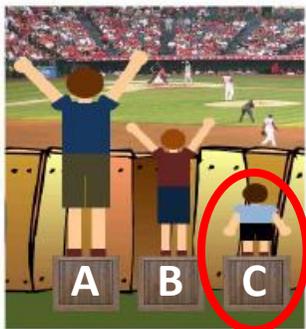


*Matinale*  
**7 avril 2022**



# Les inégalités sociales de santé, parlons-en : c'est l'affaire de tous

Laurent POQUET  
Jeanne BLANC-FÉVRIER  
Soraya HADDAD

Mission régionale de lutte  
contre les inégalités sociales de santé  
ARS Occitanie

# 1. Réduire les inégalités de santé : Un objectif ou un principe d'action ?

Pierre RICORDEAU  
Directeur général  
ARS Occitanie

Laurent POQUET  
Délégué régional à la lutte  
contre les inégalités sociales de santé

Objectif

## Gagner 10 ans d'espérance de vie en France...

« Il est possible de fixer à 10 ans une augmentation de l'espérance de vie

*en bonne santé permettant ainsi à la France de rattraper son retard sur d'autres pays notamment européens » et ce, « grâce à une politique de prévention affirmée, à l'action sur les déterminants de la santé et à une réorganisation du système de santé publique. »*

*(Franck CHAUVIN,  
Président du Haut Conseil de santé publique  
Rapport de novembre 2021 :  
« Dessiner la santé publique de demain »)*

## Un principe d'action pour l'ARS ici en Occitanie



→ Une **ambition** dans le Cadre d'orientation stratégique du **Projet régional de santé** :

*« Notre ambition, mieux répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables :*

- *La protection de la personne en situation de vulnérabilité comme préoccupation éthique*
- *Prendre en compte la question des inégalités sociales et territoriales de santé dans chacune de nos actions*
- *Une approche renouvelée du rôle des soins primaires et de la prévention »*



→ Une **priorité** réaffirmée avec la mesure 27 du

**SÉCUR  
DE LA SANTÉ**

« Lutter contre les inégalités de santé »:

- Mise en place dans chaque région d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités, associant l'ensemble des acteurs (usagers, élus, associations ,experts...)

# 2. Les inégalités sociales de santé : de quoi parle t'on concrètement ?

Jeanne BLANC-FEVRIER  
Chargée de mission ISS  
Délégation Départementale de la Haute-Garonne

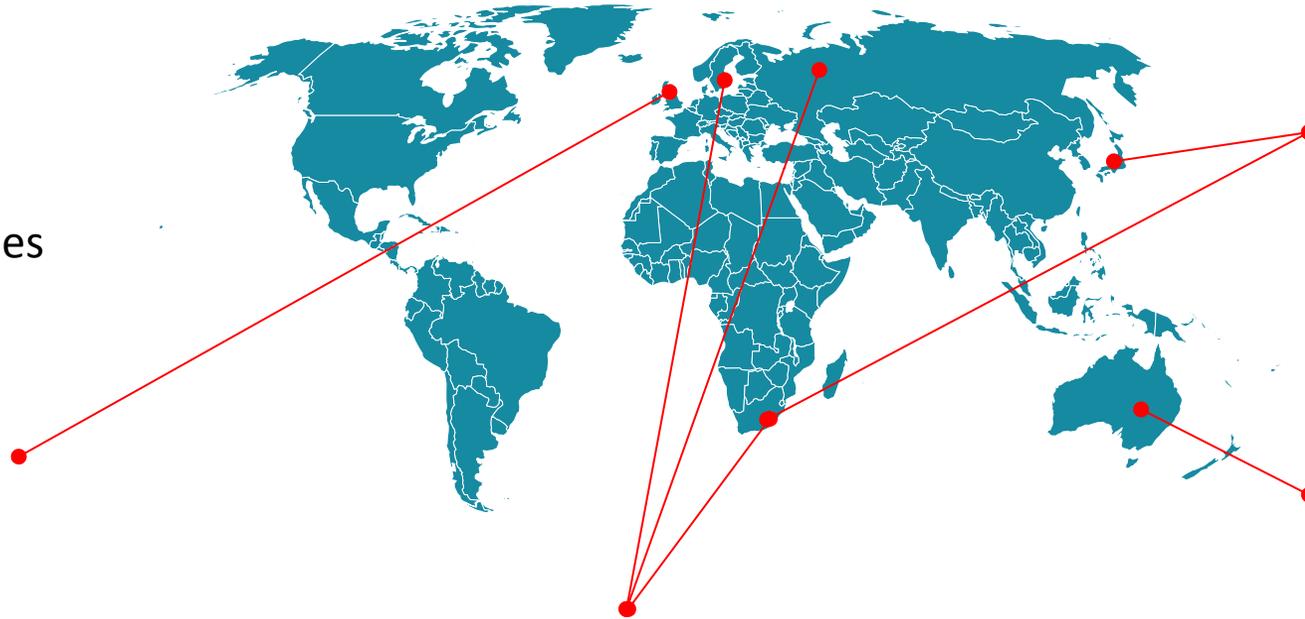
*(Avec le soutien et l'aide précieuse de  
Cyrille Delpierre, Michelle Kelly-Irving et  
Raphaële Castagné, UMR1027, Inserm)*

Quelques indicateurs dans le monde

## Les inégalités sociales de santé creusent les écarts sur l'espérance de vie

Partout dans le monde, les personnes moins favorisées en termes de position socio-économique ont une moins bonne santé et une vie plus courte que celles qui sont plus favorisées.

A Glasgow en Ecosse, l'espérance de vie à la Naissance pour les hommes est de 54 ans à Calton et de 82 ans à Lenzie, soit **un écart de 28 ans d'espérance de vie entre 2 quartiers** distants de quelques kilomètres à peine...



Un enfant né au Japon a une chance de vivre **30 ans de plus** qu'un enfant né au Lesotho.

En Australie, il y a **un écart de 20 ans** entre l'espérance de vie des Aborigènes australiens et des insulaires du détroit de Torres et la moyenne australienne en 2010.

La probabilité qu'un homme meure entre 15 et 60 ans est de **8,2%** en Suède, **48,5%** en Russie et **84,5%** au Lesotho.

Un constat récurrent

# La position dans la hiérarchie sociale impacte l'état de santé

La santé de la classe  
**supérieure**



La santé de la classe  
**moyenne**



La santé de la classe  
**inférieure**

Cette association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé est appelée le **gradient social de santé**. Les inégalités de santé sont évitables, car ce sont avant tout des inégalités sociales qui induisent des inégalités de santé.

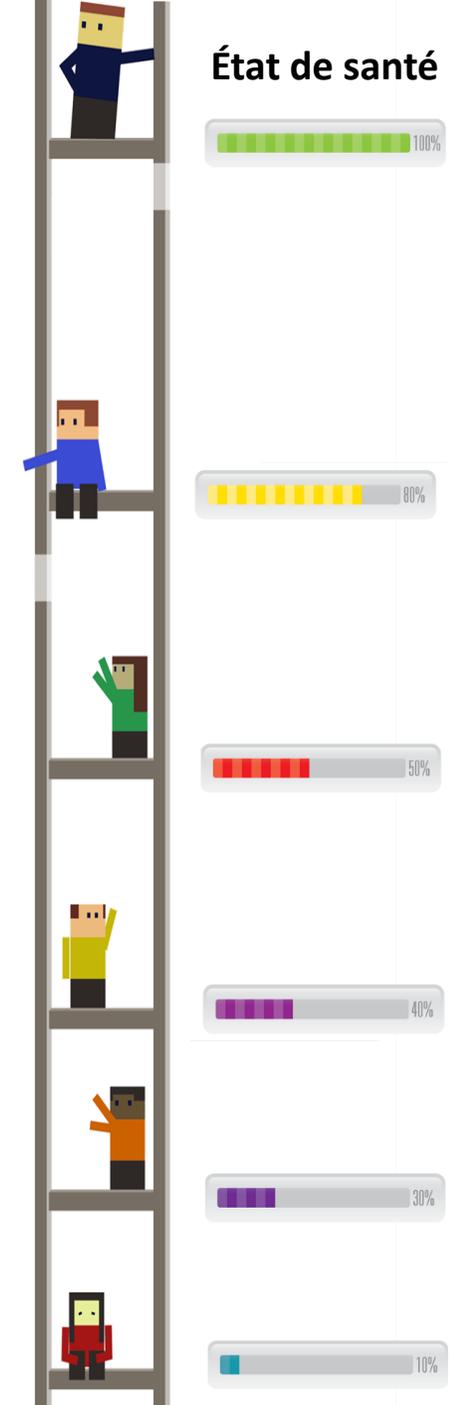


Attention, l'analyse  
des inégalités sociales de santé  
ne se limite pas à des écarts entre :

Les « plus pauvres » et les « plus riches »

ou

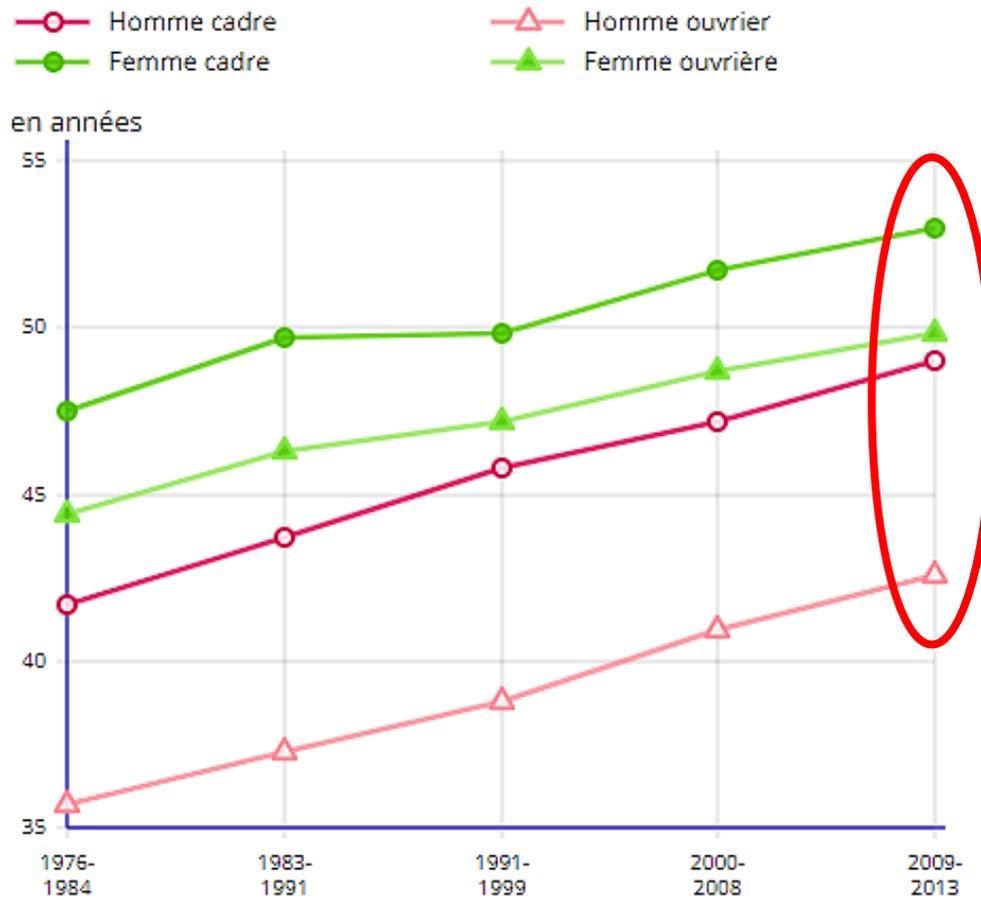
Les « pauvres » et les « Non-pauvres »



# Quelques indicateurs en France

## Des inégalités face à la mort

Évolution de l'espérance de vie à 35 ans pour les cadres et les ouvriers en France :



Une espérance de vie plus élevée pour une femme ouvrière que pour un homme cadre

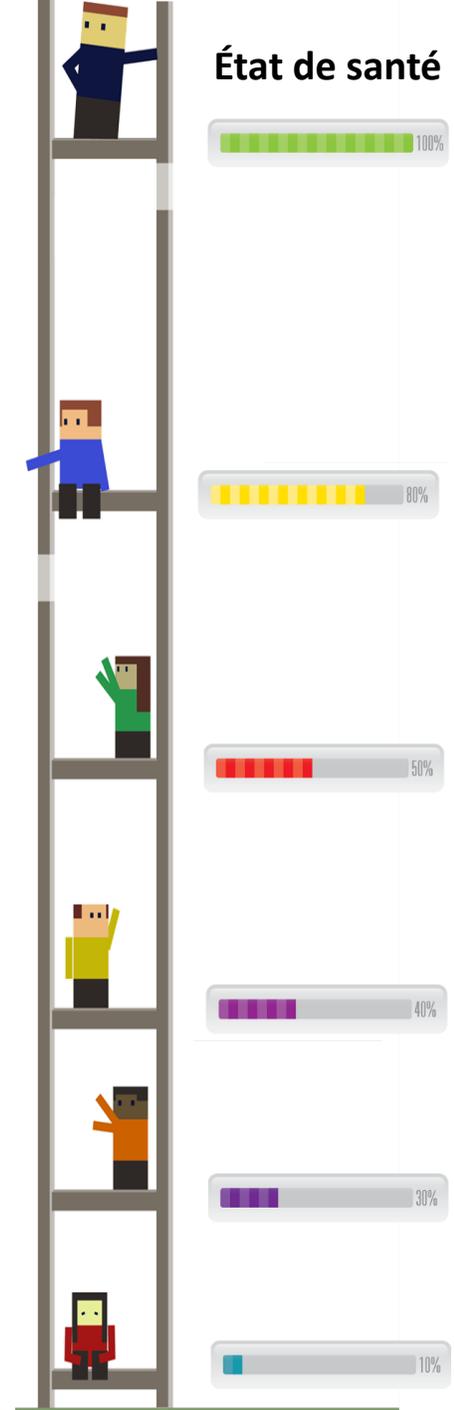
Lecture du graphique :  
En 2009-2013, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres est de 53 ans

(source : Insee)

**13 ans d'écart**  
entre l'espérance de vie des 5% d'hommes les plus aisés (84,4 ans) et les 5% d'hommes les plus modestes (71,7 ans)

(Source : Insee 2018)

**7 ans d'écart**  
entre l'espérance de vie d'un ouvrier et celle d'un cadre



## Quelques indicateurs en France

# Des inégalités face à la maladie

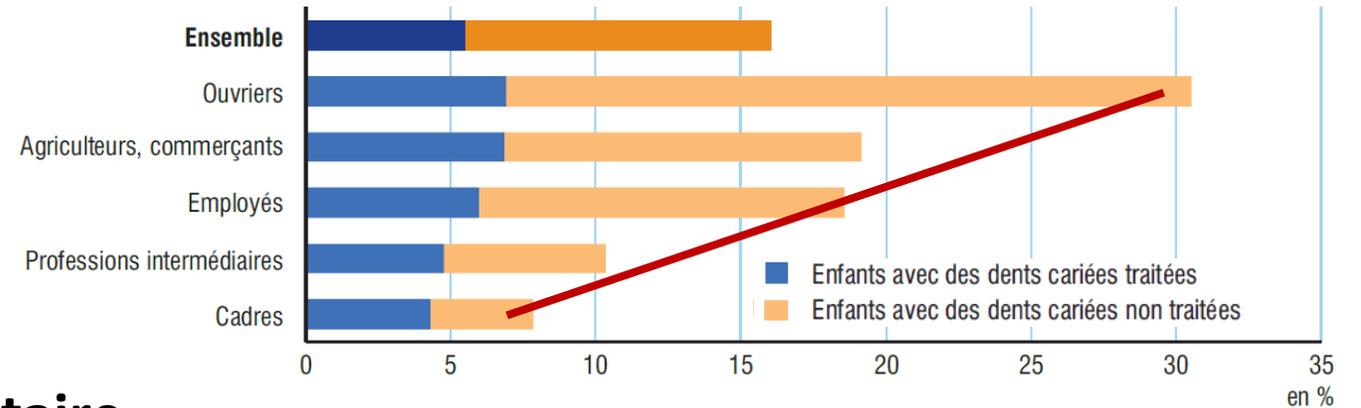
« Les personnes défavorisées ont plus de risques d'être touchés par plusieurs maladies chroniques au cours de leur vie et bien plus jeunes que les populations favorisées »

(Barnett et al., The Lancet, 2015)

**Nous ne sommes pas tous égaux face à la maladie** : notre revenu, notre niveau d'études et bien d'autres déterminants entraînent des inégalités sur le risque de développer des maladies chroniques très tôt dans la vie. Ce sont des « marqueurs sociaux » de notre état de santé.

L'exemple de la **santé bucco-dentaire** des enfants

### Prévalence d'enfants avec des dents cariées en grande section de maternelle selon la catégorie socio-professionnelle des parents :



Champ : France hors Mayotte, enfants en grande section de maternelle.

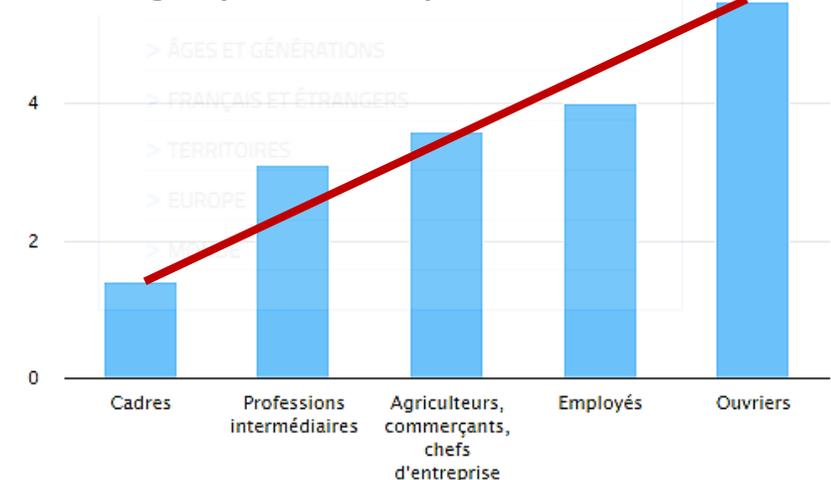
Lecture : 4,3 % des enfants de cadres en grande section de maternelle ont des dents cariées traitées et 3,5 % de dents cariées non traitées.

Note : l'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir de la catégorie socioprofessionnelle la plus élevée des deux parents. Pour cette figure, les retraités sont inclus dans leur ancienne catégorie socioprofessionnelle.

Source : Drees-DGESCO, enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

L'exemple de l'**obésité infantile**

### Taux d'obésité des élèves de CM2 selon le groupe social des parents :



(Source : Ministère de la Santé - Données 2014-2015 © Observatoire des inégalités)

# 3. Quels sont les déterminants sociaux qui créent des inégalités de santé ?

Jeanne BLANC-FEVRIER  
Chargée de mission ISS  
Délégation Départementale de la Haute-Garonne

*(Avec le soutien et l'aide précieuse de  
Cyrille Delpierre, Michelle Kelly-Irving et  
Raphaële Castagné, UMR1027, Inserm)*

# Les déterminants sociaux de la santé et l'origine des inégalités

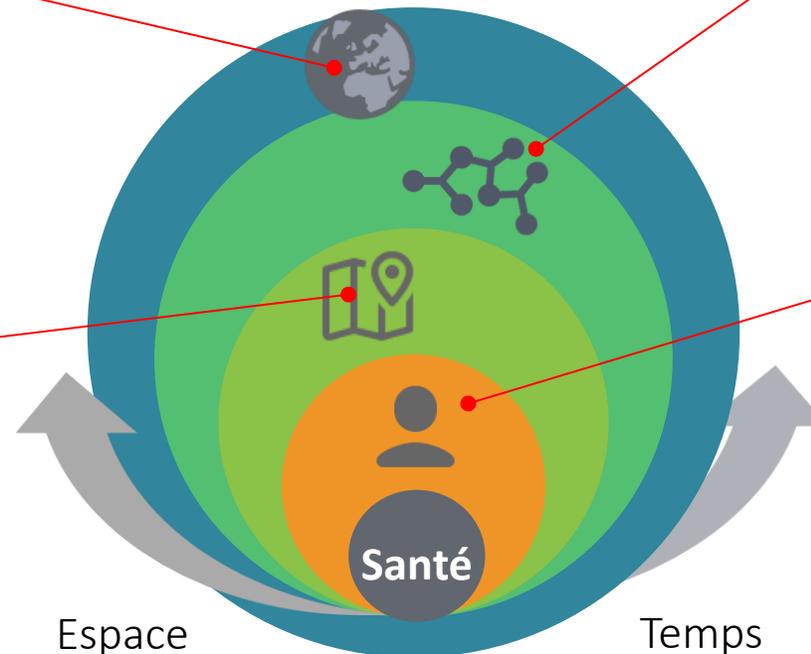
Selon l'OMS, il s'agit « des conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, et l'ensemble plus large des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne » :

## Le contexte socio-économique et politique

- Politique
- Économique
- Démographique
- Social et culturel
- Scientifique et technologique
- Conditions d'environnement

## Les conditions de vie et de travail

- Famille
- Garde d'enfants et école
- Travail
- Logement
- Communauté et quartier



## Des services

- Services d'éducation et de garde d'enfants
- Soins de santé et services sociaux
- Planification de l'utilisation des terres
- Soutien à l'emploi et solidarité sociale

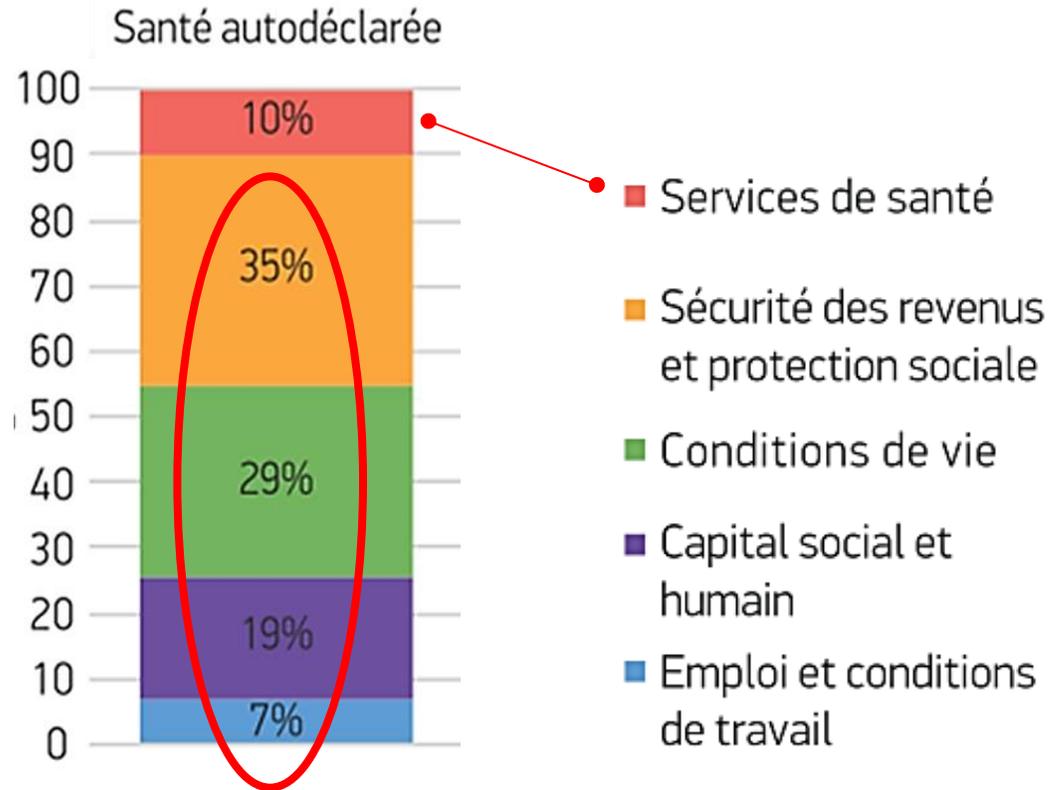
## Des facteurs individuels liés au mode de vie

- Biologie et génétique
- Mode de vie et comportements
- Compétences personnelles et sociales
- Situation socio-économique

## Quelques indicateurs

# L'accès à l'offre de soins n'est pas le seul déterminant de la santé...

Selon l'OMS, l'accès à l'offre de soin n'impacterait que 10% de l'état de santé des personnes.  
Quels sont alors les autres facteurs qui favorisent les inégalités sociales en matière de santé ?



La sécurité des **revenus**,  
la **protection sociale**,  
les **conditions de vie**,  
l'accès à un **emploi**  
impactent de manière plus importante  
l'état de santé des Européens.

(Source : Organisation mondiale de la santé  
« Assurer à tous une vie prospère et en bonne santé :  
le Rapport de situation sur l'équité en santé en Europe  
Résumé d'orientation » - 2019.

Quelques indicateurs

## ... L'accès à l'offre de soins est marqué par des inégalités sociales de santé

Des facteurs d'inégalités  
dans l'accès primaire aux soins :

- Le **refus de soins** par les professionnels de la santé (*Bénéficiaires de la CMU...*)
- La **renonciation aux soins** pour raison économique (*Dépassements d'honoraires, non recours aux aides sociales...*)
- Le manque de sensibilisation sur les pratiques de **prévention** (*Vaccinations, dépistages, ...*)
- La différence entre accès au soins théorique et accès aux soins « en **pratique** »

Des facteurs d'inégalités  
dans l'accès secondaire aux soins :

- « **par omission** » : une inertie du système de santé, dans lequel les inégalités de santé ne sont que peu prises en compte, peu de projets de correction ou d'ajustement des inégalités de santé...
- « **par construction** » : le fait de ne pas tenir compte des déterminants sociaux dans les lignes directrices sur la pratique des soins de santé ou dans les programmes institutionnels pourrait maintenir ou accroître les inégalités.
- Les **inégalités de genre** : par exemple « Ostéoporose et dépression chez l'homme », « Infarctus du myocarde et autisme chez la femme »



Quelques indicateurs

## L'impact différentiel des conditions de vie

Notre environnement de vie impacte notre état de santé. Les plus défavorisés sont d'autant plus vulnérables et leur santé est impactée par des conditions de vie défavorables.

### Une **exposition différentielle** à notre environnement

« Une relation forte  
entre défaveur  
environnementale  
(pollutions, nuisances  
sonores, isolement... )  
et défaveur sociale »

(Samoli et al. 2019)

L'exemple de l'accès aux espaces verts :

« Les espaces verts sont inégalement  
répartis dans la ville, souvent au  
détriment des populations défavorisées. »

or

(Ferguson et al. 2018)

« Les espaces verts auraient comme effets  
de neutraliser l'effet délétère du contexte  
économique de l'individu, sur sa santé et  
donc de réduire les inégalités sociales  
de santé. »

(Wang et Lan 2019)

### La **vulnérabilité** des plus défavorisés

« Lorsque les personnes  
de milieux sociaux plus défavorisés  
vivent dans des territoires moins  
exposés à des facteurs de risque,  
les conséquences sanitaires de  
cette exposition sont plus marquées  
que pour les personnes  
de milieux plus favorisés »

(Deguen et Zmirou-Navier 2010)

# L'impact des facteurs individuels liés à la biologie et à la génétique

« Une incorporation biologique différentielle en fonction des groupes sociaux, en réponse à des environnements socialement différenciés, pourrait expliquer en partie comment on construit le gradient social de santé et ainsi les inégalités sociales de santé. »

(Cyrille Delpierre et Coll, 2016)

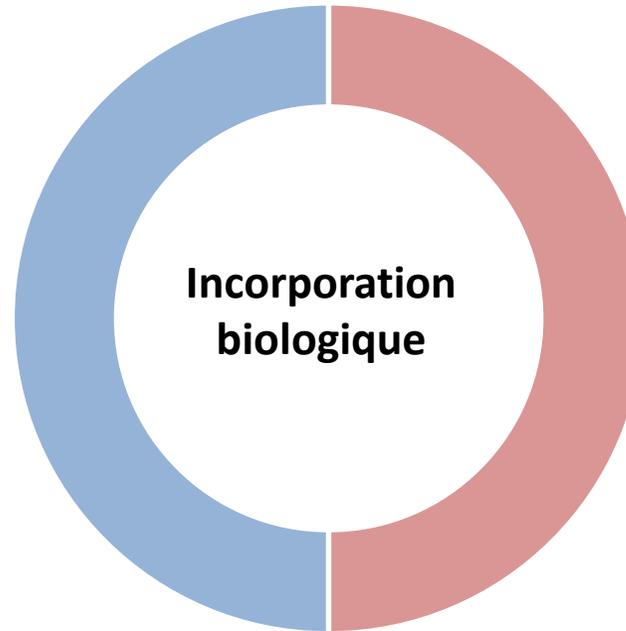


## Expositions Exogènes

Impliquent des molécules externes au corps qui ont un impact sur la biologie

Expositions chimiques et physiques

Expositions liées aux comportements et aux modes de vie



Incorporation biologique



## Exposition Endogènes

Réponse physiologique du corps à l'environnement principalement liées aux systèmes de perception et de réponse au stress

Relations sociales

Contraintes professionnelles

Événements stressants de la vie

# 4. Comment peut-on agir pour réduire ces inégalités de santé ?

Jeanne BLANC-FEVRIER  
Chargée de mission ISS  
Délégation Départementale de la Haute-Garonne

*(Avec le soutien et l'aide précieuse de  
Cyrille Delpierre, Michelle Kelly-Irving et  
Raphaële Castagné, UMR1027, Inserm)*

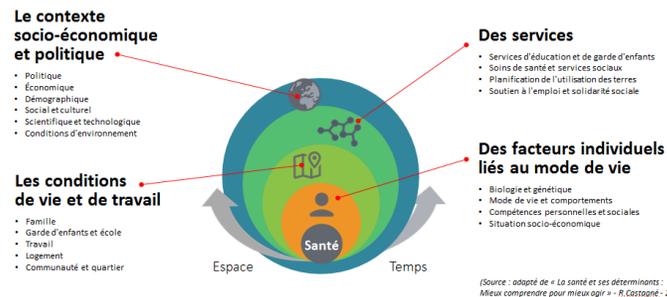
En pratique

# 3 pistes pour agir et réduire ensemble ces inégalités sociales de santé

Selon l'OMS, il s'agit « des conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, et l'ensemble plus large des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne » :

## Levier 1 :

Agir de manière transversale et inter-institutionnelle sur **les déterminants sociaux de la santé**

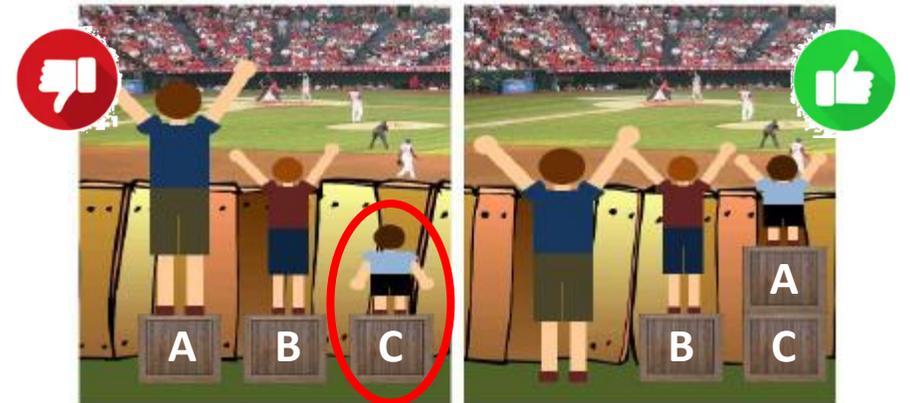


## Levier 2 :

Agir **tout au long de la vie** de l'individu, avec une attention renforcée autour de toutes les **périodes plus sensibles** (Adolescence, chômage, retraite, maternité...)

## Levier 3 :

Partir des **besoins** des publics et y répondre de manière proportionnelle, notamment en développant des actions d'« **aller vers** »



**Fournir le même soutien à tous n'est pas la même chose que de s'assurer que tous y ont un accès égal (sans augmenter les moyens)**

# 5. Quelle organisation pour agir ici en Occitanie ?

Laurent POQUET  
Délégué régional à la lutte  
contre les inégalités sociales de santé

# Une mission de lutte contre les inégalités sociales de santé en Occitanie



Un Délégué à la lutte contre les inégalités sociales de santé en Occitanie.  
Auprès du Directeur général de l'ARS, il est garant de cette mission au sein de l'ARS et auprès de ses partenaires. Il finance des actions régionales dans ce domaine.

Il s'appuie :

- sur un groupe projet interne à l'ARS
- sur un réseau de référents dans chaque département



Une Commission Régionale de lutte  
contre les inégalités sociales de santé en Occitanie.



Un comité d'appui et une équipe scientifique, externe à l'ARS,  
expert sur la thématique des inégalités sociales de santé .

## Un groupe projet interne à l'ARS Occitanie

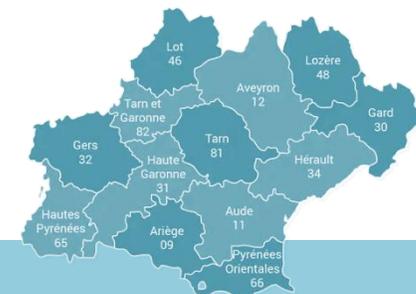
Ce groupe de projet interne associe des représentants de toutes les directions. Il est le garant de l'acculturation de l'Agence aux réalités des inégalités sociales de santé et au déploiement de moyens adaptés pour les réduire.

*Vos contacts :*

<b>Mission de lutte contre les Inégalités sociales de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Laurent Poquet</li><li>• Jeanne Blanc-Février</li><li>• Soraya Haddad</li></ul>
<b>Direction des projets</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Didier Bergeron</li><li>• Valérie Nicoules (Pôle études et statistiques)</li></ul>
<b>Direction de la santé publique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Joséphine Le Du (Pôle prévention et promotion de la santé)</li><li>• Laurent Péna (Pôle santé environnement)</li></ul>
<b>Direction des droits des usagers et des affaires juridiques</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nathalie Dubois</li></ul>
<b>Direction du premier recours</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Virginie Dantard</li></ul>
<b>Direction de l'offre de soins et de l'autonomie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Laura Fabre-Kramarz</li></ul>
<b>Direction des territoires et des relations institutionnelles</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evangéline Bonnerot</li></ul>
<b>Directions départementales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Guillaume Dubois (DD66)</li><li>• Abderrahim Hammou-Kaddour (DD81)</li></ul>

# Un réseau de référents pour la lutte contre les ISS dans chaque département

Dans chaque département, ces référents sont chargés de décliner sur leur territoire les actions de réduction des inégalités sociales de santé, en articulation avec les acteurs de proximité.



Vos contacts :

<b>Ariège (DD09)</b>	• Florence Rodez		
<b>Aude (DD11)</b>	<i>(en cours de désignation)</i>	<b>Lot (DD46)</b>	• Stéfannie Albino
<b>Aveyron (DD12)</b>	• Hélène Ancessi	<b>Lozère (DD48)</b>	• Françoise Gerbal
<b>Gard (DD30)</b>	• Palma Rols	<b>Hautes-Pyrénées (DD65)</b>	• Raphaëlle Florentino
<b>Haute-Garonne (DD31)</b>	• Jeanne Blanc-Février	<b>Pyrénées-Orientales (DD66)</b>	• Christine Portero-Espert
<b>Gers (DD32)</b>	• Chantal Monnet	<b>Tarn (DD81)</b>	• Mathilde Bousquet
<b>Hérault (DD34)</b>	• Agathe Dumas	<b>Tarn-et-Garonne (DD82)</b>	• Françoise Ricco



## Mobilisation générale

# Une Commission Régionale de lutte contre les inégalités sociales de santé

1 assemblée plénière (*Installée le 10 Décembre 2021*)

+ 1 bureau de la commission régionale qui prépare les travaux de la commission régionale

+ des groupes thématiques (*en cours de construction*)

### Collège des acteurs de santé :

(désignation CRSA)

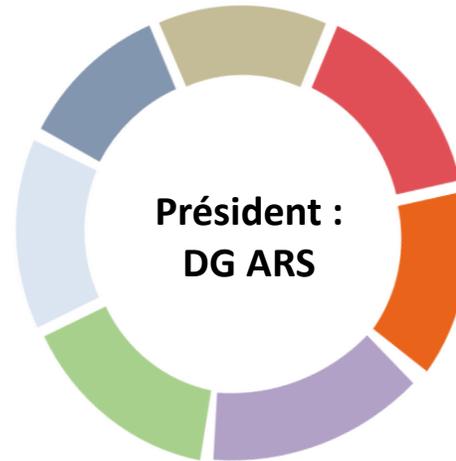
- URPS (Médecins-Infirmiers)
- Acteurs hospitaliers publics/ privés
- Acteurs médico-sociaux
- Acteurs sociaux
- Acteurs de la prévention

### Collège des usagers :

- Approche santé : 2 représentants (CRSA)
- Approche précarité : 2 représentants (ATD Quart-Monde - CRPA)
- Associations gestionnaires : FAS et URIOPSS

### Personne qualifiée :

- Coordinatrice du Comité d'appui scientifique



### Collège des élus :

- Parlementaires
- Conseil Régional
- Conseils Départementaux (CRSA)
- Représentant des EPCI ou des Métropoles (CRSA)
- Représentant d'une commune urbaine (CRSA)
- Représentant d'une commune rurale (CRSA)

### Collège des acteurs institutionnels

#### → Acteurs de l'Etat :

- Commissaire à la prévention et la lutte contre la pauvreté
- Préfet de département
- DREETS
- DREAL
- Rectorat (Montpellier-Toulouse)
- PJJ

#### → Acteurs des Organismes de protection sociale :

- CPAM et DCGDR
- CARSAT
- CAF
- MSA
- Mutualité

# 4 grands axes d'intervention en 2021

## Axe 1 :

La mise en place d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités, associant l'ensemble des acteurs.



## Axe 2 :

Des interventions ciblées, dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire auprès des personnes les plus précarisées.



## Axe 3 :

Un Appel à Manifestation d'Intérêt (2021) pour la lutte contre les inégalités sociales de santé.



## Axe 4 :

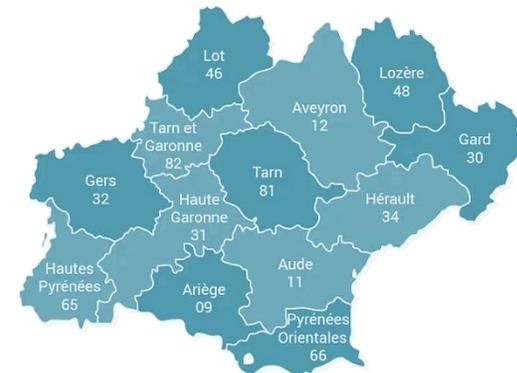
La construction de la feuille de route 2022 *(en cours)*

**SÉCUR**  
**DE LA SANTÉ**

## Mobilisation générale

# 1,7 M€ pour soutenir 16 projets au cœur de nos territoires

Un Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) a permis de sélectionner 16 projets territoriaux qui sont soutenus financièrement pour réduire localement les inégalités sociales de santé.



## 4 axes thématiques :



La **santé environnementale**  
et l'urbanisme favorable à la réduction  
des inégalités sociales de santé  
(3 territoires d'intervention)



La souffrance psychosociale  
et la **santé mentale**  
(4 territoires d'intervention +Création  
d'un centre régional de ressources)



Les **inégalités d'accès**  
aux professionnels de santé  
et le non recours aux soins  
(7 territoires d'intervention)



Les **compétences  
psychosociales**  
et la littératie en santé  
(6 territoires d'intervention)

## 4 grands axes d'intervention en 2022



Mesure n°27

Axes de travail 2022 en attente de validation de la commission régionale de lutte contre les inégalités sociales de santé

### **Axe 1 :**

#### **Prévention primaire lors de la petite enfance :**

- Renforcer la prévention primaire au sein des interventions de PMI, de la santé scolaire et des acteurs de proximité notamment en exercice coordonné (MSP, CPTS...).
- Définir les conditions d'un circuit de signalement des intervenants de proximité, dans un réseau gradué de réponses.

### **Axe 2 :**

**Impact de la crise sanitaire sur la santé mentale des jeunes** et prise en compte des jeunes en rupture.

### **Axe 3 :**

**Impact de la crise sanitaire sur la santé des femmes.**

### **Axe 4 :**

**Approches par population :** repérer les ruptures de parcours engendrant des inégalités sociales de santé.



**Des axes de travail en interne :** notamment pour le développement d'outils de partage d'information et de communication et pour le rapprochement des stratégies institutionnelles et des financements.

# 6. Quels exemples concrets d'actions en cours ici en Occitanie ?

Soraya HADDAD  
Chargée de mission  
Lutte contre les  
inégalités sociales  
de santé

Evangéline BONNEROT  
Chargée de mission  
Contrats locaux  
de santé  
DDTRI

Guillaume DUBOIS  
Directeur  
départemental  
Pyrénées-Orientales  
DD66

Laurent PENA  
Resp. du  
Pôle Santé  
environnement  
DSP

# **Le Contrat local de santé : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en proposant des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local**

## **Constats et enjeux :**

- 28 Contrats locaux de santé (CLS) déjà signés et 14 autres CLS en projet.
- Couverture régionale populationnelle : 38%
- Dynamique et engagement contractuel des collectivités locales pour une politique de santé locale concertée.
- Prise de conscience des inégalités sociales et territoriales de santé, des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, et de l'impact des autres politiques publiques sur la santé.



## **Leviers d'intervention :**

- Les coordinateurs CLS dans les territoires. (Agents des collectivités territoriales)
- L'institutionnalisation des instances de gouvernance des Contrats locaux de santé.
- Le rôle pilier de l'ARS : animation régionale + animation départementale, financement du poste de coordination et des actions.
- Le diagnostic partagé (profils santé).
- L'accompagnement méthodologique par l'IREPS.

# Réduire les inégalités en agissant en secteur ambulatoire

Le constat : « Le « virage ambulatoire » a une incidence sur les inégalités sociales et territoriales de santé. »

(Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique - 2021)

Les **enjeux** du virage ambulatoire qui impactent les inégalités sociales de santé :



- Les disparités socio-économiques liées aux complémentaires de santé influencent l'accès aux soins médicaux .
- Les situations de fragilité des personnes soignées à domicile nécessitent des soins plus complexes et des ressources supplémentaires.
- L'accessibilité selon les territoires, l'éloignement géographique et les obstacles financiers.
- Le manque de lisibilité et insuffisance dans la réorganisation de l'offre de soin.

Des **leviers d'action**

qui réduisent les inégalités de santé :

- Les CLS
- Les CPTS, MSP, DAC... : de nouveaux dispositifs de coordination pour mieux répondre à l'enjeu d'organisation et de structuration des soins à l'échelle d'un territoire.
- Les dispositifs Art. 51 : expérimentation de nouvelles organisations pour améliorer la coordination du parcours de santé, la structuration des soins ambulatoires, l'accès aux soins ou encore assurer une meilleure pertinence de la prescription des produits de santé.
- L'implication du patient dans sa prise en charge ambulatoire, en évaluant avec lui ses conditions psycho-socio-environnementales.

# Réduire les inégalités en accompagnant la population gitane pendant la pandémie

Le constat : nécessité d'un accompagnement de la population gitane pendant la pandémie du fait d'un cluster important au sein d'un des quartiers de la communauté gitane de Perpignan.

Des **enjeux** d'articulation avec les acteurs territoriaux pour lutter contre les inégalités sociales de santé, en agissant « **au plus près** » des populations ciblées :

- Faciliter l'accès aux lieux de consultations comme aux dispositifs de dépistage et de vaccination.
- Améliorer l'accès aux droits et aux soins essentiels.
- Délivrer une information adaptée qui permet de bénéficier des dispositifs d'accès aux droits et aux soins.



Des **leviers d'action** et des **initiatives** originales pour réduire les inégalités de santé :

- Information via les réseaux sociaux (très usités par la population gitane) et via des supports de prévention adaptés avec des messages des médecins reconnus et identifiés dans la communauté gitane.
- Intervention de médiateurs issus de la communauté pour relayer les messages de santé publique et hospitaliers.
- Prévention, écoute et orientation via une hotline pour lutter contre la propagation du virus et répondre aux demandes de la population et des professionnels.
- Ecoute psychologique par tél. et via les réseaux sociaux.
- Rôle des CLS pendant la crise sanitaire : actions d'aller-vers pour les campagnes de prévention-dépistage-vaccination .

*Un exemple concret*

## Réduire les inégalités en agissant face aux situations d'incurie dans le logement

Le constat : des situations d'insalubrité et des signalements de cas préoccupants. Un dispositif d' « aller vers » a été mis en place avec l'appui du FIR et des opérateurs capables d'intervenir sur les territoires concernés.

Des **enjeux** de réduction des inégalités sociales de santé :

- Améliorer le repérage et la prise en charge des personnes en situation d'incurie.
- Dépister des situations individuelles très graves et inconnues en lien avec des personnes en rupture dans leurs parcours de vie.
- Rechercher systématiquement la participation et l'adhésion de la personne.
- Mettre en place une prise en charge globale et continue dans son lieu de vie et intégrer la personne dans un parcours de santé.



Des **leviers d'action** et des **initiatives** originales pour réduire les inégalités de santé :

- Dépister des situations graves à partir d'une intervention environnementale.
- Proposer une prise en charge rapide, pluri- disciplinaire et personnalisée au domicile du patient.
- Identifier les ressources et les professionnels d'appui de proximité.
- Impliquer d'autres acteurs des collectivités, avec une participation technique ou financière.

# 7. Les inégalités sociales de santé : et vous ?

Pierre RICORDEAU  
Directeur général  
ARS Occitanie

Laurent POQUET  
Délégué régional à la lutte  
contre les inégalités sociales de santé

# La lutte contre les inégalités sociales de santé, c'est vraiment l'affaire de tous

- Au niveau de **chaque individu** :  
en étant tout simplement acteur de sa propre santé...
- Au niveau de l'**ARS** : dans le cadre de la Mission régionale de lutte contre les inégalités sociales de santé, du groupe projet interne, du réseau des référents de chaque Direction départementale...
- Au niveau du **partenariat inter-institutionnel** :
  - Au plan régional : Commission régionale de lutte contre les inégalités sociales de santé, développement du partenariat inter-institutionnel avec le « club des financeurs »...
  - Au cœur de chaque territoire : CLS, GHT, CPTS, MSP...
- Au niveau de la mise en œuvre des **actions territorialisées** de proximité...

... et VOUS :

Comment agir sur les inégalités sociales de santé



Dans vos actions,  
pensez à informer et à mobiliser  
la Mission régionale de lutte contre  
les inégalités sociales de santé :

[ars-oc-iss@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-iss@ars.sante.fr)

*Matinale*  
**7 avril 2022**



# Les inégalités sociales de santé, parlons-en : vos questions ?

Merci de votre attention. Nous vous invitons à exprimer vos questions dès maintenant via le Chat sur votre application Webex.

Après cette Matinale, vous pourrez poursuivre vos échanges avec l'équipe de la Mission régionale de lutte contre les inégalités sociales de santé à cette adresse : [ars-oc-iss@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-iss@ars.sante.fr)