou-Charentes, les diagnostics santé-social à l'échelle des Pays et communautés d'agglomération : <http://www.ors-poitou-charentes.org/etudes/index.php?lapage=indicateurs.htm>

## Profils territoriaux de Poitou-Charentes

En 2007, l'ORS Poitou-Charentes a mené, à la demande et avec le financement du groupement régional de santé publique, une étude visant à identifier les territoires présentant un profil sanitaire et social plutôt moins favorable et les facteurs associés au mauvais état de santé des populations. Cette approche a permis un premier ciblage des territoires prioritaires (cantons des classes 1 et 2 cumulant indicateurs de mortalité et indicateurs sociodémographiques moins favorables) et la mise en évidence de profils différents selon que les territoires sont ruraux, périurbains (classes 5 et 6) ou urbains (classes 7 et 8). Enfin, des spécificités spatiales ont pu être identifiées à l'intérieur même des sous-espaces urbains et ruraux. Ainsi, par exemple, les territoires ruraux des Deux-Sèvres (classe 4) présentent des indicateurs de précarité et de mortalité plutôt favorables (à l'exception des cancers de l'intestin), tandis que les cantons ruraux de la classe 1 sont en situation de surmortalité globale et ont des indicateurs socio-économiques moins favorables. Au final, il semble que les caractéristiques socio-économiques expliquent en partie les différences géographiques de mortalité, mais l'influence de certains facteurs restent à étudier (environnement, conditions de travail, habitudes de vie...).

## Dispositifs pour la réduction des inégalités territoriales de santé

Dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs), les ateliers santé ville visent à réduire les inégalités de santé entre les habitants des quartiers prioritaires et le reste de la population. Ce dispositif vise à améliorer l'accès aux soins et à la prévention de ces personnes à travers la définition d'un plan local de santé par les professionnels, les élus et les habitants. En Poitou-Charentes, sept collectivités se sont dotées d'un atelier santé ville : Angoulême, Soyaux, Cognac, La Rochelle, Niort, Châtelleraut et Poitiers.

Par ailleurs, au sein des territoires ruraux, certains Pays s'emparent peu à peu de la santé, entendue au sens large, en incluant la prévention au-delà du curatif et en croisant les enjeux de santé avec ceux du développement local. C'est dans ce cadre que le syndicat mixte du Pays Sud-Charente a recruté en 2009 un animateur santé de territoire.

## Les diagnostics santé-social à l'échelle des Pays

L'objectif de ces diagnostics, réalisés par l'ORS et l'Institut atlantique d'aménagement du territoire, sous l'impulsion de la Drass et du conseil régional est double : d'une part, permettre aux acteurs locaux de mieux appréhender les problèmes de santé sur leur territoire, de se les approprier afin d'envisager des actions concrètes ; d'autre part, mettre à disposition des territoires une méthodologie validée par les différents partenaires (État, assurance maladie, conseil régional, ARH, Pays) et harmonisée de façon à permettre des comparaisons infrarégionales. Le diagnostic aborde différentes thématiques parmi lesquelles la mortalité et les facteurs de risque, l'environnement et la santé, l'offre et le recours aux soins, les ressources existantes sur le territoire (santé mentale et prise en charge des enfants âgés de 0 à 6 ans). Depuis 2006, huit territoires ont fait l'objet d'un diagnostic. Un 9<sup>ème</sup> est en cours sur le territoire du Pays Vals de Saintonge.