

Réduire les inégalités sociales en santé

DOSSIERS SANTÉ EN ACTION

Sous la direction de
LOUISE POTVIN
MARIE-JOSÉ MOQUET
CATHERINE M. JONES



**Réduire les inégalités sociales
en santé**



Réduire les inégalités sociales en santé

Sous la direction de
LOUISE POTVIN
MARIE-JOSÉ MOQUET
CATHERINE M. JONES



Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Yves Géry**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la libération
93203 Saint-Denis cedex - France

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de
cet ouvrage sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.)
Réduire les inégalités sociales en santé.
Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.

ISBN 978-2-9161-9223-9

Cet ouvrage a été réalisé sous la direction de

Louise Potvin, PhD, titulaire de la chaire FCRSS/IRSC Approches communautaires et inégalités de santé de l'Université de Montréal, Montréal, Canada. Domaines de recherche : évaluation des interventions de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé.

Marie-José Moquet, médecin, chef du département Qualité des pratiques, Formation, Évaluation, direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Catherine M. Jones, directeur de programme, Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES).

Les auteurs

Flore Aumaître, directrice, service municipal de promotion de la santé, mairie de Nancy, France ; référente technique Réseau français des Ville-Santé de l'OMS dont Nancy fait partie (et assure la présidence depuis 2003).

Jocelyne Bernier, M.A., coordonnatrice, chaire FCRSS/IRSC *Approches communautaires et inégalités de santé* de l'Université de Montréal, Montréal, Canada. Domaines d'expertise : pratiques d'organisation communautaire, administration de la santé, liens entre la recherche et les milieux de pratique.

Angèle Bilodeau, PhD, chercheuse, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ; professeure-adjointe de clinique, Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal (Montréal, Canada). Domaines de recherche : planification publique, participation et partenariat, innovation sociale, collaborations intersectorielles dans les programmes publics.

Pierre Blaise, MD, PhD, médecin de santé publique. Médecin inspecteur régional adjoint. Domaines d'intervention : programme régional d'accès aux soins et à la prévention mené par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la région des Pays de la Loire, Nantes, France.

Carine Chatain, sociologue, Chargée d'études, CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé), Saint-Étienne, France.

Pierre Chauvin, médecin et épidémiologiste, directeur de recherche, INSERM. Recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins au sein de l'UMRS 707 (INSERM – UPMC). Domaines de recherche : épidémiologie sociale, inégalités sociales de santé, santé-précarité. Paris, France.

Aude Caria, psychologue, responsable de la Maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France, chargée de mission CCOMS.

Carole Clavier PhD, stagiaire postdoctorale, chaire FCRSS/IRSC *Approches communautaires et inégalités de santé*, Université de Montréal, Montréal, Canada. Domaines de recherche : analyse des politiques de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé.

Maria De Koninck PhD (sociologie), professeure titulaire, département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, Québec, Canada. Domaines de recherche : inégalités sociales de santé, santé de la reproduction, santé mondiale.

Marcelle Delour, pédiatre, médecin-chef, service de Protection maternelle et infantile de Paris, France.

Laurence Desplanques, pédiatre, médecin chargée de l'évaluation et des programmes de santé publique, service de Protection maternelle et infantile de Paris, France.

Caroline Druet, agente de recherche et de planification, direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Québec. Responsable de la stratégie d'application de l'article 54 de la loi sur la santé publique. Étudiante, maîtrise en administration publique de l'École nationale d'administration publique (ÉNAP) du Québec.

Hector Falcoff, médecin généraliste, professeur associé à la faculté de médecine Paris-Descartes, coordinateur des activités de recherche de la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG), Paris, France. Domaines de recherche : évaluation et amélioration de la qualité des soins en médecine générale.

Mireille Floch Lavit, titulaire d'une maîtrise de droit, responsable du service santé publique/politique de la ville, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône, France.

Michel Fournier, M.A., statisticien, Direction de santé publique de l'agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal, Canada.

Marilène Galarneau, MSc, agente de recherche, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Montréal, Canada). Domaines de recherche : pratiques de collaboration organismes communautaires/réseau public.

Geneviève Giasson, responsable du soutien au développement local, ville de Montréal, Canada. Domaines d'intervention : stratégies (ville/partenaires) de revitalisation des quartiers, soutien à la concertation locale, renforcement de l'expertise des intervenants locaux et régionaux. Coordonnatrice du projet Collectif Quartier, développement local montréalais regroupant une trentaine de partenaires.

Luc Ginot, médecin de santé publique. Directeur du service de santé publique (SCHS) d'Aubervilliers, Seine-Saint-Denis, France. Principaux champs d'intervention de ce service : lutte contre l'habitat insalubre et le saturnisme infantile, santé dans la politique de la ville, santé des jeunes, inégalités d'accès aux soins.

Anne Guichard, PhD, chargée de recherche, Direction des affaires scientifiques, INPES, France. Domaines d'intervention : éducation et promotion de la santé, réduction des risques liés aux usages de drogues, réduction des inégalités sociales de santé.

Ricardo Gutiérrez, journaliste, conseiller stratégique du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » de la Fondation Roi Baudouin, Belgique.

Zoë Héritage, doctorante, École des hautes études en santé publique, Rennes, France. Prépare une thèse : « La contribution de la cohésion sociale aux inégalités sociales de santé ». Chargée de mission, Réseau français des *Villes-Santé* de l'OMS ; priorité 2009-2013 : équité en santé dans toutes les politiques publiques.

Françoise Jabot, MD, diplômée en santé publique et en anthropologie, professeur à l'École des hautes études en santé publique, France. Domaines d'intervention : évaluation et politiques de santé.

Lyne Jobin, directrice de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Domaines d'intervention : développement de la prévention dans le système de santé, élaboration de politiques publiques favorables à la santé et au bien-être, implantation de l'évaluation d'impact sur la santé.

Catherine M. Jones, directeur de programme, Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES).

Michel Joubert, HDR, professeur de sociologie, Université Paris 8, Saint-Denis, France ; chercheur au CRESPPA (UMR 7217), laboratoire CNRS. Domaines de recherche : analyse des stratégies et pratiques de prévention (santé mentale, conduites à risques) ; évolution des problématiques de santé publique, en lien avec la précarisation.

Florence Jusot, PhD, maître de conférences, Université Paris-Dauphine ; chercheur au Laboratoire d'économie et gestion des organisations de santé (LEDA-LEGOS) et chercheur associé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Paris, France. Domaine de recherche : analyse des causes des inégalités sociales de santé et des politiques de réduction des inégalités sociales de santé.

Guy Kegels, MD, PhD, enseignant-chercheur, département de Santé publique, Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique. Parmi ses domaines d'intervention : organisation des services de santé.

Thierry Lang, MD, PhD, professeur, faculté de médecine Toulouse Purpan, Université Paul Sabatier, France, responsable équipe 5 unité Inserm 558, directeur Institut fédératif de recherche interdisciplinaires Santé Société. Domaine de recherche : épidémiologie sociale, inégalités sociales de santé, accès secondaire aux soins.

Pierre Larcher, médecin spécialiste en santé publique, chargé de mission santé/précarité et réseaux, Direction générale de l'action sociale – Ministères chargés de la santé, du travail, du logement, France.

Florence Lardillon, chargée de la mise en œuvre, de l'évaluation et de la modélisation de l'action « Santé et citoyenneté en direction des résidents des centres d'hébergement d'urgence », association l'Université du citoyen, France. Parmi ses domaines d'intervention : participation des usagers.

Annette Leclerc, PhD, directrice de recherches, INSERM, Unité 687, épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé, Villejuif, France. Domaines de recherche : inégalités sociales de santé, approche épidémiologique des déterminants sociaux et professionnels des troubles musculo-squelettiques.

Pierre Lefèvre, PhD, sociologue, chercheur au département de santé publique de IMT Anvers, Belgique. Parmi ses domaines de recherche : évaluation participative et méthodologies de recherche qualitatives.

Michel Legros, directeur du département Sciences humaines et sociales et des comportements de santé, École des hautes études en santé publique, Rennes, France ; membre de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Domaines d'expertise : évaluation et politiques de lutte contre la pauvreté.

Pierre Lombrail, professeur de santé publique, faculté de médecine, Université de Nantes et directeur du pôle information médicale, évaluation, santé publique – santé au travail, CHU de Nantes, France ; président du conseil d'administration de l'Instance régionale d'évaluation et de promotion de la santé des Pays de la Loire, vice-président de la Société française de santé publique. Parmi ses domaines d'expertise : performances des systèmes de santé, inégalités sociales d'accès aux soins.

Bruno Marchal, MD, MPH, Département de santé publique, Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique. Domaines d'intervention : recherche en management stratégique des services de santé en Afrique.

Marie-José Moquet, médecin, chef du département Qualité des pratiques, Formation, Évaluation, direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Domaines d'intervention : formation et qualité des pratiques en éducation pour la santé, promotion de la santé, politique de la ville et réduction des inégalités sociales de santé.

Youcef Mouhoub, titulaire d'un DESS de santé publique *Management des services et actions de santé publique*. Paris VII – Jussieu, France. Visiteur de santé publique, chargé des relations avec les acteurs sociaux et associatifs, ARDEPASS, 93 Bondy – CDC93, 93 Bondy. Domaines d'intervention : éducation pour la santé dans une approche participative.

Lucie Nadeau, MD (pédopsychiatrie), MSc (psychiatrie transculturelle), professeure adjointe, Université McGill ; pédopsychiatre en exercice à Montréal (CUSM, CSSS de la Montagne, Hôpital Juif) et au Nunavik, Canada.

Jean Pascal, médecin de santé publique, titulaire d'une thèse d'université sur les inégalités sociales d'accès aux soins préventifs. Chargé d'enseignement à l'Université de Nantes, France. Responsable d'une cellule multiétablissements de gestion de l'information médicale en soins de suite et réadaptation.

Pierre Pluye, MD, PhD, professeur adjoint, département de médecine familiale, Université McGill, chercheur, Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Domaines d'expertise : recherche évaluative, recherche participative, méthodes mixtes.

Jeanine Pommier, MD, PhD, professeure, département sciences humaines et sociales et des comportements de santé, École des hautes études en santé publique, Rennes, France. Domaines d'intervention : éducation et promotion de la santé, analyse des systèmes de soins.

Louise Potvin, PhD, titulaire de la chaire FCRSS/IRSC Approches communautaires et inégalités de santé de l'Université de Montréal, Montréal, Canada. Domaines de recherche : évaluation des interventions de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé.

Pauline Rhenter, Politologue, Chargée de mission, CCOMS / EPSM Lille-Métropole, Armentières, France.

Catherine Richard, chargée de mission santé, secrétariat général du comité interministériel des villes, La Plaine Saint-Denis, France. Infirmière, diplômées universitaires en médecine tropicale, santé publique, santé et développement, sciences de l'éducation et promotion de la santé, économie de la santé ; magister santé publique et gestion des territoires (CNAM).

Valéry Ridde, PhD, chercheur au département de médecine sociale et préventive et au Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal (Canada). Domaines de recherche : évaluation des programmes, équité, politiques de santé en Afrique de l'Ouest.

Jean-Luc Roelandt, psychiatre des hôpitaux, chef de pôle, directeur du centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France) / EPSM Lille-Métropole, Armentières, France.

Catherine Sass, PhD, épidémiologiste, chargée de mission / adjointe au responsable du programme *Précarité-Inégalités de santé* au Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (CETAF), Saint-Étienne, France.

Jean Simos, docteur ès sciences de l'École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL). Directeur du groupe de recherche environnement et santé (GRES), Institut des sciences de l'environnement et faculté de médecine, Université de Genève, Suisse. Parmi ses domaines d'expertise : environnement et santé, en lien notamment avec l'évaluation et l'aide à la décision.

Louise Saint-Pierre, MSc, responsable du volet Évaluation d'impact sur la santé (EIS), Centre de collaboration nationale sur les politiques et la santé (CCNPPS), Canada. Également membre du groupe mondial sur l'EIS de l'Union internationale pour la promotion et l'éducation de la santé (UIPES).

Pierre Surault, docteur en sciences économiques, maître de conférences retraité, France. Collabore avec le CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale. Domaines de recherche (sociologie et démographie) : inégalités sociales de santé et de mortalité, suicide, santé mentale, travail et santé.

Annie Thébaud-Mony, sociologue, directrice de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), France. Spécialiste des questions de santé au travail. Dirige le Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers professionnels (GISCOP93) à l'université Paris XIII. Porte-parole du réseau Ban Asbestos, réseau international de lutte contre l'utilisation de l'amiante.

Hugo Tiffou, coordinateur d'un Atelier Santé Ville et chargé de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'un plan local de santé publique au centre-ville de Marseille, France. Pilote l'équipe d'animation d'un réseau de santé communautaire (habitants et professionnels) santé de l'enfant et de sa famille dans deux quartiers.

Sonia Vergniory, chargée de mission, Collège régional d'éducation pour la santé de Bretagne, Rennes, France. Coordinatrice du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Bretagne et de son axe de développement des pratiques en évaluation (2006-2007).

Michèle Vincenti-Delmas, médecin de santé publique, responsable de plusieurs programmes de santé publique au conseil général de Seine-Saint-Denis ; a contribué à l'élaboration/mise en œuvre des programmes de dépistage des cancers du sein et du colon et au programme de surveillance et de recherche sur les cancers professionnels.

Les membres du comité éditorial

Louis Potvin, coordinatrice éditoriale ; PhD, titulaire de la Chaire FCRSS/IRSC Approches communautaires et inégalités de santé de l'Université de Montréal, Montréal, Canada. Domaines de recherche : évaluation des interventions de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé.

Marie José Moquet, coordinatrice ; médecin, chef du département Qualité des pratiques, Formation, Évaluation, Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Domaines d'intervention : formation et qualité des pratiques en éducation pour la santé, promotion de la santé, politique de la ville et réduction des inégalités sociales de santé.

Catherine M. Jones, coordinatrice ; directeur de programme, Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES).

Anne Guichard, PhD, chargée de recherche, Direction des affaires scientifiques, INPES. Domaines d'intervention : éducation et promotion de la santé, réduction des risques liés aux usages de drogues, réduction des inégalités sociales de santé.

Sara Bensaude, chargée de programme, UIPES.

Flore Aumaître, directrice, service municipal de promotion de la santé, mairie de Nancy ; référente technique Réseau français des Villes Santé de l'OMS dont Nancy fait partie (et assure la présidence depuis 2003).

Luc Ginot, médecin de santé publique. Directeur du service de santé publique (SCHS) d'Aubervilliers, Seine-Saint-Denis. Principaux champs d'intervention de ce service : lutte contre l'habitat insalubre et le saturnisme infantile, santé dans la politique de la ville, santé des jeunes, inégalités d'accès aux soins.

Valéry Ridde, PhD, chercheur au département de médecine sociale et préventive et au Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (Canada). Domaines de recherche : évaluation des programmes, équité, politiques de santé en Afrique de l'Ouest.

Pierre Lombrail, professeur de santé publique, faculté de médecine, université de Nantes et directeur du pôle information médicale, évaluation, santé publique – santé au travail, CHU de Nantes ; président du conseil d'administration de l'instance régionale d'évaluation et de promotion de la santé des Pays de la Loire, vice-président de la Société française de santé publique. Parmi ses domaines d'expertise : performances des systèmes de santé, inégalités sociales d'accès aux soins.

Jeanine Pommier, MD, PhD, professeure, département Sciences humaines et sociales et des comportements de santé, École des hautes études en santé publique, Rennes, France. Domaines d'intervention : éducation et promotion de la santé, analyse des systèmes de soins.

Maria De Koninck (Ph.D. sociologie), professeure titulaire, département de médecine sociale et préventive de l'université Laval, Québec, Québec, Canada. Domaines de recherche : inégalités sociales de santé, santé de la reproduction, santé mondiale.

Yves Géry, responsable de l'édition ; directeur adjoint, direction des éditions et des stratégies de diffusion, INPES.

Les coordinateurs des sections

Section I, l'état de la question : Louise Potvin et Catherine Jones

Section II, politiques publiques : Luc Ginot et Maria De Koninck

Section III, systèmes de soins et prévention : Marie-José Moquet et Pierre Lombrail

Section IV, évaluation : Valéry Ridde et Jeanine Pommier

Section V, partenariats : Flore Aumaître et Louise Potvin

Remerciements pour leur contribution à la recherche documentaire

Céline Deroche (chef du département documentation, INPES)

Préface

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé, avec pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population. Or, malgré l'importante amélioration de l'état de santé de la population générale, comme en attestent des indicateurs de santé publique (allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile, etc.), force est de constater que les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable.

L'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées. Au-delà des écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée qui sont les plus grands, les épidémiologistes ont, en outre, pu objectiver des écarts existants pour l'ensemble de la hiérarchie sociale, selon la catégorie socioprofessionnelle, le revenu, la situation familiale, etc. Les inégalités sociales de santé suivent donc une distribution socialement stratifiée au sein de la population. Ce « gradient social » existe aussi tant dans l'adoption de comportements favorables à la santé que dans la réceptivité aux messages de prévention. Dès lors, toute politique de santé publique se doit de prendre en compte les données de ce constat, afin de ne pas creuser les écarts. L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé doit

être totalement intégré dans le développement des actions d'éducation et de promotion de la santé. Cet objectif est en adéquation avec les valeurs de solidarité et de justice sociale qui font partie des fondements de la promotion de la santé. Cependant, le défi est de taille, car il ne suffit pas d'agir sur les facteurs individuels de risque qui ne peuvent pas, à eux seuls, expliquer les différences sociales de santé. D'autres facteurs, appelés déterminants sociaux de la santé, sont multiples et agissent en interactions complexes dans la répartition socialement observée des comportements défavorables à la santé.

Le développement des connaissances et leur prise en compte dans les politiques publiques ont fait l'objet, notamment depuis 2004, d'une multiplication des échanges et de manifestations dédiées à cette thématique en France, comme à l'étranger. L'INPES a aussi joué un rôle moteur dans la mise à l'agenda de cette question. L'Institut travaille par ailleurs, depuis 2004, à la prise en compte des inégalités dans ses programmes et actions de prévention et de promotion de la santé. Aussi, c'est avec cette volonté de continuer à travailler à la réduction des inégalités sociales de santé que l'Institut s'engage et soutient de nombreux travaux qui sont présentés dans ce guide. Cette nouvelle publication de l'Institut sur le sujet en atteste.

Cet ouvrage ne contient pas de réponses normalisées et n'a pas la prétention d'être une série de solutions incontestables et définitives au problème des inégalités sociales de santé. Cependant, il rassemble de nombreuses contributions, issues d'expériences nationales et internationales, pour aborder cette question et commencer à agir en pratique. Ce travail est important, non seulement pour valoriser et partager les connaissances dans ce domaine mais également pour fédérer des dynamiques d'acteurs en vue d'agir plus efficacement pour réduire les inégalités sociales de santé.

Cet ouvrage constitue un ancrage important pour le développement de l'action. Sa parution s'inscrit dans un paysage institutionnel en pleine mutation et précède opportunément la révision annoncée de la loi de santé publique de 2004. Je remercie Louise Potvin, chercheuse spécialiste des inégalités de santé, qui a accepté d'en assurer la coordination éditoriale, et l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) pour sa collaboration dans la coordination de ce projet. Sans oublier les experts-coordonnateurs de chacune des sections de cet ouvrage, qui ont conduit un travail collectif considérable pour en élaborer le contenu et rassembler l'ensemble

des contributions. Je remercie aussi Sir Michael Marmot, dont les travaux de recherche sur les inégalités sociales de santé ont un impact international, qui a présidé la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), d'avoir accepté d'en écrire la postface. Je souhaite vivement que cet ouvrage contribue à la réflexion sur les pratiques et notamment dans le champ des politiques de prévention et d'éducation pour la santé.

Thanh Le Luong

Directrice générale de l'Institut national
de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)


I

Sommaire

Préface

Avant-Propos

- 29 | **Section I | L'état de la question**
- 31 | **Introduction**
Catherine M. Jones et Louise Potvin
- 35 | **Pourquoi faut-il s'intéresser
aux inégalités sociales de santé ?**
Anne Guichard et Louise Potvin
- 52 | **La réduction des inégalités :
un objectif prioritaire des systèmes
de santé**
Louise Potvin, Luc Ginot, Marie-José Moquet
- 62 | **Les inégalités sociales de santé en France :
portrait épidémiologique**
Thierry Lang et Annette Leclerc
- 73 | **Les interventions de réduction
des inégalités sociales de santé en Europe**
Florence Jusot

- 
- 89 | **L'intervention française
sur les inégalités sociales de santé :
une histoire et des enjeux**
Pierre Larcher
- 98 | **Se former pour agir sur les inégalités
sociales de santé**
Jeanine Pommier, Zoë Héritage, Michel Legros
- 107 | **Section II | Les politiques publiques**
- 109 | **Introduction**
Luc Ginot et Maria De Koninck
- 113 | **Mobiliser les politiques publiques
pour réduire les inégalités :
enjeux pour les acteurs**
Luc Ginot et Maria De Koninck
- 128 | **Positionner la lutte
contre les inégalités dans le débat politique :
la stratégie de la Fondation Roi Baudoin**
Ricardo Gutiérrez
- 136 | **L'évaluation d'impact sur la santé :
un outil de lutte contre les inégalités**
Louise Saint-Pierre, Lyne Jobin et Caroline Druet
- 148 | **Évaluation d'impact sur la santé
pour réduire les inégalités : l'exemple de Genève**
Jean Simos
- 158 | **Cancers professionnels
en Seine-Saint-Denis : une recherche-action
pour réduire les inégalités**
Annie Thébaud Mony, Michèle Vincenti Delmas
- 168 | **Développement social local à Montréal :
approche concertée de lutte contre les inégalités**
Jocelyne Bernier, Carole Clavier et Geneviève Giasson



- 178 | **Ateliers Santé Ville : intersectorialité et réduction des inégalités à l'échelon local**
Michel Joubert, Pierre Chauvin et Catherine Richard
- 189 | **Section III | Systèmes de soin et prévention**
- 191 | **Introduction**
Marie-José Moquet et Pierre Lombrail
- 195 | **Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ?**
Hector Falcoff
- 209 | **S'adapter pour réduire les inégalités : l'exemple du service de protection maternelle et infantile de Paris**
Marcelle Delour et Laurence Desplanques
- 219 | **Rôle des soins dans les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé**
Pierre Lombrail et Jean Pascal
- 227 | **Organiser le système de santé mentale en réseau de partenariats pour lutter contre les inégalités**
Jean-Luc Roelandt, Pauline Rhenter, Aude Caria et Pierre Surault
- 239 | **Seine-Saint-Denis : intégrer les habitantes éloignées du dépistage du cancer du sein**
Youcef Mouhoub
- 249 | **Section IV | L'évaluation**
- 251 | **Introduction**
Valéry Ridde et Jeanine Pommier (en collaboration avec Françoise Jabot)
- 257 | **Spécificités de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités**
Valéry Ridde, Jeanine Pommier et Françoise Jabot
- 270 | **Les évaluations mixtes des actions de réduction des inégalités**
Pierre Pluye et Lucie Nadeau

- 278 | **Évaluation par méthode mixte :
l'exemple des centres d'examen de santé**
Catherine Sass et Carine Chatain
- 285 | **Au-delà des méthodes expérimentales :
l'approche réaliste en évaluation**
Pierre Blaise, Bruno Marchal, Pierre Lefèvre et Guy Kegels
- 297 | **Une grille d'analyse des actions
pour lutter contre les inégalités sociales de santé**
Anne Guichard et Valéry Ridde
- 313 | **Section V | Les partenariats**
- 315 | **Introduction**
Flore Aumaître et Louise Potvin
- 318 | **Les partenariats : espaces négociés
de controverses et d'innovations**
Louise Potvin et Flore Aumaître
- 326 | **Les compétences des médiateurs
dans les partenariats intersectoriels**
Carole Clavier
- 334 | **Outil de l'action en partenariat :
pertinent pour les actions de réduction
des inégalités**
Angèle Bilodeau, Marilène Galarneau, Michel Fournier, Louise Potvin
- 346 | **Marseille : expérience de démarche participative
avec les ateliers santé et citoyenneté**
Hugo Tiffou et Florence Lardillon
- 358 | **Bouches-du-Rhône : articuler l'action locale
et régionale pour réduire les inégalités de santé**
Mireille Floch Lavit
- 369 | **Posface**
**Sir Michael Marmot : comment se mobiliser
pour lutter contre les inégalités sociales de santé**
- 373 | **Annexes**
- 375 | **Liste des abréviations**
- 377 | **Liste des tableaux et des figures**

Avant-propos

LOUISE POTVIN, ANNICK FAYARD ET YVES GÉRY

L'INPES a notamment pour mission d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé et d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire. Or, la promotion de la santé a pour perspective d'atteindre l'égalité en matière de santé. Aussi, pour mener à bien ses missions, l'INPES se doit d'analyser et de partager avec les autres concepteurs et réalisateurs des politiques publiques les causes de l'augmentation croissante des inégalités sociales de santé en France, afin d'être en mesure de proposer des stratégies d'interventions susceptibles d'y remédier.

C'est pourquoi l'INPES a, depuis 2004, engagé une réflexion approfondie afin de pouvoir intégrer dans ses propres modalités d'action celles qui paraissent les plus pertinentes pour contribuer à réduire les inégalités sociales de santé. De plus, sa fonction d'expertise, de conseil et de plateforme Ressource nationale le conduit à mettre à la disposition de toute personne, dont les décisions ou les actions ont un impact sur la santé des populations, les connaissances concernant les stratégies, les méthodologies d'intervention et les actions susceptibles d'infléchir ces inégalités. Cette prise en compte par l'INPES des inégalités sociales de santé converge avec le projet de réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé inscrit parmi les objectifs de la politique de santé fixés dans l'article L. 1411-1 de la loi du 11 août 2004.

Pour intégrer systématiquement dans sa réflexion l'analyse des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et des facteurs qui ont une influence sur ces déterminants, l'INPES s'est rapproché de ses partenaires européens et a contribué aux programmes Closing the Gap : strategies for action to tackle health inequalities in Europe (2004-2007), et Determine (2007-2010) [1-4]. Dans le même temps, l'Institut s'est attelé à élaborer des réponses concrètes face à une forte demande des acteurs, tels les réseaux associatifs et institutionnels, professionnels et décideurs, pour les aider dans la conception, l'analyse, le pilotage et l'évaluation de leurs activités dans le champ de la promotion de la santé [5-6].

Face à un tel défi, l'INPES a noué des collaborations françaises et internationales afin d'identifier et d'analyser les expériences les plus prometteuses relatives aux stratégies et aux modalités d'actions sur les inégalités sociales de santé. En 2007, un comité scientifique international a été mis en place sous l'égide de l'Institut avec l'appui de l'Union internationale d'éducation et de promotion de la santé (UIPES). Sa mission : développer une session spécifiquement dédiée aux stratégies d'action visant à réduire les inégalités sociales de santé dans le cadre des Journées de la prévention de l'INPES qui se sont déroulées en avril 2008. Cette session s'intitulait : « Stratégies d'action pour lutter contre les inégalités sociales de santé » [7] ; elle a été suivie par la parution d'un dossier spécifique dans la revue La Santé de l'homme [8].

Dans la continuité des travaux engagés au cours de cette session, deux nouvelles initiatives virent le jour. La première proposa un nouveau module de formation consacré aux inégalités sociales de santé à l'Université francophone de santé publique de Besançon [9], en coopération avec le département de Médecine sociale et préventive de l'Université Laval et de l'Institut national de santé publique du Québec. La seconde confia l'élaboration d'un ouvrage dans la collection « Santé en action » de l'INPES à un comité éditorial coordonné par Louise Potvin, professeure au département de Médecine sociale et préventive à l'Université de Montréal et titulaire de la chaire Approches communautaires et inégalités de santé [10], en vue de capitaliser et de mutualiser les réflexions et les expériences à l'intention des intervenants et des décideurs de santé publique.

LA FABRICATION DE CET OUVRAGE

Cet ouvrage a été réalisé à partir des matériaux assemblés par le comité scientifique qui a travaillé à la préparation d'une session de deux jours présentée dans le cadre des Journées de la préven-

tion 2008. Immédiatement après les Journées, le comité scientifique, composé de chercheurs et de professionnels de la santé publique venus de France et du Québec, s'est transformé en comité éditorial pour la production de cet ouvrage. On se rappellera que cette session comprenait une première journée de constats établis et discutés en plénière et une seconde journée d'ateliers qui ont permis le partage d'expériences concernant les façons d'intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé. Les constats ont rendu compte de deux faits importants. Tout d'abord, les inégalités sociales de santé touchent tous les pays, et les systèmes de soins et de prévention sont au mieux impuissants à les réduire, mais, souvent aussi, contribuent à les exacerber. Ensuite, plusieurs pays d'Europe ont développé des stratégies intégrées de lutte contre les inégalités sociales de santé. Ces actions posent cependant d'une manière aiguë la question de l'évaluation qui est souvent déficiente parce que présentant des problèmes méthodologiques et de faisabilité extrêmement difficiles à résoudre. Quant aux expériences rapportées dans les ateliers et issues d'un appel à résumés, celles-ci ont montré le potentiel innovant des professionnels dans les structures de santé, mais aussi la forte inertie d'un système où la réponse à l'inégalité devant la santé se conçoit principalement autour d'actions qui visent à accroître l'accès aux soins curatifs d'une population précarisée.

Le travail du comité éditorial a principalement consisté à identifier, parmi les interventions présentées dans les ateliers, celles qui comportaient des aspects novateurs et qui s'appuyaient sur des processus évaluatifs permettant une certaine distance par rapport à l'action. Une fois ces actions identifiées, a commencé le travail d'encadrement et d'accompagnement des auteurs. En effet, tout au long de l'ouvrage, le lecteur attentif notera une forte cohérence éditoriale, bien que chaque chapitre soit complet en lui-même, présentant un constat ou une expérience à retenir. Nous avons voulu que l'ouvrage puisse fournir les outils nécessaires aux intervenants intéressés à développer des actions de réduction des inégalités sociales de santé, non pas en fournissant des menus prêts à l'emploi, mais plutôt en proposant des cadres de réflexion et des exemples desquels tirer des leçons. Il était donc très important pour nous que les auteurs expriment toute la richesse de leur expérience et permettent aux lecteurs d'en dégager des pistes d'action.

Ce travail de mise en valeur de l'expérience française a été complété de deux façons. Premièrement, nous avons sollicité un certain nombre de chapitres, auprès principalement du comité éditorial, afin de bien positionner la question des inégalités sociales de santé et des interventions qui visent à les réduire,

en France et en Europe. Deuxièmement, nous avons sollicité certains collègues d'autres pays de la francophonie, notamment en Belgique, en Suisse et au Québec, de façon à élargir un peu le bassin d'expériences dans lequel puiser. Finalement, nous avons décidé d'entremêler les rapports d'expérience avec les chapitres plus conceptuels, tout au long de l'ouvrage, structurant celui-ci plutôt en fonction des thématiques pertinentes que de la nature plus ou moins appliquée du propos.

Cinq sections

L'ouvrage se présente donc en cinq sections. La première expose le problème des inégalités sociales de santé, tel que vécu en France, et présente un bref tour d'horizon des principales questions liées au rôle de l'intervention de santé publique dans la réduction des inégalités sociales de santé. Nous terminons cette section par un chapitre qui répond au besoin exprimé par les intervenants lors des Journées de la prévention 2008, à savoir une brève orientation en ce qui concerne l'offre de formation dans le domaine. La seconde section est consacrée à la question des politiques publiques qui sont perçues par plusieurs intervenants et commentateurs comme un passage obligé pour la réduction des inégalités sociales de santé. La troisième section est consacrée à l'exploration des possibilités qu'offre le système de soins pour développer des actions de réduction des inégalités sociales de santé. La quatrième section aborde la question de l'évaluation, plus précisément de l'évaluation multiméthodes qui apparaît plus adaptée à la complexité des interventions de réduction des inégalités de santé. Enfin, la cinquième section offre des outils et des expériences pour réfléchir l'action en partenariat. En effet, il apparaît de plus en plus clairement que les actions de réduction des inégalités sociales de santé requièrent des partenariats complexes avec, d'une part, des professionnels œuvrant dans une grande variété de services publics, tels le logement, l'éducation, les services à l'enfance, les services municipaux et les services de soutien à l'emploi, pour ne nommer que les plus évidents, et, d'autre part, des organisations qui se posent en porte-parole de ceux qui sont touchés par la question des inégalités. L'expérience montre que la bonne volonté ne suffit pas à faire fonctionner ces espaces de collaboration et qu'il est nécessaire de les approcher, non seulement avec un regard réaliste et critique mais aussi avec des outils conceptuels et méthodologiques qui en facilitent la régulation.

Enfin, sur le plan de son utilisation pratique, cet ouvrage se veut être un guide pour tout professionnel impliqué dans une démarche ou une action visant à réduire les inégalités sociales de

santé, qu'il s'agisse des professionnels de la santé, de l'éducation, du social, de la recherche, des administrations, des collectivités territoriales, des associations. Il poursuit une double ambition : 1) apporter aux intervenants mais aussi aux décideurs un premier socle de connaissances qui fondent toute action dans le champ des inégalités ; 2) présenter des exemples d'actions/programmes concrets réalisés sur le terrain contre les inégalités, en décrivant leurs concepts et méthodes, leur mise en œuvre, leur réussite mais aussi leurs difficultés et les limites rencontrées.

ASTUCES PÉDAGOGIQUES

L'ouvrage est séquencé en cinq sections comme indiqué plus haut : état de la question, politiques publiques, système de soins et prévention, évaluation, partenariats. Chaque section a sa propre introduction, ce qui permet au lecteur d'entrer dans une section sans avoir forcément lu la précédente. Pour faciliter la lecture, chacune des contributions de ce support est introduite par un résumé, rédigé par le comité éditorial pour mettre en avant les données essentielles et donner un aperçu très rapide du contenu détaillé, pour les lecteurs pressés. Les concepts clés traités dans l'ouvrage sont définis dans une formulation simplifiée en introduction de chaque section. Ces définitions ont été formulées par le comité éditorial en lien avec la littérature en promotion de la santé, en évaluation et en épidémiologie sociale. Ce sont des définitions courtes, qui ne se réfèrent pas aux importants corpus théoriques qui souvent accompagnent ces concepts. Les lecteurs intéressés à approfondir ces définitions trouveront - dans les chapitres des sections auxquelles ces concepts correspondent - une discussion plus fouillée de ces concepts. De plus, chaque article inclut des références bibliographiques, et, quand c'est nécessaire, des graphiques ou des croquis qui explicitent les concepts les plus importants. Les acronymes sont systématiquement détaillés dans chaque article, mais aussi rassemblés dans une liste en fin d'ouvrage. Ce document s'adressant à des professionnels d'horizons très variés, chacune des contributions d'experts est rédigée avec un souci de clarté, afin que les intervenants puissent s'approprier ces notions. À souligner que ce support est intégralement accessible en ligne sur le site Internet de l'INPES www.inpes.sante.fr et vous pouvez donc, entre autres, effectuer des recherches sur des mots clés à l'intérieur de la version électronique de ce support.

Bibliographie

- [1] EU Consortium for Action on the Socio-economic Determinants of Health. European Portal for Action on Health Equity [documents des projets européens « Closing the gap »]. 2009. En ligne : <http://www.health-inequalities.eu> [dernière consultation le 01/12/2009].
- [2] Costongs C., Stegeman I., Bensaude De Castro Freire S., Weyers S. *Closing the Gap : Strategies for Action to tackle Health Inequalities. Taking Action on Health Equity*. Cologne (Allemagne : BZgA, Bruxelles (Belgique) : EuroHealthNet, 2007 : 40 p. En ligne : <http://www.health-inequalities.eu/pdf.php?id=419761e2010b7de806b4477c8dc3d8f4> [dernière consultation le 01/12/2009].
- [3] Consortium Determine, document traduit par l'INPES. *Résumé d'action. Bilan du travail effectué par le consortium Determine au cours de sa première année. Améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'Union européenne*. Saint-Denis : INPES, 2008 : 16 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/international/docs/2008-1er_Rapport_DETETERMINE.pdf [dernière consultation le 01/12/2009].
- [4] Consortium Determine, document traduit par l'INPES. *Le point de vue des autres secteurs. Compte rendu de 40 entretiens avec des élus et des responsables politiques européens d'autres domaines que celui de la santé sur le traitement des déterminants socioéconomiques des inégalités de santé*. Saint-Denis : INPES, 2009 : 31 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/international/docs/2009-Determine-consultation-Politiques.pdf> [dernière consultation le 02/12/2009].
- [5] Molleman G., Peters L., Hommels L., Ploeg M, document traduit par l'INPES. *Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé Preffi 2.0*. Saint-Denis : INPES, 2009 : 37 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf [dernière consultation le 01/12/2009].
- [6] Promotion Santé Suisse. *Guide pour la catégorisation des résultats. 2^e version revue et corrigée. Adaptée pour la France par l'INPES*. Saint-Denis : INPES, 2007 : 37 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/preffi/preffi2.htm> [dernière consultation le 01/12/2009].
- [7] Journées de la prévention 2008. *Session 2, Stratégies d'action pour lutter contre les inégalités sociales de santé*. En ligne : <http://jp08.inpes.sante.fr/thm-session02-1.php> [dernière consultation le 01/12/2009].
- [8] Moquet M.-J., dir. Comment réduire les inégalités sociales de santé ? [Dossier]. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2008, n° 397 : 30 p.
- [9] Université d'été francophone en santé publique [Besançon]. *Programme 2008 et 2009*. 2009. En ligne : <http://www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/univete/index.htm> [dernière consultation le 01/12/2009].
- [10] Potvin L. Chaire Approches communautaires et inégalités de santé FCRSS/IRSC (CACIS). 2010. En ligne : <http://www.cacis.umontreal.ca/actualite.asp> [dernière consultation le 01/12/2009].

Section I | **L'état de la question**

CONCEPTS CLÉS

Inégalités sociales de santé

Écarts d'état de santé socialement stratifiés. Les inégalités sociales de santé touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux.

Déterminants sociaux de la santé

Ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres.

Gradient social de santé

Observation robuste d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées

Équité en santé

L'équité en santé renvoie à un jugement fondé sur la valeur de justice sociale. Elle réfère au redressement du caractère injuste d'une inégalité observée soit dans la distribution d'une ressource qui permet la santé ou dans un état de santé.

Intervention de santé des populations sur les inégalités sociales de santé

Toute action qui vise à modifier la distribution des risques à la santé en ciblant les conditions sociales, économiques et environnementales qui la façonnent.

Position sociale

Place occupée par un individu dans la structure sociale en vertu de son appartenance à un ou plusieurs groupes sociaux. Toutes les sociétés sont stratifiées en fonction d'un certain nombre de critères qui déterminent l'accès qu'ont les groupes sociaux à un ensemble de ressources. La position sociale d'un individu est liée à son appartenance à certains groupes et détermine sa capacité d'accéder aux ressources nécessaires à la réalisation de ses objectifs.

Introduction

CATHERINE M. JONES ET LOUISE POTVIN

Résumé : Agir pour réduire les inégalités ? La priorité est affichée mais la mise en œuvre requiert une volonté et des moyens, et est en outre particulièrement complexe. Cet ouvrage se veut un guide d'aide à l'action pour les acteurs de terrain, d'approche approfondie de la problématique pour tous les décideurs et professionnels concernés, et ils sont nombreux. Cette première section intitulée « L'état de la question » présente un état des connaissances et des pratiques : définitions et concepts, situation en France, comparaison avec ce qui se passe aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni qui, dans certains domaines, ont pris de l'avance dans la prise en compte de ces inégalités. Et enfin un point sur la formation qui demeure cruellement insuffisante sur cette thématique, à l'échelle de la France tout comme d'ailleurs des autres pays. Cette première section se propose d'outiller le lecteur profane sur les concepts incontournables qui lui permettront ensuite, dans les sections suivantes, d'entrer dans une analyse plus fine.

« Agir pour réduire les inégalités sociales de santé » semble presque faire office de mantra pour les acteurs de la promotion de la santé du monde entier. Ce cri de ralliement de la part d'un champ qui promeut des valeurs d'équité, d'*empowerment* (accroissement de la capacité d'agir pour une personne ou pour un groupe) et de participation des citoyens est à la fois une demande et une promesse d'action. La réponse à cette demande et l'accomplissement de cette promesse s'avèrent cependant très complexes. Cet ouvrage permettra de poser les questions concernant les enjeux pratiques et méthodologiques liés au développement de projets, leur mise en œuvre ainsi que leur évaluation

au regard d'une problématique d'inégalités sociales de santé. Son contenu propose une synthèse des connaissances concernant les interventions et les stratégies d'actions en vue de réduire les inégalités sociales de santé et leur évaluation. Il se veut pratique pour soutenir l'action, pour éclairer ces réponses et pour rendre plus tangible l'accomplissement de ces promesses.

Après trois ans de travail, la Commission des déterminants sociaux de la santé (GDSS) de l'OMS déposait son rapport final et mettait la communauté internationale au défi de « réduire les écarts en une génération » [1]. Pour ce faire, la Commission formulait trois recommandations principales :

1. Améliorer les conditions de vie et de travail de façon à favoriser une vie pleine et riche à tous les stades de la vie ;
2. Rendre plus équitable la distribution du pouvoir de l'argent et des ressources au sein des sociétés et entre elles ;
3. Mesurer et comprendre le problème de même qu'évaluer les impacts des actions entreprises pour les réduire.

La soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé a pris connaissance et a réagi à ce rapport dans une résolution historique [2], donnant ainsi une nouvelle impulsion légitime aux États membres, aux agences des Nations unies, et au directeur général de l'OMS pour prendre en compte ces constats du rapport et collaborer ensemble pour agir.

Sur la base d'expériences dans la francophonie, cet ouvrage présente un large éventail de stratégies d'actions mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé, et ce faisant effectue un tour d'horizon des questions clés et transversales relatives au rôle de l'intervention de santé publique pour réduire les inégalités sociales de santé. Cependant, avant de se lancer dans une exploration de ces expériences, il faut d'abord s'entendre sur les concepts clés, présenter les principales définitions qui ont cours dans le domaine des inégalités sociales de santé et exposer d'une manière plus détaillée les travaux et les conclusions de la CDSS de l'OMS. C'est le but de cette première section, qui vise également à faire le bilan de la situation en termes épidémiologiques pour la France et à poser les principaux enjeux de l'intervention pour l'Europe.

Dans cette première section, les différentes facettes de la situation française vis-à-vis des inégalités sociales de santé et des actions menées pour les réduire sont résumées et documentées. Pour commencer cette vue d'ensemble, il est crucial de confirmer de quoi on parle concrètement, et, pour ce faire, Guichard et Potvin explorent les définitions qui permettent de comprendre les distinctions importantes entre les concepts de précarité, de pauvreté, d'exclusion, d'inégalités sociales de santé et autres. Elles décrivent également les principaux modèles qui expliquent ces phénomènes et les conditions d'action qui soutiennent l'intervention.

Afin de soulever les enjeux relatifs à cette question en France, Potvin, Ginot et Moquet mettent en évidence le fait que les actions de promotion de la santé peuvent avoir des conséquences inattendues d'accroissement des écarts de santé dans une population. Ils démontrent la nécessité d'inscrire la réduction des inégalités sociales de santé comme un objectif prioritaire d'action,

et d'assurer que cet objectif se traduise dans des actions et des méthodes susceptibles de réduire ces écarts. C'est pourquoi cet ouvrage s'attarde plutôt à proposer des cadres pour réfléchir l'action que des stratégies spécifiques et éprouvées.

Les données sont souvent à l'origine de l'action. Les principales données françaises qui documentent les inégalités sociales de santé sont présentées par Lang et Leclerc. Certes, on ne peut pas ignorer que globalement, depuis 1968, la mortalité a diminué en France, mais ce progrès n'a pas été distribué également dans l'ensemble de la population. Comprendre les évolutions implique de s'intéresser aux causes de ces inégalités. Il faut également souligner que les causes s'enchaînent et qu'il faudra choisir dans une chaîne de causalités le maillon le plus pertinent pour agir.

Jusot nous entraîne aux Pays-Bas, en Suède et en Grande-Bretagne pour bien situer les enjeux français dans le cadre européen et donner des exemples internationaux. En effet, l'intégration politico-économique de la France dans l'ensemble européen et la nature essentiellement sociale de la réponse des systèmes de santé aux inégalités sociales de santé requièrent ce cadrage de l'expérience française afin de la rendre intelligible. Les expériences européennes révèlent des pistes importantes à prendre en compte pour la France comme la surveillance des inégalités sociales de santé, la nécessité de développer des politiques en dehors du système de santé et le financement du système de soins. En particulier, Jusot montre que la définition d'objectifs quantifiés et opérationnels constitue une étape importante pour la coordination, ainsi que le suivi et l'évaluation de ces différentes actions.

Dans son chapitre, Larcher revient sur la situation en France et examine l'évolution des dispositifs et des politiques mis en œuvre en France pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Il montre bien comment la lutte contre la précarité et l'objectif de garantir un accès universel aux soins ont dominé l'agenda et justifié la mise en arrière-plan des questions concernant les inégalités sociales de santé, et ce, quelle que soit l'idéologie des partis au pouvoir.

Enfin, cet état des lieux se termine par un regard sur la formation, fondamentale pour faciliter le transfert de connaissances auprès et avec les acteurs et ainsi contribuer au développement des capacités pour agir. La formation est essentielle pour continuer à partager des données, mieux comprendre comment se produisent et se reproduisent les inégalités sociales de santé et comment les réduire. L'offre de formation concernant les inégalités sociales de santé existe en France mais pas de manière visible ou spécifique comme c'est le cas pour les formations sur la santé et la précarité. Généralement, la question des inégalités sociales de santé est intégrée à d'autres formations sans être toujours clairement identifiée. À partir d'entretiens avec les acteurs des principales institutions pertinentes en France, Pommier, Héritage et Legros identifient les défis que pose la multidisciplinarité associée à la question des inégalités sociales de santé et proposent certaines pistes pour réfléchir la formation des intervenants dans le domaine des inégalités sociales de santé.

CONCLUSION

Cette première section de l'ouvrage permettra donc au lecteur profane, comme aux acteurs impliqués dans l'action, de dégager des cadres de réflexion pertinents pour l'action sur les inégalités sociales de santé. Ces outils conceptuels trouveront ensuite un vaste domaine d'application dans les autres sections qui constituent le cœur de cet ouvrage.

Bibliographie

- [1] Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008 : 40 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf [dernière consultation le 08/12/09].
- [2] Organisation mondiale de la santé. *Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé. Résolution WHA62.14 de la soixante-deuxième assemblée mondiale de la santé*. Genève, mai 2009 : 5 p. En ligne : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf [dernière consultation le 08/12/09].

Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ?

ANNE GUICHARD ET LOUISE POTVIN

Résumé : La réduction des inégalités constitue le défi prioritaire des systèmes de santé dans la plupart des pays du monde. Existe-t-il des modèles pour les réduire ? Ce chapitre propose des balises conceptuelles et méthodologiques aux décideurs et aux intervenants de terrain, de plus en plus interpellés sur cette question. Où l'on découvre qu'il n'existe pas de modèle miracle. Mais la connaissance a fortement progressé au cours des dernières décennies : ces modèles commencent à expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé. Ils soulignent la très grande difficulté de l'évaluation et la pauvreté de la recherche sur l'efficacité des actions, laquelle doit impérativement être développée. Mais ils mettent aussi en avant l'existence de stratégies prometteuses. Toutes ces connaissances sont très largement inexplorées. La poursuite du développement des connaissances est cruciale ; elle permettra d'accroître l'efficacité des actions de réduction des inégalités de santé.

Mots clés : inégalités sociales de santé, modèles, intervention, équité.

INTRODUCTION

Après des décennies passées à faire la preuve de l'existence des inégalités sociales de santé, on constate aujourd'hui que non seulement de telles inégalités existent mais qu'elles pourraient, du moins en partie, résulter – comme un effet inattendu – des actions des systèmes de santé, ainsi que le montre le chapitre de Potvin, Ginot et Moquet un peu plus loin dans cette section. Après

une longue période d'oubli, la lutte contre les inégalités sociales de santé est redevenue une action prioritaire [1], une priorité devenue une urgence mondiale sous les effets de la crise économique. Si les appels nationaux et internationaux à l'action ne cessent de se faire plus pressants [2], il convient de se mettre à l'écoute des acteurs soucieux de s'engager dans l'action. Malheureusement, si on dispose aujourd'hui d'importantes données faisant état de ces disparités sur des indicateurs multiples de santé, les mesures à entreprendre pour diminuer les inégalités de santé et leur efficacité demeurent largement inexplorées [3]. Cette situation contraste avec le foisonnement des actions entreprises localement auprès des publics défavorisés, qui se donnent explicitement cet objectif mais qui n'en mesurent pas toujours les effets réels, positifs ou négatifs. Or, on sait bien aujourd'hui que la bonne volonté ne suffit pas dans un champ aussi complexe et délicat.

Il faut aussi reconnaître que le champ recouvert par la notion générique d'inégalités sociales de santé n'est pas toujours clair et que, idéalement, les modalités d'action pour s'attaquer à ces inégalités relèveraient moins de l'intuition et du militantisme que de la mise en place d'une véritable stratégie d'action mêlant différents niveaux d'intervention, d'acteurs et de responsabilités politiques. C'est pourquoi il nous est apparu essentiel d'introduire cet ouvrage par ce présent chapitre qui s'attarde à définir les inégalités sociales de santé, à expliquer la façon dont elles émergent, ainsi qu'à resituer la place et le rôle des acteurs de la promotion de la santé dans cette lutte.

COMPRENDRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Précarité, pauvreté, exclusion, inégalités sociales de santé : de qui ou de quoi parle-t-on ?

Si pour les spécialistes du sujet ces concepts sont bien différenciés quant aux réalités et aux processus qu'ils recouvrent, ils sont souvent utilisés de façon interchangeable dans le langage courant pour désigner les publics en difficultés sociales et économiques. Cette indifférenciation terminologique tend à occulter les enjeux stratégiques propres à la spécificité des situations se rattachant à ces concepts. Il est donc crucial de clarifier ces notions pour appréhender plus efficacement les différentes figures des inégalités de santé et mieux y faire face.

La précarité

La précarité, ce sont l'instabilité, la fragilité des situations de vie. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aux aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment.

Pour aborder les situations de précarité, on peut se référer à la définition de Wresinski [4] qui décrit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs respon-

sabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».

La pauvreté

L'état de pauvreté concerne les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État dans lequel elles vivent.

La définition européenne de la pauvreté, adoptée par le Conseil des ministres de l'Union européenne du 19 décembre 1984, considère comme pauvres « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État dans lequel elles vivent [5] ». Cette définition met l'accent sur le caractère multidimensionnel de la pauvreté qui ne doit pas se réduire au seul revenu monétaire, mais aussi prendre en compte les conditions de vie des ménages pauvres au-delà de la privation matérielle.

En France, l'étude des situations de pauvreté privilégie une approche monétaire dite relative, c'est-à-dire qui fixe le seuil de pauvreté en fonction du niveau de vie de l'ensemble de la population considérée. Un individu ou un ménage est alors considéré comme pauvre, au sens monétaire, lorsque son revenu disponible est inférieur à une certaine fraction du revenu médian de la population. Cette définition diffère de celle d'autres pays, comme aux États-Unis ou au Canada où l'on aborde la pauvreté de façon plus absolue avec des indicateurs qui mesurent la capacité d'acquiescer un certain nombre de ressources fondamentales.

Le seuil de pauvreté monétaire retenu dans les enquêtes françaises sur la question est souvent en décalage avec la pauvreté perçue qui prend plus largement en compte les conditions de vie et les difficultés rencontrées. En effet, vivre en situation de pauvreté implique un plus grand niveau de stress, un plus grand sentiment d'absence de contrôle de sa vie et de devoir composer avec moins d'opportunités et de ressources que les populations plus nanties matériellement ou socialement.

L'exclusion sociale

L'exclusion sociale consiste en un phénomène de relégation ou de marginalisation sociale de personnes ne correspondant pas ou plus au modèle dominant d'une société.

Pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale [6], l'exclusion n'a ni mesure ni définition. Elle est la négation ou le non-respect des droits fondamentaux et notamment des droits sociaux, ces derniers étant caractérisés par le droit à une certaine qualité de vie minimale, ainsi que par

celui de participer aux principales institutions sociales et professionnelles. Pour des sociologues tels que Bourdieu [7] ou Paugam [8], l'exclusion sociale consiste en un phénomène de relégation ou de marginalisation sociale de personnes ne correspondant pas ou plus au modèle dominant d'une société. Elle se caractérise par un processus plus ou moins brutal de rupture des liens sociaux, généralement non choisi et mal perçu socialement. Dans nos sociétés occidentales, on considère aujourd'hui que l'éloignement de la participation active au marché du travail constitue une situation d'exclusion.

Dans son rapport à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS [1], le réseau de développement de connaissances sur l'exclusion sociale définit l'exclusion non pas comme un état, ce qui demeure stigmatisant, mais comme un processus qui engendre les inégalités sociales de santé. Le processus d'exclusion trouve ses origines dans des relations de pouvoir inégales opérant dans quatre sphères de la vie : politique, économique, sociale et culturelle [9].

Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé font référence à la relation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social.

Pour le Groupe technique national de définition des objectifs [10], dans le cadre de l'élaboration de la loi relative à la politique de santé publique, on parle de précarité (qui peut être sociale, économique, juridique) pour qualifier des effets structurels s'appliquant aux individus les plus vulnérables (désaffiliation sociale, fragilité de l'emploi, instabilité du statut). On parle d'inégalités pour qualifier ces mêmes effets structurels analysés cette fois au niveau de la société tout entière (écarts entre des catégories dont certaines sont plus ou moins précaires). Les deux termes sont évidemment liés, mais la précarité concerne le bas de l'échelle sociale alors que l'étude des inégalités s'appuie sur des comparaisons entre groupes sociaux, comparaisons qui englobent généralement l'ensemble de la population.

Les inégalités sociales de santé font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. Pour l'anthropologue Didier Fassin [11], les inégalités sociales de santé sont le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment dans les corps. Autrement dit, les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des processus par lesquels le social passe sous la peau.

Le *Black Report* [14] et le gradient de santé

Le *Black Report* (rapport Black), paru en Angleterre en 1980, fut l'un des premiers à révéler que la position d'un individu dans la structure sociale est étroitement associée à son état de santé. Le gradient de santé sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale

jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons.

Ce rapport qui jeta les bases de l'épidémiologie sociale constitue aujourd'hui encore une référence incontournable dans le domaine. Se basant sur un suivi longitudinal de cohortes appartenant à différents milieux sociaux en Grande-Bretagne, ce rapport démontre que si, globalement, l'espérance de vie et la morbidité évoluèrent favorablement après la mise en place d'un système de soins d'accès universel, les différences observées entre les groupes selon leur position sociale, soit entre travailleurs manuels et cadres supérieurs par exemple, ne se sont pas atténuées avec l'instauration d'un régime d'assurances universel [12].

Depuis trente ans, l'accumulation des données dans ce domaine a permis de montrer que la relation entre l'état de santé et la position sociale n'est pas limitée aux groupes les plus défavorisés, mais qu'il existe un gradient entre les différentes mesures de la position sociale et l'état de santé. L'expression gradient de santé désigne cette association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé (voir section I, **figure 1**, Lang et Leclerc). En d'autres termes, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis. Cette démonstration constitue un des résultats les plus marquants et des plus robustes en épidémiologie sociale.

Par position sociale, on entend la situation d'un individu donné sur l'échelle sociale considérée le plus souvent en termes d'âge, d'éducation, de profession ou de niveau de revenus. Différentes lectures de cette définition existent recouvrant des enjeux méthodologiques et politiques propres, comme par exemple la prise en compte du genre ou de l'origine ethnique. Mais, indépendamment des caractéristiques propres à chaque individu, on considère que la position sociale correspond à un niveau de ressources matérielles, comportementales et psychosociales, ainsi qu'à l'exposition à certains facteurs de risque qui, en se combinant, produisent un niveau de santé.

Inégalités de santé et équité

Alors que les inégalités de santé décrivent des écarts entre des sous-groupes pour certains indicateurs de santé, l'équité en matière de santé renvoie à des aspects normatifs, à un jugement de valeur concernant le caractère juste ou injuste de ces écarts.

La notion d'inégalité sociale de santé fait essentiellement référence à l'observation de différences quantitatives au regard d'un indicateur spécifique de santé entre des groupes dans une population. La question d'équité en matière de santé renvoie, quant à elle, à des aspects normatifs, à un jugement de valeur concernant les inégalités observées. Elle renvoie à la qualification, pour chaque société, des différences qui sont socialement acceptables, compte tenu des valeurs et des conditions d'existence. Il existe donc plusieurs façons de définir l'équité ; la distribution d'un bien ou d'une ressource ne

se fait pas simplement sur une base égalitaire, mais doit aussi prendre en compte la pertinence de cette ressource, compte tenu des besoins différentiels de chacun [13].

Pour ce qui est de l'équité en matière de santé, Armatya Sen, récipiendaire d'un prix Nobel d'économie, suggère que celle-ci joue un rôle central dans la poursuite de la justice sociale [14]. Contrairement à d'autres ressources, la santé est une dimension essentielle de la capacité humaine de poursuivre des buts et des objectifs de vie. La question de la distribution équitable des ressources qui mènent à la santé est donc au cœur des débats de justice sociale. Un tel débat suppose cependant que l'on s'entende sur deux éléments essentiels. Le premier élément est l'identification des ressources pertinentes qui doivent faire l'objet d'une distribution équitable, compte tenu de leur rareté. Ainsi on ne jugera pas équivalentes des ressources qui sont gérées et distribuées par l'État comme l'accès aux soins, et des ressources qui sont plutôt liées à des comportements individuels, comme l'alimentation, même si ceux-ci sont souvent façonnés par des conditions environnementales hors du contrôle des individus. Le second élément est l'identification des différences jugées acceptables dans le niveau d'obtention de cette ressource entre des groupes spécifiques. Les caractéristiques, tels l'âge, le genre, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique, le statut de pauvreté, la culture, sont souvent utilisées comme paramètre de justice en matière de santé.

COMMENT LES INÉGALITÉS SOCIALES SE TRANSFORMENT-ELLES EN INÉGALITÉS DE SANTÉ ?

Plusieurs auteurs se sont efforcés de rendre compte de la complexité des déterminants sociaux en modélisant de façon synthétique l'ensemble des résultats de recherches en la matière. Il existe dans la littérature une grande variété de modèles, plus ou moins dynamiques, et permettant plus ou moins de hiérarchiser la part respective des différents déterminants qui participent à la genèse des inégalités au sein d'une société et qui structurent les inégalités de santé. Suivant leurs orientations, on voit pour chacun se dessiner les points d'entrée pour des actions. Nous présenterons ici les principaux modèles qui font autorité dans le domaine.

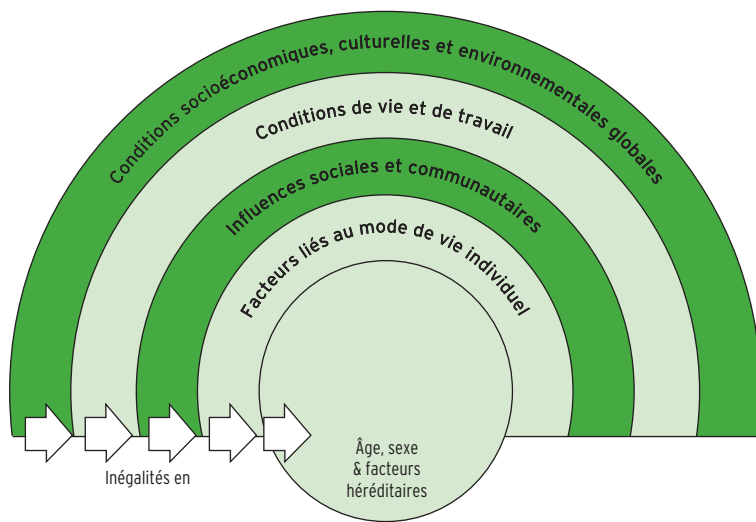
L'approche écosociale

Le modèle de Dahlgren et Whitehead [15] présenté à la **figure 1** est sans doute le plus connu et le plus utilisé en épidémiologie sociale. Il tente d'articuler les trois niveaux d'expression des déterminants sociaux : individuel, environnemental et sociétal.

La pluralité de ces déterminants est ici illustrée en couches superposées avec, au centre, les individus, caractérisés par leur âge, leur genre et des facteurs constitutifs (génétiques par exemple), dont l'effet sur la santé est indéniable, mais qui sont généralement inchangeables. Immédiatement au-dessus, on trouve les comportements individuels et notamment les facteurs de risque

FIGURE 1

Modèle des déterminants de la santé (Dahlgren et Whitehead [15])



(tabac, alcool et autres) dont on sait qu'ils affectent plus fréquemment les personnes désavantagées. La strate suivante montre les influences de la société, de la communauté et des réseaux sociaux dans lesquels s'inscrivent les individus. Dans les zones marquées par un plus grand dénuement, on sait par exemple que l'organisation en réseau est rendue plus difficile de même que l'accès à des services ou à des équipements sociaux et sanitaires. Dans la strate supérieure, on trouve les facteurs liés aux conditions de vie et de travail, l'accès aux ressources, aux infrastructures et services essentiels. Ici, les mauvaises conditions de logement ou de travail (stress, exposition à des substances toxiques par exemple) et un accès limité aux services exposent les personnes socialement défavorisées à des risques différentiels.

Enfin, au-dessus de tous les autres niveaux, on trouve les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales présentes dans l'ensemble de la société. Ici, la situation économique (richesse) d'un pays et le marché du travail, par exemple, ont un impact sur toutes les autres strates. La richesse d'un pays peut influencer les choix et les capacités d'un individu à se loger, à trouver un travail, à accéder à des soins de qualité, ou à des modes de consommation. De la même façon, on sait que certains aspects d'ordre culturel ou relevant de croyances peuvent influencer fortement les attitudes (rapport aux communautés minoritaires ou place des femmes). Autrement dit, les individus tendent à incorporer différents aspects de leur contexte de vie et de travail qui interagissent de façon directe et synergique entre exposition, susceptibilité et résistance à la maladie. Les effets cumulés dans le temps de l'exposition à ces différents facteurs fragilisent la santé exerçant en retour un impact sur la situation sociale.

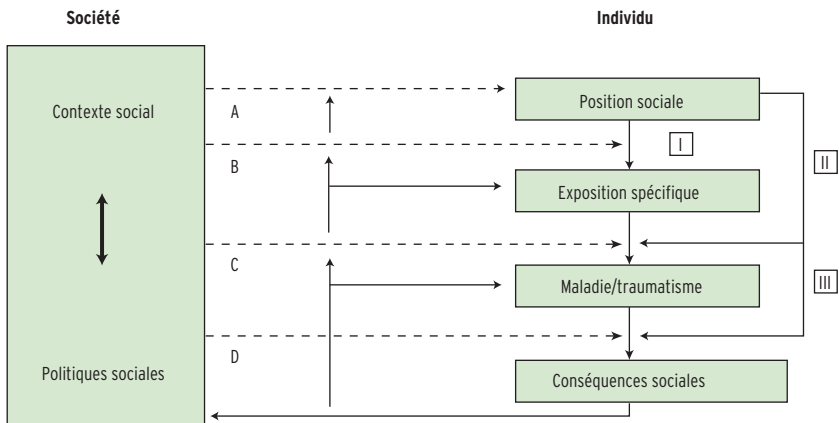
Malgré tout l'intérêt de ce modèle pour appréhender simplement un phénomène complexe, il trouve ses limites dans le fait qu'il ne permet pas de hiérarchiser et/ou de quantifier l'influence et les effets respectifs des différents déterminants présentés. Il est donc peu utile pour dégager des priorités de santé publique et des modalités d'action. Les modèles plus récents, souvent inspirés du modèle de Dalghren et Whitehead, sont plus dynamiques.

Le modèle de Diderichsen et Hallqvist : stratification sociale et genèse de la maladie

Ce modèle adapté par Diderichsen, Evans et Whitehead en 2001 met l'accent sur la façon dont les contextes sociaux génèrent une stratification sociale et affectent les individus en fonction de leur position sociale [16]. Le **figure 2** illustre la façon dont la position sociale des individus influence leur santé et leur capacité à faire des choix plus « sains » pour eux. La flèche A renvoie aux facteurs qui produisent des positions sociales différenciées. Il s'agit des facteurs structurels inscrits au plus profond de l'organisation sociale comme la répartition du pouvoir, des richesses ou des risques (par exemple : le système éducatif, les politiques de l'emploi, les normes relatives au genre ou aux minorités ethniques, les institutions politiques). La flèche (I) indique comment la stratification sociale génère à son tour une exposition différentielle aux risques ou à des conditions défavorables pour la santé (II) produisant alors une vulnérabilité différentielle (III), qui aboutit à des états de santé différentiels. Enfin, le bloc des conséquences sociales illustre les effets consécutifs de l'état de santé sur les conditions de vie, d'emploi, etc., d'un individu ou de sa famille.

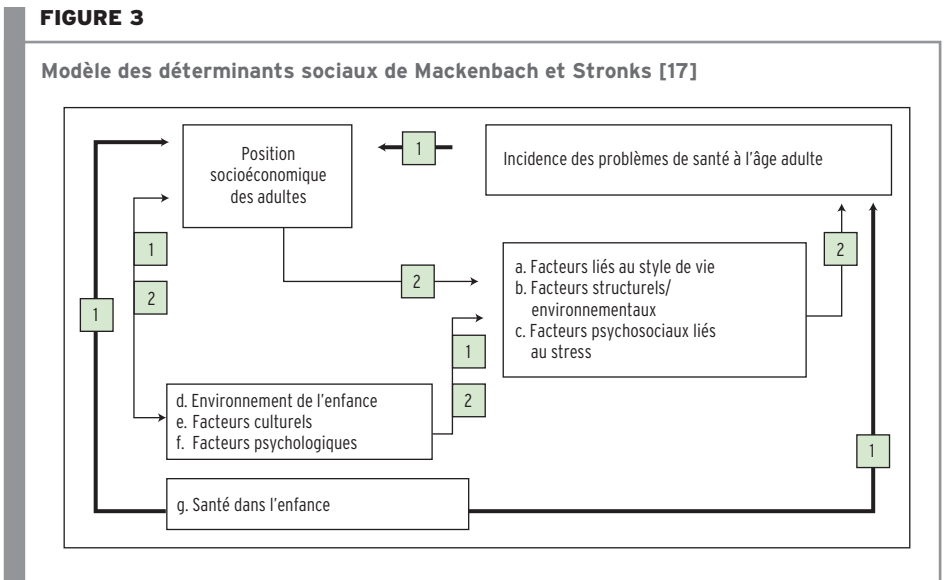
FIGURE 2

Stratification sociale et genèse de la maladie
Figure adaptée par l'OMS : Diderichsen et al. (2001) [16]



Le modèle de Mackenbach : effet de sélection et relations de causalité

Le modèle de Mackenbach, présenté à la **figure 3**, met l'accent sur les mécanismes qui génèrent des inégalités par effet de sélection ou par relation de cause à effet [17]. L'effet de sélection est illustré par les flèches qui portent le numéro 1 qui montrent comment des problèmes de santé survenus dans l'enfance se répercutent sur la situation socioéconomique et les états de santé à l'âge adulte. L'intérêt de ce modèle est de prendre aussi en compte la façon dont les problèmes de santé survenus à l'âge adulte affectent la situation sociale et économique. Les relations de causalité entre la position socioéconomique et les problèmes de santé sont représentées par les flèches qui portent le numéro 2. Elles impliquent trois groupes de déterminants intermédiaires : ceux liés au mode de vie, ceux de nature structurelle ou environnementale, et enfin les facteurs psychosociaux liés au stress.



Le modèle des influences multiples tout au long de la vie (life course model)

Ce modèle positionne les inégalités sociales de santé comme le résultat d'expositions multiples et différentielles à certains risques (environnementaux, psychologiques et comportementaux) dès le plus jeune âge et tout au long de la vie. Il met l'accent sur les effets à long terme des événements précoces et des événements de vie sur la santé à l'âge adulte. Il illustre l'idée d'un effet cumulatif des événements précoces associés à des conditions négatives (ressources matérielles, événements de vie, santé, carrière professionnelle, statut de l'emploi) qui ne se réduisent pas à une simple agrégation de facteurs

défavorables mais qui se succèdent à tous les stades de la vie (enfance, adolescence, vie adulte) pour finalement prendre la forme de trajectoires dynamiques se réalisant dans une suite d'interactions d'événements et de conditions défavorables [18-19].

Pour Pierre Aïach [20], les écarts de santé sont à rechercher dans l'accumulation des désavantages/avantages sociaux et psychologiques qui participent, tout au long de la vie, à accentuer les écarts de santé, l'expression précoce de maladies, de leur évolution plus ou moins grave et dans la survie différentielle, une fois ces maladies déclarées. Dans ce processus cumulatif, deux effets jouent un rôle essentiel : un phénomène d'amplification où l'effet produit par la survenue d'un facteur de risque ou un désavantage physique ou social est démultiplié lorsqu'on se situe dans un groupe marqué par des formes diverses de vulnérabilité, et un effet d'augmentation ou de maintien des inégalités qu'Henry Deleek (cité par Aïach et Cèbe [20]) définit comme la tendance de ceux qui se trouvent au sommet de la hiérarchie sociale à tirer davantage profit des mesures sociales et politiques de redistribution des ressources que les groupes socioéconomiques plus bas. Aïach et Cèbe [21] parlent d'une disposition différentielle à s'approprier les progrès accomplis en matière de thérapeutiques et de technologies ou à adopter les comportements favorables à la santé.

Si tous ces modèles ont la volonté d'expliquer les mécanismes producteurs des inégalités de santé, leurs divergences sont notoires : intégration ou non d'une perspective tout au long de la vie qui met la priorité sur les événements et les conditions de vie du plus jeune âge, prise en compte ou non de l'effet inverse de la santé sur le statut social et économique, importance donnée aux mécanismes biologiques ou ignorance totale de ces aspects.

La Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, formée en 2005, regroupe des responsables politiques, des universitaires, d'anciens chefs d'État et des ministres. Présidée par l'épidémiologiste britannique Sir Michael Marmot, cette Commission a pour objectif d'étudier les données disponibles pour en tirer des recommandations relatives aux interventions et aux politiques efficaces afin d'améliorer la santé des populations et de réduire les inégalités en matière de santé. L'originalité de ce travail tient à la composition de la Commission, à l'état d'esprit qui a prévalu dans l'abord du phénomène ainsi qu'à la procédure de recueil de données.

La Commission a axé ses travaux sur les « causes des causes » des inégalités – dans et entre pays –, c'est-à-dire les facteurs sociaux qui déterminent la façon dont les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Elle a appuyé ses travaux sur l'idée que les inégalités de santé résultent d'interactions complexes entre différents facteurs présents aux niveaux mondial, national et local. Le contexte mondial tient une place prépondérante dans les travaux de la Commission et le positionne à la source des relations internationales qui façonnent elles-mêmes les normes et les politiques nationales. Ces

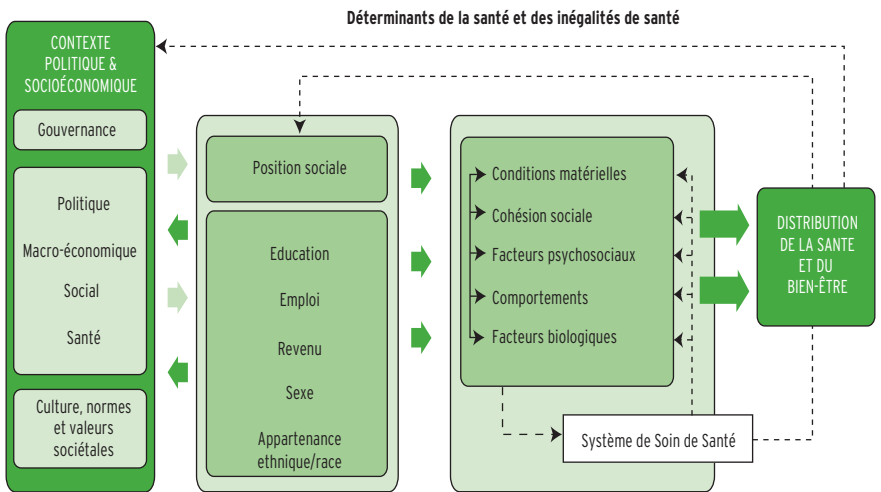
normes et ces politiques viennent à leur tour influencer l'organisation des sociétés aux niveaux national et local. Cette organisation sociale est à l'origine des positions et de la hiérarchie sociale des individus.

Pour parvenir à ses objectifs, la Commission a développé neuf réseaux de connaissances, composés d'universitaires et de praticiens issus du monde entier ayant pour mandat de recueillir des données sur les politiques et les interventions susceptibles d'améliorer la santé et de réduire les inégalités de santé. Ces réseaux touchaient le développement du jeune enfant, les conditions de travail, la mondialisation, la condition féminine et l'égalité des sexes, les milieux urbains, l'exclusion sociale et le système de santé. La Commission a, par ailleurs, conclu de nombreux partenariats avec plusieurs pays déterminés à combattre les inégalités sociales de santé ou à participer activement au changement à l'avenir.

En amont, la Commission a dû surmonter les limites des modèles présentés ci-dessus et travailler à l'élaboration d'un cadre conceptuel plus intégré des déterminants sociaux. Il en résulte le modèle présenté à la **figure 4**. Ce dernier montre l'accent mis par la Commission sur les causes fondamentales sociales et structurelles des inégalités sociales de santé – les « causes des causes » – et illustre la façon dont elles agissent sur d'autres facteurs intermédiaires et successifs pour déterminer *in fine* les états de santé différentiels des populations. Il constitue aujourd'hui le modèle le plus abouti pour expliquer la genèse des inégalités sociales de santé.

FIGURE 4

Le modèle Pathway de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS



Modifié d'après Solar et Irwin, 2007, dans CSDG (2008 sous presse). « Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé ». Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé.

Publié en août 2008, le rapport de la Commission [1] formule trois principales recommandations pour faire face aux effets des inégalités en matière d'espérance de vie :

- améliorer les conditions de vie quotidienne, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ;
- lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidienne aux niveaux mondial, national et local ;
- développer la recherche, l'évaluation et la formation.

AGIR SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : LES CONDITIONS DE L'ACTION

La place/légitimité de la promotion de la santé dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

En 1986, la première conférence internationale pour la promotion de la santé posait les principes fondamentaux du champ et définissait son cadre d'action à travers l'identification d'un certain nombre de déterminants sociaux de la santé, tels la sécurité, un abri et autres éléments, ayant une influence sur des facteurs de risques connus comme le tabagisme, la consommation d'alcool, les habitudes alimentaires ou l'inactivité physique. Ces déterminants regroupaient des facteurs économiques et sociaux, tels le revenu, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail. Depuis plus de vingt ans, dans le cadre de son activité, la promotion de la santé s'efforce de donner aux populations la possibilité et les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé en développant les compétences personnelles, en agissant sur les milieux favorables, en suscitant le développement de politiques adaptées aux besoins, en renforçant l'action de proximité, et en réorientant les services de santé vers des actions plus globales.

De plus, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée à cette occasion par l'OMS-Europe, énonçait une série d'engagements de la part des États signataires dont la poursuite de l'équité en matière de santé [22] en se fondant d'emblée sur un principe de justice sociale. Ses rédacteurs soulignaient que « ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé [22] ». À la différence de toute autre politique européenne ou d'envergure nationale, la charte se plaçait d'emblée à l'échelle internationale. « C'était le premier et, jusqu'à maintenant, c'est encore le seul document qui établit un agenda pour la santé [23]. »

Rôle du secteur santé et des décideurs dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

La première conclusion des travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (CDSS) avance que les principaux facteurs qui façonnent les inégalités de santé dans les sociétés se trouvent à l'extérieur du domaine d'action traditionnellement dévolu à la santé [1]. En effet, la régulation des conditions de vie et de la distribution inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources est généralement assurée par d'autres secteurs de l'activité des pouvoirs publics. L'action intersectorielle, qui est une réponse administrative au cloisonnement résultant de la spécialisation des fonctions et de la concentration des compétences au sein des administrations publiques, est maintenant construite comme un passage obligé pour aborder les problèmes complexes, dont les inégalités sociales de santé [23]. C'est donc l'ensemble de l'appareil administratif qui doit être interpellé par la question des inégalités sociales de santé, ce qui ne libère pas pour autant le secteur sanitaire de l'exercice du leadership nécessaire pour la poursuite d'objectifs d'équité en matière de santé.

Cet exercice de leadership se décline selon quatre niveaux d'engagement. Le premier niveau est d'abord et avant tout un engagement du secteur sanitaire pour réduire les inégalités sociales de santé. Cet engagement se traduit généralement par l'identification de la réduction des inégalités sociales de santé comme une priorité sectorielle, au même titre que l'amélioration de la santé de la population. Un tel engagement constitue une condition préalable nécessaire pour légitimer les interventions suivantes : l'action des décideurs pour développer des partenariats avec d'autres secteurs, la constitution de bases de données qui contiennent les informations nécessaires à la surveillance des inégalités sociales de santé, l'établissement de stratégies et de plans d'actions pour mettre en œuvre cette priorité, et l'évaluation des programmes selon leurs effets sur les inégalités sociales de santé.

Au deuxième niveau, il appartient aux acteurs de la santé de développer les nécessaires partenariats avec les autres secteurs de l'administration publique mais aussi avec la société civile et le secteur corporatif [24] pour développer et mettre en œuvre des stratégies qui visent à transformer les conditions qui sont à l'origine des inégalités sociales de santé. À un troisième niveau et suivant l'exemple récent de certaines administrations publiques comme au Québec et en Finlande, il est possible de conférer au ministre de la Santé des pouvoirs d'analyse, de révision et de recommandation des projets législatifs en fonction de leur impact sur la santé des populations, notamment sur les écarts qui existent entre certains groupes de populations. Une telle institutionnalisation des évaluations d'impact sur la santé requiert cependant au préalable le développement de capacités qui ne sont pas toujours présentes dans les ministères. À un quatrième niveau d'engagement, le secteur sanitaire doit mettre en œuvre les actions nécessaires pour atténuer l'impact des inégalités sociales sur la santé dans un plan d'action et des stratégies concertées. Il est généralement reconnu que les personnes les plus vulnérables socialement sont aussi

celles pour lesquelles l'utilisation des services de soins se situe parmi les plus faibles, et ce, en dépit des régimes d'assurance universels.

Rôle des intervenants de terrain dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

Les intervenants de terrain forment l'interface entre le système de santé, la population et les intervenants des autres secteurs de l'administration publique. Ils ont une double responsabilité : 1) mettre en œuvre localement des programmes qui traduisent les priorités nationales en action ; 2) faire remonter auprès des planificateurs les besoins et les expériences vécues des populations pour nourrir les exercices de planification, les acteurs de terrain ont la responsabilité de mettre en œuvre les actions intersectorielles et d'opérer directement les ajustements, les négociations et les alignements nécessaires au bon fonctionnement de ces partenariats. Ce sont aussi aux acteurs de terrain que revient la tâche de mobiliser les associations de la société civile qui, souvent, portent la parole au nom des groupes les plus démunis. En contrepartie, les acteurs de terrain jouent un rôle clé dans la capacité du système à adapter ses priorités et son action en fonction des besoins de la population. Opérateurs locaux au cœur de l'action, leurs rapports fournissent les données essentielles à la fois sur les besoins de la population et sur les écarts entre les intentions de programmes et les possibilités réelles d'implantation, compte tenu de l'environnement. La recherche récente montre bien l'irréalisme d'une conception du travail des opérateurs locaux comme de simples courroies de transmission entre une intention ministérielle et les besoins de la population [25-26] (voir section V, Clavier). Ce sont de véritables médiateurs dont la fonction essentielle est de réinterpréter et de traduire les intentions des programmes pour les relier aux intérêts des acteurs clés qui agissent localement de même qu'aux circonstances particulières des populations auprès desquelles ils travaillent.

Rôle de la recherche dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

La troisième recommandation de la CDSS de l'OMS est d'accroître la recherche sur les inégalités sociales de santé à trois niveaux : 1) mesurer le problème, 2) comprendre ses mécanismes, 3) évaluer l'impact des actions. Bien qu'essentielles, ces trois formes de recherche n'ont certes pas la même reconnaissance dans les faits. Les études épidémiologiques, qui permettent d'identifier l'expression des inégalités sociales en inégalités de santé, sont maintenant légion dans la littérature scientifique. Les variables qui mettent en évidence la structuration sociale des phénomènes de santé sont bien identifiées ; leur association avec la plupart des indicateurs de la santé de la population est robuste pour les sociétés occidentales. On peut se fier aux données de recherche pour identifier les objectifs à poursuivre de façon à réduire les inégalités sociales de santé. Le défi le plus important en ce qui concerne la mesure du phénomène réside dans la mise en place de systèmes nationaux de

surveillance qui recueillent les informations sociales et sanitaires nécessaires pour établir cette surveillance [27].

En ce qui concerne la recherche étiologique nécessaire pour comprendre les mécanismes par lesquels les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé, et qui constitueraient des cibles potentielles pour les interventions de réduction des inégalités de santé, malheureusement les résultats de recherche sont beaucoup moins probants. En effet, bien que certains mécanismes comme le stress lié au manque chronique de ressources et l'accumulation des risques tout au long de la vie apparaissent régulièrement sur la liste des mécanismes suspects, il reste encore beaucoup d'incertitudes quant aux cibles spécifiques que devraient viser les actions de réduction des inégalités sociales de santé.

Enfin, les besoins de recherche les plus criants concernent l'évaluation des interventions de réduction des inégalités de santé. Il n'existe que très peu de recherches sur les effets des interventions qui visent à augmenter la santé de la population générale, la mesure des effets d'interaction avec les variables sociales étant encore plus rare. Selon la méthode épidémiologique habituellement utilisée, le chercheur contrôle les variables sociales et les variations dans les conditions de mise en œuvre des actions ; il ne mesure pas en quoi elles interagissent avec les interventions pour produire les effets observés [28]. Bref, si l'état actuel de nos connaissances permet d'identifier adéquatement pourquoi il est nécessaire d'agir pour réduire les inégalités de santé, les connaissances sont beaucoup moins probantes quant aux objectifs spécifiques de ces interventions et encore moins en ce qui concerne comment ces actions doivent être développées et mises en œuvre. C'est pourquoi il est important de coupler les actions de réduction des inégalités de santé avec des dispositifs de recherche qui permettront le développement des connaissances nécessaires au déploiement d'actions efficaces de réduction des inégalités de santé.

CONCLUSION

La santé publique, qui, depuis le milieu du XIX^e siècle, incarne la responsabilité étatique de la santé des populations, subit, depuis la fin du XX^e siècle, des transformations majeures. En effet, il n'est plus suffisant de cibler l'objectif utilitariste d'augmenter la santé des populations d'une manière globale. Depuis la déclaration d'Alma Ata en 1978 qui proposait le slogan « La santé pour tous en l'an 2000 » [29], les organisations nationales et internationales de santé publique sont interpellées pour poursuivre des objectifs d'équité en matière de santé et de justice sociale. Les inégalités sociales de santé, quelles que soient leur expression ou leur origine, deviennent, dans un nombre croissant de pays, le défi prioritaire des systèmes de santé.

La recherche sur les inégalités sociales de santé produit chaque année un nombre de plus en plus important d'articles, de livres ou de rapports. Les chercheurs, tout comme les décideurs, commencent à s'entendre sur certaines définitions de même que sur certains modèles qui permettent d'expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé. Dans ce chapitre, nous fournissons aux intervenants les outils de base pour

appréhender ce champ. Malheureusement, comme l'a souligné le rapport Marmot [1], lorsqu'il s'agit de problématiques aussi complexes que celle des inégalités sociales de santé, la traduction en action des éléments d'un modèle explicatif ne coule pas de source. L'enchevêtrement des facteurs en cause et la forte composante normative du phénomène font en sorte que l'action sur les inégalités sociales de santé dépasse largement les solutions d'expert. D'ailleurs, la pauvreté des résultats de recherche concernant l'efficacité des actions de réduction des inégalités sociales de santé témoigne de cette énorme difficulté de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer des actions de lutte contre les inégalités de santé. Cette pauvreté des résultats ne devrait pas mener au découragement ni à déclarer le problème insoluble, bien au contraire. Dans cet ouvrage, nous apportons quelques balises conceptuelles et méthodologiques aux intervenants qui se sentent interpellés par cette question des inégalités sociales de santé. Pas plus que les autres réseaux, commissions, comités d'enquêtes, notre groupe n'est à même de proposer des actions spécifiques. Nous croyons cependant que certaines stratégies sont plus prometteuses, et c'est pourquoi nous dédions une section entière aux politiques publiques, une autre aux approches en partenariat, en plus d'explorer les expériences menées à l'intérieur du système de soins. Enfin, nous croyons que c'est en réfléchissant sur les actions entreprises que l'on pourra dégager des principes d'action pour lutter contre les inégalités sociales de santé et c'est pourquoi une section est également dédiée aux questions relatives aux problématiques d'analyse et d'évaluation des actions œuvrant dans ce sens.

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé. *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (résumé). 2008. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf [dernière consultation le 04/04/2010].
- [2] Leclerc A., Kaminski M., Lang T. Comblent le fossé en une génération : le rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2009, vol. 57, n° 4 : p. 227-230.
- [3] Potvin L. Yes! More research is needed; but not just any research. *International Journal of Public Health*, 2009, n° 54 : p. 127-128.
- [4] Wresinski J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, rapport présenté au nom du Conseil économique et social. *Journal officiel*, 1987 : p. 17
- [5] République française. Résolution du Conseil, du 29 mai 1990, relative aux actions en faveur des chômeurs de longue durée. *Journal officiel*, 04/01/1985, n° C 002 : p. 0003-0005.
- [6] Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. *Rapport 2000*. Paris : La Documentation française, 2000 : 128 p. En ligne : <http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/rapport2000-2.pdf> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [7] Bourdieu P. *La misère du monde*. Paris : Seuil, 1993 : 947 p.
- [8] Paugam S. *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté* (2^e éd.). Paris : PUF, 2002 : 256p.
- [9] Popay J., Escorel S., Hernández M., Johnston H., Mathieson J., Rispel. L. *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health From the Social Exclusion Knowledge Network*. Lancaster (UK) : OMS, 2008 : 207 p. En ligne : www.who.int/social_determinants/

- knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf [dernière consultation le 04/04/2010].
- [10] Groupe technique national de définition des objectifs. *Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique. Rapport*. Paris : Direction générale de la santé, 2003 : 743 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/losp/rapport_integral.pdf [dernière consultation le 04/04/2010].
- [11] Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., Leclerc A. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé. In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., dir. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : INSERM-La Découverte, coll. Recherches, 2000 : p. 13-24.
- [12] Black D. Townsend P., Davidson N. *Inequalities in Health. The Black Report*. Londres : Penguin Books, 1982 : 240 p.
- [13] Giacomini M., Hurley, J. Issues in evaluating equity. In : Potvin L., McQueen D.V., dir. *Health promotion evaluation practices in the Americas: Values and research*. New York : Springer, 2008 : p. 285-298.
- [14] Sen A. Why health equity? *Health Economics*, 2009, n° 11 : p. 659-666.
- [15] Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm : Institute of Futures Studies, 1991 : 69 p.
- [16] Diderichsen F., Evans T., Whitehead M. The social basis of disparities in health. In : Evans T., Whitehead M., Diderichsen F., Bhuiya A., Wirth M., dir. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York : Oxford University Press, 2001 : p. 13-23.
- [17] Mackenbach J.P., Stronks K. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 2004, vol. 3, n° 11 : 7 p.
- [18] Power C., Matthews S., Manor O. Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: lifetime social circumstances or social mobility? *British Medical Journal*, 1996, n° 313 : p. 449-453.
- [19] Kuh D., Ben Schlomo Y., dir. *A Lifecourse epidemiology* (2^e éd.). Oxford : Oxford University Press, 2004 : 473 p.
- [20] Aiach P., Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La Revue du praticien*, 2004, n° 54 : p. 2221-2227.
- [21] Aiach P., Cebe D. Les inégalités sociales de santé. *La Recherche*, 2004, n° 25 : p. 100-109.
- [22] Organisation mondiale de la santé. *La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986*. 2010. En ligne : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french [dernière consultation le 04/04/2010].
- [23] Kickbusch I. La promotion de la santé : un rhizome. In : O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I., dir. *Promotion de la santé au Canada et au Québec : perspectives critiques*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2006 : p. 477-482.
- [24] Bilodeau A. Les conditions de l'intersectorialité aux niveaux régional et local. *Promotion & Éducation*, 2005, hors série 3 : p. 20-21.
- [25] Organisation mondiale de la santé. *La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. 2005. En ligne : www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf [dernière consultation le 04/04/2010].
- [26] MacKian S., Elliott H., Busby H., Popay J. « Everywhere and nowhere » : Locating and understanding the « new » public health. *Health & Place*, 2003, n° 9 : p. 219-229.
- [27] Krieger N., Chen J.T., Waterman P.D., Rehkopf D.H., Subramanian S.V. Painting a truer picture of US socioeconomic and racial/ethnic health inequalities : The public health disparity geocoding project. *American Journal of Public Health*, 2005, vol. 95 : p. 312-323.
- [28] Potvin L., Mantoura P., Ridde V. Evaluating equity in health promotion. In : McQueen, D. V., Jones C. M., dir. *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York : Springer, 2007 : p. 367-384.
- [29] Organisation mondiale de la santé. *La déclaration d'Alma Ata*. 1978. 2010. En ligne : www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=french [dernière consultation le 04/04/2010].

La réduction des inégalités : un objectif prioritaire des systèmes de santé

LOUISE POTVIN, LUC GINOT, MARIE-JOSÉ MOQUET

Résumé : Jusqu'à présent, en France comme ailleurs, la réduction des inégalités sociales de santé est très rarement identifiée comme objectif prioritaire des systèmes de santé. Qu'en est-il de la situation en France et quelles évolutions sont envisageables ? L'entrée en service des agences régionales de santé (ARS) courant 2010 a créé dans chaque région un schéma articulant soins, médicosocial et prévention/promotion de la santé. Pour l'heure, l'on constate en France que, malgré une politique nationale d'accès aux soins pour tous, les inégalités sociales de santé demeurent aiguës. Seule alternative pour réduire ces écarts : agir pour modifier les « causes des causes » qui sont responsables des inégalités sociales de santé. La politique française de prévention repose essentiellement, outre l'accès aux soins, sur la prévention des conduites à risque en tentant d'infléchir les comportements individuels (alcool, tabac, accidents de la route...). Or, ces politiques ont un impact très différencié selon les catégories sociales, comme le montre l'exemple du tabac, puisque les groupes les plus éduqués et les mieux nantis économiquement ont réduit beaucoup plus fortement leur consommation que les groupes les moins éduqués et les plus défavorisés. Les inégalités s'accroissent d'autant plus que les personnes les plus défavorisées socialement ont les comportements individuels les moins favorables à la santé.

Dans ces conditions, le fondement d'une stratégie permettant de réduire les inégalités est, dans toute politique, projet ou action quelle qu'elle soit, d'associer systématiquement l'objectif d'amélioration de la santé des populations avec un objectif explicite de diminution des inégalités sociales de santé. C'est d'ailleurs le message fondamental du récent rapport de la Commission

des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Et la pauvreté des données probantes sur les interventions permettant à coup sûr de réduire les inégalités de santé ne doit pas servir d'alibi pour ne rien faire. Il est urgent et tout à fait possible d'agir, et l'évaluation sera précieuse pour mesurer les effets des actions mises en œuvre.

Mots clés : systèmes de santé, déterminants sociaux, inégalités sociales de santé, politiques de santé, interventions.

INTRODUCTION

Des inégalités sociales de santé (ISS) existent dans tous les pays, indépendamment du régime d'assurances qui régule l'accès aux soins. Les inégalités sociales de santé sont généralisées et interpellent l'ensemble des systèmes de santé, comme en témoigne le récent rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS [1]. On entend généralement par système de santé l'ensemble du dispositif privé ou public qui, dans un pays, assure les services et les fonctions qui permettent la poursuite des objectifs de santé. Il inclut l'ensemble de l'organisation publique et/ou privée du système de soins, des fonctions de surveillance, de prévention et de promotion de la santé. En règle générale, dans la plupart des pays occidentaux, les objectifs des systèmes de santé sont définis au niveau ministériel et expriment prioritairement un objectif d'augmentation de la santé de la population, reflétant ainsi le passage d'une approche centrée sur la restauration de la santé des individus malades vers une approche dite populationnelle. Une telle approche populationnelle devrait reposer essentiellement sur la proposition que l'apport des soins pour la santé de l'ensemble de la population est relativement marginal puisqu'ils ne touchent qu'un nombre relativement faible d'individus malades. En corollaire, les actions globales, bien qu'associées à de faibles gains sanitaires pour les individus, ont un fort potentiel d'augmentation de la santé de la population car elles touchent tout le monde.

Au cours de la dernière décennie, certains pays ont expressément identifié la réduction des inégalités sociales de santé comme objectif prioritaire de leur système de santé, en parallèle avec un objectif d'augmentation de la santé de la population. De plus, un nombre croissant d'observateurs développent l'hypothèse selon laquelle un des effets inattendus des interventions qui visent à accroître la santé de l'ensemble de la population serait de creuser les écarts existants entre les groupes sociaux qui jouissent d'une meilleure santé et ceux qui accusent un déficit sanitaire [2-4]. Dans cet ouvrage consacré à la réflexion pour l'action, il a semblé important d'observer la situation française au regard de l'organisation de son système de santé et des conséquences sur les inégalités sociales de santé.

En France, l'organisation publique du système de santé est désormais centrée autour des agences régionales de santé (ARS). Chaque ARS doit élaborer le projet régional de santé articulé autour de trois schémas, le schéma d'organisation des soins, le schéma régional d'organisation médicosociale et le schéma

régional de prévention incluant la prévention, la promotion de la santé, la santé environnementale et la sécurité sanitaire. La politique de santé publique est définie par la loi du 9 août 2004 [5]. Les mandats des ARS, tels que définis par la loi, sont énumérés à l'encadré 1.

Malgré une politique nationale d'accès aux soins pour tous, Lang et Leclerc (section I) montrent d'une manière convaincante l'existence d'inégalités sociales de santé en France. L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé a fait l'objet d'une inscription récente et encore très partielle, et à ce jour encore assez théorique, dans la loi de santé publique. Cette inscription n'est qu'un premier pas qui demeure cependant très insuffisant. Il faut aussi élaborer une stratégie crédible incluant des actions qui visent à modifier les causes des causes [6] et qui sont responsables des inégalités sociales de santé. Les objectifs de santé publique ont essentiellement ciblé jusqu'à ce jour des populations dites à risques au regard des comportements individuels. Cependant, la nouvelle loi de santé publique affiche la nécessité de renforcer l'approche populationnelle, pour rompre le déséquilibre existant avec l'approche centrée sur les soins. Cette dernière est clairement insuffisante pour améliorer l'état de santé de la population.

Ce constat a été le même pour le système canadien. En identifiant les environnements physiques et sociaux de même que les habitudes de vie comme des déterminants de la santé de la population, le rapport Lalonde consacrait, en 1974 [7], la reconnaissance politique du fait que l'action du système de

ENCADRÉ 1

Mandats de santé publique des Agences régionales de santé tels que définis dans la loi de 2004

1. La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
2. La lutte contre les épidémies ;
3. La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;
4. L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;
5. L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
6. L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;
7. La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;
8. La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
9. L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;
10. La démographie des professions de santé.

soins n'est pas suffisante pour améliorer la santé de la population, donnant du même coup à la prévention et à l'action sur les facteurs de risque une légitimité politique qui ne s'est jamais démentie. Cependant, la grande faiblesse de ce rapport fut d'orienter les actions de prévention hors dépistage vers des groupes à risque, c'est-à-dire des individus que le système de santé identifie comme étant exposés à un ou plusieurs facteurs de risque spécifiques pour certaines maladies. Près de vingt ans plus tard, l'épidémiologiste britannique Geoffrey Rose élaborait une critique percutante d'une telle approche par groupes à risques et proposait une stratégie populationnelle pour la médecine préventive dans le but d'améliorer la santé de la population [8].

STRATÉGIES POPULATIONNELLES ET IMPACT NÉGATIF SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Une approche populationnelle repose sur un ensemble d'activités qui visent à rendre plus accessibles les choix les plus sains : « *make the healthiest choice the easiest choice* ». Il s'agit de rendre les environnements plus favorables à la santé, et donc de diminuer les expositions aux risques. Quatre hypothèses, largement documentées, soutiennent l'approche populationnelle [2].

1. Les conditions contextuelles façonnent la distribution du risque dans une population. C'est-à-dire qu'au-delà de l'exposition à un facteur de risque qui détermine la position des individus dans une distribution du risque, la forme de cette distribution, pour une population donnée, est façonnée par des facteurs environnementaux qui dépassent largement la volonté des individus.
2. Les personnes à risque moyen sont majoritaires dans une population. Ainsi, une diminution même très faible du risque moyen pour l'ensemble des individus dans une population peut se traduire en un gain sanitaire important.
3. Les conditions environnementales façonnent la distribution du risque. Une stratégie de prévention populationnelle doit viser à modifier les conditions environnementales, déplaçant ainsi l'ensemble de la distribution vers une diminution du risque. Cela représente le fondement de l'intervention de prévention primaire qui consiste à diminuer l'exposition au risque dans la population.
4. Le déplacement d'une distribution de risque a aussi comme effet de diminuer l'exposition chez les groupes les plus à risque. Puisque les stratégies populationnelles conduisent au déplacement de l'ensemble de la distribution, ceux qui constituent les groupes les plus à risque dans une distribution du risque voient aussi leur risque diminuer.

Ainsi, plusieurs auteurs attribuent une grande partie de l'augmentation de l'espérance de vie observée au cours des dernières années aux stratégies populationnelles de prévention, telles les lois régissant la production, la vente et l'usage du tabac ou encore l'adoption de mesures d'atténuation du transfert d'énergie en cas d'impact pour ce qui est de la diminution de la mortalité par traumatismes routiers. La France a conduit de façon constante depuis plusieurs années des politiques et des programmes de prévention contre l'alcool, le tabac, les accidents de la route ; en parallèle, il a été constaté, au cours des trente dernières années, des modifications des causes de mortalité.

Ces tendances ont été observées pour le cancer de l'œsophage dès la fin des années 1970, pour le cancer des voies aérodigestives au milieu des années 1980, pour le cancer broncho-pulmonaire au début des années 1990. Depuis une trentaine d'années, on a constaté en France : une diminution de la mortalité par alcoolisme et cirrhose de 33 % chez les hommes de 15 à 64 ans et de 36 % chez les femmes de même âge ; une diminution de 14 % de la mortalité par accident de la circulation chez les personnes de 5 à 64 ans ; une diminution de 19 % de la mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures chez les hommes mais augmentation de 8 % chez les femmes [9-10]. Des données d'observation plus récentes sur la période 1980-2004 montrent que la France a enregistré une diminution de 15,6 % de la mortalité cardiovasculaire, de 20,8 % de la mortalité par accidents et de 5 % de la mortalité pour certains cancers [11]. Le lien de cause à effet avec les campagnes de prévention et la politique de santé publique ne peut être clairement démontré. Cependant, il est légitime de penser que ces politiques y concourent, comme par exemple dans le cas du tabac [12].

Cependant, ces données générales peuvent masquer des impacts différenciés selon les catégories sociales. Les données épidémiologiques analysées en fonction des catégories sociales conduisent à s'interroger sur les effets pervers potentiels de cette approche. Une étude récente, conduite à partir de données européennes, montre que, pour tous les pays, les diminutions de la prévalence du tabagisme – quelles que soient ces diminutions et la prévalence au départ – se sont faites au prix d'une augmentation des inégalités sociales face au tabac. Dans tous les pays, pour tous les groupes d'âge, pour les femmes comme pour les hommes, les groupes les plus éduqués et les mieux nantis économiquement ont connu des diminutions de prévalence du tabagisme plus accentuées que les groupes moins éduqués et plus défavorisés [13].

Une analyse des données du Baromètre santé 2005, publié par l'INPES [14], montre des inégalités importantes en termes de perceptions, d'attitudes et de comportements de santé, entre hommes et femmes, selon le niveau d'études ou de revenus, ou selon l'activité professionnelle. Ce sont les personnes les plus défavorisées socialement qui adoptent le moins des comportements individuels favorables à la santé, que ce soit vis-à-vis de la consommation du tabac, de la pratique de l'activité physique, du port du casque à vélo [15]. Malgré le succès observé de l'action de santé publique en France sur la consommation de tabac par exemple, force est de constater que la diminution reste différenciée selon les catégories sociales. Les populations ayant le niveau socioéconomique le plus faible demeurent les plus consommatrices [16]. De même en matière d'actions de dépistage, le dépistage du cancer du sein en France est intéressant. Alors que ce cancer constituait l'une des rares causes de mortalité socialement inversée, c'est-à-dire que les catégories les plus pauvres bénéficiaient d'un risque plus faible, on voit que cette tendance s'infléchit dans les dernières périodes d'observation [17]. Il est possible que le dépistage généralisé, en profitant d'abord aux catégories supérieures, ait contribué à cette inflexion. Le constat a également été posé pour la contamination au VIH, dans les travaux initiés par Michael Pollack, et poursuivis par M.A. Schiltz *et al.* [18]. Il a été

constaté que, à l'intérieur même de la communauté gay, trop souvent considérée comme homogène, il existait des différenciations sociales en matière d'acquisition des connaissances de prévention, et de capacité à imposer des pratiques sans risque ; ces différenciations ont été mises en lien avec des dynamiques spécifiques de l'épidémie.

LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE SANTÉ SE FONDENT SUR DES COMPÉTENCES SOCIALEMENT DISCRIMINÉES

Si, comme nous l'avons évoqué plus haut, la distribution du risque dans une société est socialement structurée en fonction de la stratification des groupes sociaux, les quelques observations empiriques dont nous disposons concernant l'effet des programmes de santé publique tendent à montrer que la capacité de transformer en santé les ressources que constituent ces programmes est aussi socialement structurée. Il existe, en effet, très peu d'études qui évaluent systématiquement les effets des interventions de santé publique en fonction des strates sociales [19]. Cela pose plusieurs difficultés méthodologiques qui s'accumulent tout au cours d'une étude. Parmi ces difficultés, on note : la participation moindre des personnes à faible revenu dans des études et une plus grande perte au suivi, la plus grande difficulté à rejoindre les populations plus démunies par nos programmes, ce qui se traduit souvent en incapacité de tester les interactions statistiques qui permettraient d'évaluer les effets différentiels des programmes en fonction de certaines caractéristiques sociales. Il est cependant difficile de rejeter l'hypothèse que les personnes qui sont le plus à risque, dans une distribution, sont aussi celles pour qui l'intervention aura le moins d'effet. Ce qui mènerait donc, pour beaucoup d'interventions de santé des populations, à un accroissement des inégalités sociales de santé.

Trois phénomènes militent en faveur d'une telle hypothèse [2]. Le premier est mis en évidence par l'ensemble des études sur les trajectoires de vie [20]. Tout au cours de la vie, les risques sociaux et sanitaires, tout comme les facteurs protecteurs, s'accumulent et se renforcent. Ainsi, à tout moment de la vie, l'état de santé d'un individu reflète et résulte de l'ensemble de ses expériences antérieures. Ceux qui partent avec un déficit ont souvent plus de difficultés à transformer les ressources de l'environnement en santé, et ce, très tôt dans la vie. Les données de l'Enquête longitudinale des enfants du Québec (ELDEQ) ont montré que les bébés qui naissent prématurément dans des familles à plus faible revenu ont des probabilités plus élevées d'être en déficit de santé par rapport aux bébés nés à terme que les bébés prématurés qui naissent dans des familles dont le revenu est satisfaisant [21].

Le deuxième phénomène est la concentration des risques. Les risques ne viennent pas seuls. Pour beaucoup d'individus, les menaces à la santé sont multiples, et les études montrent que les personnes à faible revenu ou celles qui sont moins scolarisées sont davantage exposées à plusieurs facteurs de risque [22]. D'ailleurs, les intervenants de première ligne savent bien que ce

sont souvent les mêmes personnes qui ont besoin d'une diversité de services. Cette concentration des risques est d'autant plus significative que certains de ces risques agissent d'une manière synergique, comme c'est le cas du tabac avec la majorité des autres facteurs de risque cardiovasculaire. Cette concentration fait aussi en sorte que les actions qui visent des facteurs singuliers sont beaucoup moins efficaces pour augmenter la santé des populations vulnérables qu'elles ne le sont pour le reste de la population.

Enfin, des études récentes tendent à montrer que les facteurs de risque et la maladie sont l'expression de causes plus fondamentales qui sont liées à l'appartenance à certains groupes sociaux et qui déterminent l'accès aux ressources et la capacité de transformer ces ressources en santé [23-24]. Ces causes fondamentales agiraient de façon telle que, même lorsque l'exposition à un facteur de risque spécifique cesse, les gains de santé ne sont pas équivalents. Ce sont ces mêmes causes fondamentales qui influencent la position des groupes dans la distribution du risque et leur capacité de tirer le maximum de bénéfiques des interventions de santé publique.

Ces mécanismes viennent interférer avec chacun des types d'intervention en promotion de la santé. Deux modalités d'action publique y sont plus sensibles. Les actions d'éducation pour la santé et celles de dépistage sont celles pour lesquelles la distorsion de résultats liée au prisme social est la plus forte : elles se fondent davantage sur des compétences socialement discriminées, des réseaux sociaux inégalement appropriés, que sur des actions à caractère contraint telles que les vaccinations. Et, pourtant, ce type d'actions ne bénéficie que trop rarement d'une réflexion préalable par les promoteurs sur la répartition sociale de leur impact.

LA NÉCESSITÉ DE FIXER DEUX OBJECTIFS AUX INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE : AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION ET RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

La prévention constitue un puissant outil pour améliorer l'état de santé d'une population ; et les pouvoirs publics comme les intervenants de première ligne ont raison d'en user dans un objectif d'amélioration de la santé de la population. Il apparaît cependant dangereux de croire que les effets des politiques et des programmes de prévention sont homogènes pour tous les niveaux de risque et pour tous les groupes qui constituent une population. Tout comme le risque est socialement structuré, la capacité de tirer profit des interventions préventives apparaît, elle aussi, comme étant liée à l'appartenance à certains groupes sociaux, comme le montrent les exemples précédents. En fait, ne pas reconnaître cette possibilité, c'est faire le choix implicite de contribuer à augmenter les inégalités de santé. D'où l'importance de toujours associer l'objectif d'augmentation de la santé d'une population avec un objectif explicite de diminution des inégalités sociales de santé. L'un ne devrait pas aller sans l'autre et ni l'un ni l'autre de ces objectifs ne devrait avoir prédominance. C'est le message fondamental du récent rapport de la Commission

des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, présidée par Sir Michael Marmot [1]. Un rôle clé des intervenants du système de santé est donc de plaider pour l'inscription d'un objectif de réduction des inégalités de santé dans le mandat du système national de santé et de participer à la mise en œuvre d'un tel objectif dans des stratégies d'action.

Il existe très peu de données probantes sur la façon d'intervenir pour diminuer les inégalités sociales de santé. Certaines stratégies comme l'action intersectorielle et les approches participatives – qui permettent la prise en compte des savoirs que les personnes en situation de vulnérabilité ont de leur propre condition – sont souvent mentionnées comme potentiellement pertinentes pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Cette pauvreté des données probantes ne devrait cependant pas empêcher les décideurs et les opérateurs des programmes sanitaires de formuler des objectifs de réduction des inégalités sociales de santé et de mettre en œuvre, aux niveaux national, régional et local, des actions et leur évaluation qui permettront éventuellement de constituer un corpus de données pour soutenir la lutte aux inégalités sociales de santé. C'est en ce sens qu'un guide pour la prise en compte de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques régionales de santé par les ARS a été élaboré [25]. Il a pour objectif de proposer des repères pour l'action. De plus, ce guide est accompagné de fiches opérationnelles sur des thématiques telles que les constats, les actions possibles, les partenaires pour les mettre en œuvre, les indicateurs de suivi et une bibliographie. Pour chaque thématique, ce travail a essayé, autant que faire se peut, d'envisager les effets adverses et les principales idées reçues.

Chacun des acteurs de la promotion de la santé, qu'il soit opérateur de terrain, décideur, ou financeur, est appelé à se mobiliser contre les ISS. On voit bien que ces acteurs doivent d'abord s'assurer, préalablement au développement d'un programme, qu'il ne va pas, *a minima*, aggraver ces ISS. Il n'existe pas de stratégie clairement validée à cet effet. Du côté des promoteurs nationaux et régionaux, il importe d'abord de poser explicitement la question de l'impact socialement stratifié de l'action. Poser cette question peut amener à des inflexions de méthodes. Mais cela peut déboucher sur la nécessité d'arbitrages : dans un contexte d'allocation contrainte de moyens, il ne sera pas rare de devoir choisir entre une action maximisant les gains de santé pour l'ensemble de la population et une action plus ciblée, mais maximisant la réduction des écarts entre groupes sociaux ou territoires. À ne pas procéder à ces arbitrages, on choisit le plus souvent de façon implicite d'aggraver les ISS.

Les acteurs locaux ressentent, parfois de façon empirique, cette situation paradoxale qui voit les groupes défavorisés dont ils ont la charge ne pas bénéficier d'actions souvent spectaculaires. Il est de leur responsabilité de veiller à ce qu'aucune de leurs propres actions ne contribue à ce mouvement. Mais il est également de leur responsabilité d'exiger que les programmes construits à un niveau supérieur, et qu'on leur demande souvent de décliner, soient construits de façon à ne pas aggraver la production de ces inégalités.

CONCLUSION

Ce chapitre montre, avec des exemples à l'appui, que les actions de promotion de la santé peuvent avoir des conséquences inattendues d'augmentation des écarts de santé dans une population. En fait, l'hypothèse selon laquelle la capacité de transformer en gain de santé les ressources rendues disponibles à travers les programmes de promotion et prévention serait socialement structurée, tout comme l'état de santé, ne peut pas être écartée. Cette hypothèse devrait constituer, selon un principe de précaution, une hypothèse de travail fondamentale pour les intervenants de santé. Il est donc impérieux que les acteurs de santé inscrivent la réduction des inégalités sociales de santé comme un objectif prioritaire d'action, et que cet objectif se traduise dans des actions et des méthodes susceptibles de réduire ces écarts. Malheureusement, les données probantes concernant les interventions qui pourraient réduire ces écarts font cruellement défaut. C'est pourquoi cet ouvrage propose plus des cadres pour réfléchir l'action que des stratégies spécifiques éprouvées. Enfin, nous croyons que l'évaluation doit jouer un rôle clé dans chacune de ces stratégies. Si, comme nous venons de le montrer, les stratégies populationnelles peuvent avoir comme effet d'accroître les écarts, l'évaluation devient alors une nécessité. Ceci non seulement pour identifier les actions effectives mais aussi pour documenter celles qui contribuent aux inégalités sociales de santé.

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé. *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (résumé). Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008 : 40 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf [dernière consultation le 10/11/2009].
- [2] Frohlich K.L., Potvin L. The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 2008, n° 98 : p. 216-221.
- [3] Aiach P., Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La Revue du praticien*, 2004, vol. 54 : p. 2221-2227.
- [4] Victora C.G., Vaughan J.P., Barros F.C., Silva C.C., Tomasi E. Explaining trends in inequities: Evidence from Brazil child health studies. *The Lancet*, 2000, vol. 356 : p. 1093-1098.
- [5] République française. *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. 2010. En ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/t2/ta/ta0280.asp> [dernière consultation le 10/11/2009].
- [6] Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T.A.J., Taylor S. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 2008, n° 372 : p. 1661-1669.
- [7] Gouvernement du Canada. *Nouvelles perspectives sur la santé des Canadiens*. Ottawa : Santé Canada, 1974 : 83 p. En ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-fra.pdf [dernière consultation le 10/11/2009].
- [8] Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford (UK) : Oxford University Press, 1992 : 138 p.
- [9] Meslé F. Causes of death among the oldest old: Validity and comparability. In : Robine J.M., Crimmins E.M., Horiuchi S., Yi Z., dir. *Human longevity, individual life duration and the growth of the oldest-old population*. New York : Springer, International Studies in Population, vol. 4, 2006 : p. 191-214.

- [10] Haut Comité de la santé publique. *La santé en France. Rapport général*. Paris : La Documentation française, 1994 : 335 p.
En ligne : <http://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc001396.pdf> [dernière consultation le 10/11/2009].
- [11] Aouba A., Pequignot F., Le Toulec A. Jougla E. Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004. *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire*, 2007, n° 35-36 : p. 308-314.
- [12] Douste-Blazy P. Une offensive victorieuse pour la santé publique (éditorial). *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire*, 2004, n° 22-23 : p. 89.
- [13] Schaap M.M., Kunst A.E., Leinsalu M., Regidor E., Ekholm O., Dzurova D., et al. Effect of nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries. *Tobacco Control*, 2008, vol. 17 : p. 248-255.
- [14] Beck F., Guilbert P., Gautier A., dir. *Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.
- [15] INPES. *Les Français sont-ils égaux face à la prévention ? Résultats approfondis du Baromètre santé 2005* [Dossier de presse]. Avril 2008. En ligne : www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080410.pdf [dernière consultation le 10/11/2009].
- [16] Mizarhi A., Mizhari A. Consommation d'alcool et de tabac. *Gérontologie et société*, 2003, n° 105 : p. 21-43.
- [17] Mévielle G., Chastang J.F., Luce D., Leclerc A. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007, n° 55 : p. 97-105.
- [18] Calvez M. Le sida. In : Leclerc A., Fassin D., Grangjean H., Kaminski M., Lang T., dir. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, 2000 : p. 283-294.
- [19] Potvin L., Ridde V., Mantoura P. Évaluer l'équité en promotion de la santé. In : Frohlich K., De Koninck M., Demers A., Bernard P., dir. *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2008 : p. 355-378.
- [20] Kuh D., Ben Schlomo Y., dir. *A lifecourse approach to chronic disease epidemiology* (2^e éd.). New York : Oxford University Press, 2004 : 473 p.
- [21] Séguin L., Kantiébo M., Xu Q., Zunzunegui M-V., Potvin L., Frohlich K. L., et al. Conditions de vie, santé et développement. Section 1 : Pauvreté, conditions de naissance et santé des nourrissons. In : *Étude longitudinale du développement des enfants (ELDEQ 1998-2002)*. Québec : Institut de la Statistique du Québec, 2001, vol. 1, n° 3 : p. 25-62.
- [22] Sharma S., Malarcher A.M., Giles W.H., Myers G. Racial, ethnic and socio economic disparities in the clustering of CVD risk factors. *Ethnicity and Disease*, 2004, vol. 14 : p. 43-48.
- [23] Link B.G., Phelan J. Social conditions as fundamental causes of diseases. *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, extra issue : p. 80-94.
- [24] Phelan J., Link B. Controlling disease and creating disparities: A fundamental cause perspective. *Journal of Gerontology*, 2005, vol. 60, special issue II : p. 27-33.
- [25] Basset B., dir. *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Dossiers Varia, 2009 : 203 p.

Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique

THIERRY LANG ET ANNETTE LECLERC

Résumé : Les inégalités sociales de santé résultent d'un ensemble de déterminants, à savoir accès aux soins et à la prévention mais aussi conditions socioéconomiques : logement, emploi et conditions de travail, niveau de ressources et d'éducation. Elles prennent leur racine dès l'enfance. Ces inégalités se traduisent notamment en France par une forte surmortalité chez les travailleurs manuels. Indicateur inquiétant : elles ont eu tendance à s'aggraver depuis vingt ans. Si la France a un système de protection sociale envié, les inégalités sociales de santé sont importantes et la prévention profite surtout aux plus aisés. Face aux multiples déterminants de ces inégalités, il est nécessaire d'intervenir avec une approche intersectorielle, de cesser de penser la santé « à part » du social et de l'économique. C'est l'ensemble des politiques qu'il faut revisiter.

Mots clés : inégalités sociales de santé, France, épidémiologie, comparaisons européennes, déterminants sociaux.

INTRODUCTION

Inégalités sociales de santé : une double ambiguïté pèse sur ces termes en France, où ils renvoient volontiers à la précarité et à l'exclusion, avec une attention particulière portée aux populations les plus défavorisées. C'est par exemple le sens de l'article qui leur est consacré dans la loi de santé publique de 2004. De plus, le terme santé évoque prioritairement dans notre pays les

soins, si bien qu'évoquer les inégalités sociales de santé est souvent compris comme poser la question de l'accès aux soins des plus défavorisés.

Les questions que soulèvent les inégalités sociales de santé sont plus larges. La santé est l'état de bien-être physique et mental et social ou encore cet état, cette ressource, qui peut permettre d'accomplir sa vie, selon les définitions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) auxquelles on se réfère. Les préoccupations et les enjeux dépassent donc de loin le système de soins, d'autant que les éléments qui déterminent l'état de santé sont multiples. Ils incluent l'ensemble des conditions de vie, de travail, de logement, les relations sociales et autres. Les travaux dans le domaine des inégalités sociales de santé ont montré qu'elles se construisent dès l'enfance et même avant, puisqu'elles remontent à la génération antérieure, aux conditions de vie des parents. Parler d'inégalités sociales de santé, c'est essayer de comprendre un gradient social d'états de santé, continu, qui suit les hiérarchies sociales, que celles-ci soient mesurées par les indicateurs de revenus financiers, de niveau d'études ou de pouvoir.

L'état de santé s'améliore progressivement au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale, de manière continue, depuis le bas de l'échelle sociale jusqu'au sommet. Trois faits saillants se dégagent. Ces inégalités, à la différence de phénomènes visibles, susceptibles de provoquer l'indignation, comme la précarité dont la forme extrême est représentée par les personnes sans domicile fixe, sont invisibles et ne se révèlent que dans les statistiques de santé. Elles posent fondamentalement la question des déterminants de la santé, puisqu'elles montrent des différences importantes entre des groupes dont le mode de vie n'est pas visiblement extrêmement contrasté (par exemple entre professions intermédiaires et cadres). Enfin, dernier point marquant, malgré un système de soins qui reste envié, ces inégalités sont particulièrement marquées en France.

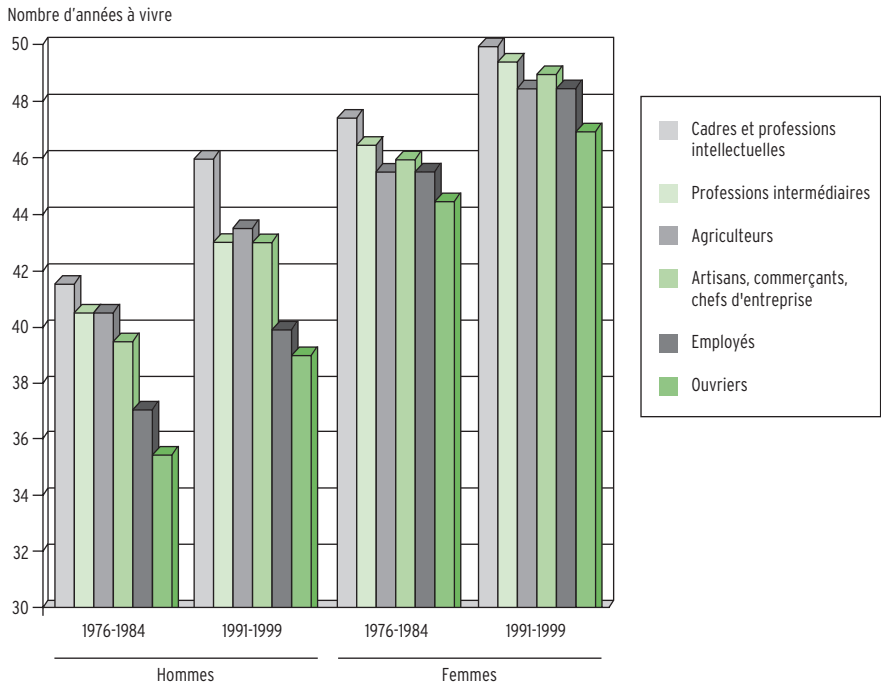
L'objectif de ce chapitre est de cerner la réalité épidémiologique des inégalités sociales de santé en France et son évolution et d'en repérer les principaux déterminants. Cet exercice constitue un préalable indispensable à une réflexion sur les interventions visant à les réduire.

DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ RÉVÉLÉES PAR DES CHIFFRES

Les inégalités sociales de mortalité en France sont connues depuis une cinquantaine d'années, plus précisément depuis la mise en place par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), à la suite du recensement de 1954, d'une enquête longitudinale dont le but était l'étude de la mortalité différentielle [1]. Plus récemment, ce dispositif a été complété par des estimations sur l'espérance de vie sans incapacité [2], à partir des données de l'INSEE et de l'enquête décennale de santé. Ainsi, comme le montre la **figure 1**, à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de quarante-sept ans, soit six ans de plus que les ouvriers. À ces inégalités de mortalité s'ajoutent ainsi des inégalités dans la qualité de vie, conséquences

FIGURE 1

Espérance de vie à 35 ans, des hommes et des femmes en France par catégorie socioprofessionnelle, périodes 1976-1984 et 1991-1999



de diverses incapacités. En effet, sur les quarante-sept années d'espérance de vie des cadres supérieurs, ils peuvent espérer en vivre trente-quatre (73 %) sans aucune incapacité (difficultés visuelles, auditives, de la marche ou des gestes de la vie quotidienne). Un ouvrier de 35 ans, lui, vivra en moyenne vingt-quatre ans sans incapacité, soit 60 % du temps qui lui reste à vivre. Pour les femmes, les écarts d'espérance de vie sont plus réduits, deux ans entre les cadres supérieurs dont l'espérance de vie à 35 ans approche cinquante et un ans, et les ouvrières. Mais à 35 ans, une femme ouvrière peut s'attendre à vivre, en moyenne, les derniers vingt-deux ans de sa vie avec une incapacité. Cette période ne sera que de seize ans pour une femme cadre supérieure. Il y a donc une double peine, portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci [3].

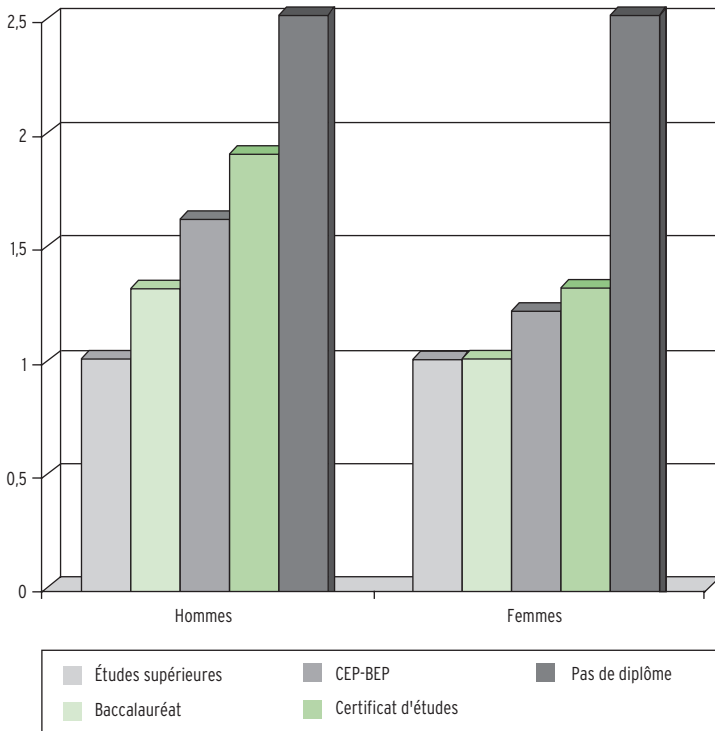
La réalité des inégalités sociales de santé se précise, avec la publication de plus en plus fréquente des données statistiques qui en corroborent l'existence. Mais les données sociales font défaut dans nombre de recueils de données de routine (hospitalières par exemple), et celles qui permettraient de

documenter l'évolution des inégalités au cours du temps sont insuffisantes dans de nombreux domaines.

L'examen de la mortalité selon le niveau d'études, tel qu'illustré à la **figure 2**, montre que c'est le cancer qui contribue le plus fortement à la surmortalité des hommes sans diplôme, comparativement aux titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme supérieur [4]. Pour la période 1990-1996, et pour les hommes âgés de 30 à 64 ans, la part due au cancer dans les inégalités atteint presque 40 %. Les inégalités les plus fortes sont observées pour les cancers du poumon et ceux touchant les voies aérodigestives supérieures (larynx, pharynx, et autres). Pour les femmes, la contribution du cancer aux inégalités sociales de mortalité est moindre. Si, globalement, les inégalités sociales de mortalité sont plus faibles pour les femmes, elles sont cependant, pour les maladies cardiovasculaires, de plus grande amplitude que dans la population masculine [5].

FIGURE 2

Mortalité relative pour la période de 1990-1996 en France, pour les hommes et les femmes âgés de 35 à 64 ans en 1990, selon le plus haut diplôme déclaré



Source : [4]

Lecture : Un homme sans diplôme a une mortalité multipliée par 2,5 par rapport à un homme ayant un niveau d'études supérieures.

Des inégalités qui débutent dès l'enfance

Ces inégalités débutent dès l'enfance et assombrissent l'avenir très tôt dans la vie. On sait ainsi que l'obésité augmente le risque d'être atteint de problèmes de santé divers tels que diabète, affections cardiovasculaires, ou problèmes d'arthrose, sources de limitations dans les activités de la vie quotidienne. Une enquête de 2005 auprès de plus de 7 200 élèves de CM2 (fin du cours primaire) montrait que 16 % d'entre eux avaient un surpoids modéré et que 4 % étaient obèses [6]. L'obésité était dix fois plus fréquente parmi les enfants d'ouvriers (6 %) que parmi les enfants de cadres (0,6 %). La proportion d'obèses parmi les enfants de parents appartenant à d'autres catégories se situe en position intermédiaire. Entre 2002, année où la même enquête avait été menée, et 2005, la fréquence de la surcharge pondérale est restée globalement stable, mais les inégalités se sont creusées. La proportion d'enfants obèses a diminué dans toutes les catégories, sauf chez les enfants d'ouvriers où elle est passée de 5 à 6 %.

Les données de l'enquête Santé Protection sociale (SPS) 2006 montrent que plus le revenu mensuel du ménage augmente, plus rare est l'obésité chez les adultes [7]. Toutes choses étant égales par ailleurs, dans toutes les tranches d'âge, la fréquence de l'obésité est multipliée par plus de deux entre les 20 % de personnes ayant les revenus les plus faibles et les 20 % disposant des revenus les plus élevés, soulignant qu'il ne s'agit pas d'un effet de seuil, mais bien d'un gradient. La mise en regard de ces deux études suggère que les inégalités sociales de santé sont plus fortes chez les enfants, témoignant d'un effet de génération plus que d'âge.

Comparaison avec d'autres pays d'Europe

Les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes [8]. Ceci a été documenté de façon précise pour une période s'étendant de 1980 à 1989, pour onze pays européens. Pour les hommes de 45 à 59 ans, le taux de mortalité des travailleurs manuels rapporté à celui des travailleurs non manuels était de 1,7 en France, 1,5 en Finlande, 1,4 en Angleterre et au Pays de Galles, 1,4 en Suède, et inférieur à 1,4 dans les autres pays (Irlande, Norvège, Danemark, Suisse, Italie, Espagne, Portugal). Un examen plus précis des données montre qu'en France la mortalité des hommes exerçant des métiers non manuels est comparable à celle de leurs homologues ailleurs en Europe. Si la France est dans une situation particulière, c'est que la mortalité des hommes de 45 à 59 ans exerçant des métiers manuels est particulièrement élevée.

Cette situation particulière de la France tient principalement à l'ampleur des inégalités observées pour certaines causes de décès : cancers autres que cancers du poumon, dont les cancers des voies aérodigestives supérieures, et cirrhose du foie. Pour les femmes, une comparaison basée sur le plus haut niveau d'études atteint – indicateur qui permet de classer aussi les femmes qui ne participent pas au marché du travail – montre que les inégalités de

mortalité sont supérieures pour les femmes françaises comparativement à celles observées en Finlande, en Norvège, au Danemark et en Italie [8].

Comment ont évolué les inégalités sociales de santé en France ?

Globalement, depuis 1968, la mortalité a diminué, mais certaines catégories en ont plus profité que d'autres. Pour les hommes âgés de 55 à 64 ans, les écarts de mortalité ont augmenté. Le risque de décès en sept ans est resté stable entre 1968 et 1996 pour les hommes sans diplôme. Pour ceux ayant des diplômes supérieurs, il a baissé de façon constante. Les comparaisons étendues à l'ensemble des classes d'âge et des catégories de diplôme montrent que, globalement, les inégalités liées au niveau d'études ont augmenté depuis 1968 et ce, pour les hommes comme pour les femmes [4]. Si l'on considère les personnes qui travaillaient à la date d'un recensement, on constate que les inégalités sociales de mortalité entre catégories socioprofessionnelles sont restées sensiblement de même ampleur, ceci pour les deux sexes. Par contre, si on considère la situation sociale au recensement pour l'ensemble de la population (en activité ou non au recensement), les inégalités ont nettement augmenté [9]. Les inégalités de mortalité ont donc augmenté durant la période, du fait d'une augmentation des écarts entre les actifs qui ont un emploi rémunéré et ceux qui ne travaillent pas. Ces derniers ont une mortalité plus élevée, et ils sont aussi plus nombreux dans la période 1990-1996 que dans les périodes précédentes, car le chômage a augmenté ; accéder à un emploi ou le conserver est devenu plus difficile.

COMMENT COMPRENDRE CES DONNÉES SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?

Comprendre implique de s'intéresser aux causes de ces inégalités. Malgré les enjeux qui s'y rapportent, il faut rappeler que le système de soins n'est pas au cœur des inégalités sociales de santé et que les causes sont à chercher en dehors de celui-ci. Or, les inégalités sociales en France, en dehors du domaine de la santé, ont eu tendance à s'aggraver dans les vingt dernières années [10]. En plus des facteurs génétiques, on distingue généralement trois grandes familles de déterminants de l'état de santé d'une population : les comportements, les facteurs socioéconomiques et le système de santé.

Les inégalités dans les déterminants de santé au cours de la vie

En abordant les comportements, il est essentiel de distinguer les causes proximales des causes fondamentales. La part importante des inégalités de mortalité attribuable aux cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures suggère que la consommation de tabac et d'alcool, s'ajoutant aux expositions professionnelles à des substances cancérigènes, joue un rôle important dans

les écarts de mortalité, du moins pour les hommes. Ceci ne veut pas dire que l'on ait trouvé l'explication des inégalités sociales et qu'il ne faille pas s'interroger, en amont, sur les causes des causes. Œuvrer à réduire les inégalités sociales de santé implique de se demander pourquoi le tabagisme, la consommation d'alcool et d'autres facteurs de risque comme une mauvaise alimentation sont plus prévalents dans certains groupes sociaux. Les causes en amont les plus souvent citées incluent les incitations diverses sous-tendues par des mécanismes de nature sociale ou économique et les conditions de vie et de travail qui rendent difficile un changement de comportement.

En fait, les facteurs à considérer relèvent de domaines très variés comme le montrent abondamment les chapitres de la seconde section de cet ouvrage, section qui porte sur les politiques publiques. Dans le paragraphe qui précède, on voit que la législation (par exemple sur les messages publicitaires, ou la vente de tabac ou d'alcool) est concernée, mais qu'il faut aussi s'intéresser aux conditions de travail, à la politique de la ville, à l'environnement et bien sûr à la formation et à l'éducation. Il faut souvent remonter à la naissance, voire avant la naissance, pour retrouver les causes des inégalités sociales de santé. Dans la littérature anglo-saxonne, cette dimension est développée sous le nom de *lifecourse*, que l'on pourrait traduire par vie entière ou trajectoires de vie. De nombreux travaux montrent des liens entre la santé de l'adulte et la santé de l'enfant, au-delà d'exemples comme l'obésité. La santé cardiovasculaire est liée à des caractéristiques de la naissance et de l'enfance, telles que le poids à la naissance. Les inégalités sociales de santé ont donc, pour une part, leurs racines dans l'enfance [9].

Le revenu illustre bien cette notion de cause fondamentale, ou cause des causes. Indirectement, les conditions économiques de l'enfance contribuent à constituer un potentiel, composé aussi de l'ensemble des qualifications et d'acquis sociaux comme la réussite scolaire accumulés durant l'enfance et l'adolescence. À son tour, ce potentiel semble influencer le niveau d'emploi et de revenus de l'adulte et ses capacités à trouver du travail, et ce, indépendamment des revenus familiaux dans l'enfance. Aussi, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les revenus d'un adulte sont liés à l'état de santé. En somme, le revenu exerce une influence directe sur l'état de santé à tout âge, ce qui s'ajoute à l'effet indirect du revenu dans l'enfance. Le revenu, en lui-même, n'influence pas directement l'état de santé, mais il conditionne d'autres facteurs matériels (conditions de vie, conditions de travail, accès à un emploi, accès à un haut niveau d'études).

Ne pas travailler constitue un risque pour la santé. La surmortalité de ceux qui n'exercent pas une activité professionnelle par rapport aux personnes qui ont un emploi ne s'explique que très partiellement par des effets de sélection, c'est-à-dire par le fait que des personnes malades ne peuvent pas ou plus travailler. Une situation d'insécurité, qu'il s'agisse du chômage ou de la crainte de perdre son emploi, a des effets, entre autres, sur la santé mentale, en particulier l'anxiété et la dépression, et sur la santé cardiovasculaire. Pour les personnes au chômage, la réduction des ressources est un élément négatif supplémentaire. Les effets du chômage sur la santé s'étendent à diverses

formes d'emplois précaires et mal rémunérés, dont la fréquence a fortement augmenté en France depuis une vingtaine d'années. Au-delà de la distinction entre emploi et absence d'emploi, il serait nécessaire d'utiliser des classifications plus fines : contrat de travail à durée déterminée, situations atypiques de travail que sont le temps partiel subi, le travail saisonnier, le fait d'être stagiaire ou travailleur indépendant. Une étude finlandaise a montré que les travailleurs qui œuvrent dans des conditions atypiques ont une moins bonne santé perçue et un taux de dépression plus élevé, mais ceci n'est pas vrai pour les travailleurs en contrat à durée déterminée. De façon générale, le travail temporaire entraînerait des problèmes psychologiques, ce qui serait cohérent avec les effets négatifs de l'insécurité dans le travail [11].

Travailler constitue aussi, dans certains cas, un risque pour la santé. La répartition de nombreuses expositions selon les professions est connue, en France, principalement par deux enquêtes nationales : l'enquête sur les conditions de travail [12] et l'enquête Surveillance médicale des risques (SUMER) [13]. Pour plusieurs types de contraintes, la fréquence d'exposition suit une répartition très proche de la hiérarchie sociale ; c'est le cas pour la répétitivité des gestes, la manutention manuelle de charges et la position debout. Les ouvriers sont généralement surexposés aux produits chimiques et au bruit. Le travail sur écran et la conduite professionnelle d'un véhicule font partie des quelques exceptions à la règle générale. En outre, une exposition donnée n'a pas les mêmes implications en termes de santé selon le statut et le niveau de formation qui modulent l'impact négatif de certaines expositions sur l'état de santé. Ceci rejoint la question du cumul de situations favorables ou défavorables.

Malgré une littérature scientifique peu abondante, les liens entre habitat et santé sont convaincants car ils ont été fréquemment reproduits et leur plausibilité biologique est forte. La preuve *a contrario* de l'importance d'un logement décent est apportée par l'état de santé des sans-abri. Les pathologies étudiées sont essentiellement les maladies infectieuses, les maladies respiratoires et les accidents domestiques. Au-delà de l'habitat familial, les études épidémiologiques ont montré depuis longtemps que l'état de santé des populations différerait considérablement selon les zones géographiques de résidence, que l'échelle géographique soit relativement restreinte, un quartier par exemple, ou plus large, une région. Les résultats de modèles d'analyses multiniveaux – qui permettent l'analyse de données de nature imbriquée comme les élèves dans une classe par exemple et qui sont couramment utilisés dans les travaux de recherche depuis une dizaine d'années – ont une importance considérable dans la mesure où ils permettent de distinguer ce qui revient à des effets dits individuels et des effets collectifs accessibles à des interventions de santé publique.

L'environnement physique peut aussi faciliter ou empêcher des comportements de santé : fumer, par exemple, est souvent aussi un moyen pour faire face à des problèmes variés ou au stress. L'exemple le plus frappant de l'influence de l'environnement sur les facteurs de risque est probablement l'activité physique de loisirs. La disponibilité et l'accessibilité (notamment en termes de distance) d'installations sportives et de loisirs, qui varient selon

l'environnement socioéconomique, est en relation avec le niveau d'activité physique moyen dans le quartier, quelle que soit la volonté individuelle des habitants. La disponibilité et le prix des différents aliments, l'accès à une restauration de type fast-food, la possibilité d'exercer un minimum d'activité physique dans différentes zones sont aussi des pistes intéressantes concernant l'obésité et la nutrition. Un mécanisme direct évident est le lien entre des caractéristiques physiques de la zone de résidence et la santé, comme la pollution de l'air ou le trafic routier, ou encore le bruit, qui peuvent affecter la santé. Plusieurs études montrent que les populations défavorisées habitent à plus faible distance des sources de pollutions environnementales (usines, autoroutes à fort trafic, sites d'incinération) que les populations aisées. Certaines études réalisées, à l'échelon individuel avec des capteurs portatifs, concluent à une association inverse entre l'exposition aux particules et un statut socioéconomique ; chez des enfants, des perturbations endocriniennes sont observées. Une vulnérabilité particulière en situation défavorisée a déjà été évoquée à propos des enfants ; ceci a aussi été étudié chez les adultes, avec des résultats pour le moment contradictoires selon les études [9].

Inégalités dans les soins préventifs et curatifs

Il ne faudrait pas conclure trop rapidement que les systèmes de santé et les soins ne jouent aucun rôle. La section III de cet ouvrage sur le rôle du système de soins dans la lutte contre les inégalités sociales de santé présente de nombreux exemples de ce lien de même que certaines interventions qui seraient associées à une réduction de ces inégalités. Par exemple, la France bénéficie, depuis 1945, d'un système de protection sociale envié. La proportion de Français bénéficiant d'une assurance n'a cessé d'augmenter au fil des ans pour atteindre la quasi-totalité de la population. La couverture complémentaire est un élément déterminant de l'accès aux soins, et la part laissée à la charge du patient au cours des vingt dernières années a eu tendance à s'accroître et représente autour de 25 % des dépenses de santé. En 2004, selon l'enquête Santé Protection sociale, 13 % de la population adulte déclaraient avoir renoncé, au moins une fois dans les douze mois précédant l'enquête, à des soins de santé pour des raisons financières. Parmi ces renoncements aux soins, 49 % concernent la santé bucco-dentaire, 18 % les lunettes et 9 % les soins d'un médecin spécialiste. Ce phénomène, qui touche plus les femmes et culmine entre 18 et 40 ans, est lié principalement à la présence ou non d'une couverture assurance complémentaire. Les changements dans les tarifs et les remboursements des soins risquent de recréer des barrières financières : augmentation de la part des soins restant à la charge des assurés, généralisation de dépassements d'honoraires non couverts, augmentation du coût de la couverture complémentaire.

Au-delà de disparités flagrantes d'accès aux soins de première ligne, il existe aussi des inégalités d'accès aux soins plus spécialisés. Après un premier contact avec le système de santé, une partie de l'origine des inégalités trouve sa source dans le système lui-même, souvent mal adapté à prendre en compte

la dimension sociale d'un problème de santé [14]. De façon générale, les progrès thérapeutiques se diffusent plus rapidement dans les groupes sociaux favorisés.

Les soins préventifs tendent aussi à être utilisés de façon inégalitaire, même en l'absence de barrière de coût (voir section III, Lombrail et Pascal) pour une discussion sur l'accès des femmes de milieux défavorisés à la mammographie préventive). Ainsi, parmi les 20 % de femmes qui disposent des revenus les plus élevés, seulement 7 % n'ont pas eu de mammographie dans les trois dernières années, mais ce pourcentage est de 26 % pour les 20 % qui disposent des plus bas revenus [7]. Entre 1995 et 2005 en France, c'est parmi les femmes aux revenus modestes que la pratique du dépistage a le plus progressé, ce qui laisse penser qu'un dépistage organisé est plus égalitaire qu'un dépistage individuel [15].

CONCLUSION

Le constat de l'existence d'inégalités sociales de santé, traversant l'ensemble de la société, n'est ni nouveau ni spécifique à notre pays. Depuis plus de cinquante ans existent en France des données d'excellente qualité, recueillies par l'INSEE, sur les inégalités sociales de mortalité. Au-delà du constat, les connaissances ont progressé sur la question des mécanismes et des causes. On peut retenir quelques idées directrices de l'ensemble des données épidémiologiques disponibles.

Premièrement, toutes les étapes de la vie sont concernées. Les inégalités se construisent, s'installent et se creusent avec le temps, certaines inégalités présentes dans l'enfance annonçant d'autres pour l'âge adulte. Deuxièmement, les causes des inégalités sont multiples, et plusieurs explications coexistent et interagissent comme notamment les causes proximales qui relèvent des comportements, et les causes fondamentales qui, elles, sont liées aux circonstances. Troisièmement, l'ensemble des causes impliquées dans la production des inégalités sociales de santé touche de très nombreux domaines, dont certains paraissent *a priori* bien loin du domaine de la santé, tels l'éducation, l'accès à l'emploi et les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, et enfin les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes.

Les inégalités peuvent être aggravées par des décisions ou des changements qui ont par ailleurs des effets positifs globaux sur la santé, comme il est démontré plus loin (voir section IV, Ridde, Pommier et Jabot). L'accès aux soins de qualité et leurs coûts ont aussi des effets directs sur les inégalités. L'absence de barrières à l'accès comme c'est le cas dans des régimes d'assurances universels ne suffit pas à garantir l'égalité des soins.

L'ensemble des données exposées montre la nécessité d'intervenir. Le caractère très vaste des déterminants de la santé implique de raisonner en approches intersectorielles et de cesser de penser la santé comme une catégorie à part des autres domaines sociaux et économiques. Les inégalités sociales de santé découlent des choix et des politiques des institutions publiques. Même

s'il faut souligner qu'il n'est qu'un des aspects d'une démarche de réduction des inégalités, le système de santé a un rôle à jouer. Au minimum le système de santé a la responsabilité de ne pas les aggraver. Enfin, si l'on dispose aujourd'hui de nombreuses données sur les inégalités sociales de santé, elles résultent en grande partie de travaux de recherche. Suivre l'évolution de ces inégalités et évaluer les politiques publiques qui en sont la cause ou qui sont développées pour les réduire impliquent enfin d'intégrer la préoccupation des inégalités sociales de santé dans les statistiques de routine, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui.

Bibliographie

- [1] Desplanques G. À 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manœuvres 34 ans seulement. *Économie et statistique*, octobre 1973, n° 49 : p. 3-19.
- [2] Cambois E., Laborde C., Robine J.-M. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. A double disadvantage for manual workers : more years of disability and a shorter life expectancy. *Population et sociétés*, 2008, n° 441 : p. 1-4.
- [3] Monteil C., Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. *Insee première*, 2005, n° 1025 : p. 1-4.
- [4] Menvielle G., Chastang J.-F., Luce D., Leclerc A., EDISC. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007, n° 55 : p. 97-105.
- [5] Saurel-Cubizolles M.-J., Chastang J.-F., Menvielle G., Leclerc A., Luce D., EDISC. Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, n° 63 : p. 197-202.
- [6] Guignon N. La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats. *Études et résultats*. DREES, 2008, n° 632 : p. 2-6.
- [7] Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. *Enquête sur la Santé et la Protection sociale 2006*. Paris : IRDES 2008, rapport n° 1701 : 238 p.
- [8] Kunst A.E., Groenohof F., Mackenbach J.-P., groupe de travail de l'Union européenne sur les inégalités socioéconomiques de santé. Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens. In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., dir. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, 2000 : p. 53-68.
- [9] Leclerc A., Kaminski M., Lang T. *Inégaux face à la santé : du constat à l'action*. Paris : La Découverte, 2008 : 298 p.
- [10] Bihl A., Pfefferkorn R. *Le système des inégalités*. Paris : La Découverte, 2008 : 128 p.
- [11] Virtanen P., Luikkonen V., Vahtera J., Kivimäki M., Koskenvuo M. Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. *International Journal of Epidemiology*, 2003, n° 32 : p. 1015-1021.
- [12] Bué J., Coutrot T., Puech I. *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*. Toulouse : Octarès, 2004 : 166 p.
- [13] Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003. *Premières synthèses*, 2000, n° 52 : p. 1-8.
- [14] Lombrail P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007, n° 55 : p. 23-30.
- [15] Baudier F., Michaud C., Gautier A., Guilbert P. Le dépistage du cancer du sein en France : pratiques et évolution des habitudes dans la population des femmes de 18 à 75 ans, Baromètre santé 2004-2005. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007, n° 17 : p. 142-144.

Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe¹

FLORENCE JUSOT

Résumé : Les recherches les plus pointues sont formelles : les inégalités sociales de santé ont plutôt tendance à s'aggraver en Europe. Ces études pointent la grande diversité des situations d'un pays à l'autre. Trois pays – Royaume-Uni, Pays-Bas et Suède – ont véritablement mis en œuvre depuis moins de vingt ans une politique structurée de lutte contre les inégalités sociales de santé avec un plan d'action global et des évaluations poussées. À l'examen de ces plans, il est frappant de constater que ces pays ont choisi délibérément, suivant en cela les recommandations des experts, de donner la priorité à la lutte contre les déterminants de santé défavorables qui alimentent la pauvreté : logement, revenus, emploi, condition socioéconomique, éducation. Si ces plans rencontrent des difficultés de mise en œuvre et ont connu des applications diverses, ils n'en montrent pas moins la voie et fourmillent de pistes à explorer. Ils préconisent tous la même stratégie : la réduction des inégalités de santé passe par une politique globale bien au-delà de la santé, pour réduire les inégalités économiques et sociales.

Mots clés : Europe, interventions, politiques de santé publique, objectifs de santé publique.

1. Ce chapitre s'appuie sur les travaux précédemment réalisés en collaboration avec Agnès Coufinhal, Paul Dourgnon, Pierre-Yves Geoffard, Michel Grignon, John Lewis, Florence Naudin, Dominique Polton [1] et Emmanuelle Cambois [2].

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, les inégalités sociales de santé sont reconnues comme un enjeu de santé publique à l'échelle européenne. En effet, dès 1985, la politique-cadre de la Santé pour tous de la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirmait l'importance de la réduction des inégalités sociales et économiques pour améliorer la santé de l'ensemble de la population ; elle se fixait comme objectif à l'horizon de l'an 2000 de réduire de 25 % les différences d'état de santé entre pays et entre groupes au sein des pays. Très récemment, l'OMS affirmait son objectif de combler ce fossé en une génération, c'est-à-dire d'instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé [3]. L'objectif de ce chapitre est d'examiner les actions entreprises par les instances européennes à l'échelle des différents pays européens pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé : est-on face à une seule et même stratégie d'actions ou note-t-on des différences selon les pays ? Après avoir rappelé les actions menées à l'échelle européenne pour la surveillance, la compréhension des inégalités sociales de santé et la définition des interventions pertinentes à mettre en place, nous nous tournerons vers les stratégies d'intervention mises effectivement en place en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas et en Suède, qui sont dans les pays européens les plus avancés dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Nous proposons notamment de décrire les processus d'élaboration de ces politiques, leur contenu et de présenter des éléments d'évaluation lorsque ces derniers sont disponibles.

LES ACTIONS À L'ÉCHELLE DE L'EUROPE

Surveiller et comprendre les inégalités sociales de santé

Depuis le début des années 1990, deux grands programmes de recherche ont été lancés à l'échelle européenne, principalement dans le cadre des activités de la Commission européenne en matière de santé, pour surveiller et comprendre les inégalités sociales de santé en Europe. Ces deux programmes émanent de l'Université Erasmus de Rotterdam : l'un à l'initiative d'épidémiologistes, le projet du EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, suivi du projet *Eurothine*, dirigés par Johan Mackenbach et Anton Kunst ; l'autre à l'initiative d'économistes, le projet *Equity*, dirigé par Eddy Van Doorslaer et Andrew Jones.

Ces projets ont donné lieu à de nombreuses études comparatives sur les inégalités sociales de santé et de mortalité [4-6] (voir [2] pour une synthèse). Les conclusions de ces études montrent que, dans l'ensemble des pays européens, on observe des différences sociales d'état de santé perçue, devant le risque de maladie, en particulier pour les maladies cardiovasculaires, et face à l'incapacité. On observe également des inégalités sociales face au risque de décès partout en Europe, et celles-ci sont d'autant plus marquées pour le risque de décès liés aux maladies cardiovasculaires, aux cancers ou encore aux

maladies du système digestif. Ces projets ont par ailleurs permis de suivre l'évolution, depuis le milieu des années 1980, des inégalités sociales de santé et de constater leur maintien, voire leur aggravation en Europe. Ils ont enfin largement contribué à la compréhension des causes des inégalités de santé, en mettant en évidence des facteurs de risque et des déterminants communs à l'ensemble des pays européens. Ainsi, les conditions matérielles de vie et l'accès à l'emploi, l'insertion dans la vie sociale, les différences de comportements à risque ainsi que les difficultés d'accès aux soins semblent expliquer ces inégalités partout en Europe. Ces travaux ont donc très largement contribué à la prise de conscience collective et à la problématisation de la question des inégalités sociales de santé à l'échelle européenne. Ils ont également contribué à l'accumulation de connaissances sur les déterminants de ces inégalités, qui sont autant de leviers possibles pour l'action.

Ces travaux se sont par ailleurs appuyés sur les projets mis en place à l'initiative d'Eurostat, de l'OMS-Europe et du programme d'action communautaire en matière de surveillance en santé, afin d'aboutir à un système d'information sur la santé harmonisé en Europe [7]. L'objectif commun de ces différents projets est de définir des recommandations sur les méthodologies d'enquêtes et les indicateurs de santé pertinents à inclure dans des enquêtes à venir, afin de faciliter les comparaisons en Europe. Ainsi, les principales enquêtes Santé européennes disposent aujourd'hui d'indicateurs de santé comparables, le minimodule européen, et des enquêtes harmonisées sont conduites en Europe, comme le panel européen des ménages (*European Community Household Panel*), l'enquête EU SILC (*European Survey on Income and Living Conditions*) ou l'enquête SHARE (*Survey on Health Aging and Retirement in Europe*).

Initiatives pour définir un programme de réduction des inégalités sociale de santé

Au-delà de la mise en évidence des inégalités sociales de santé en Europe et de l'analyse de leurs déterminants communs, ces programmes de recherche se sont attachés à comparer l'ampleur des inégalités sociales de santé dans les pays européens (voir section I, Lang et Leclerc). Plusieurs travaux se sont alors attachés à comprendre l'origine des différences dans l'ampleur des inégalités de santé entre les pays européens et notamment à les mettre en relation avec les politiques publiques et le mode d'organisation des systèmes de soins [8-11].

En cohérence avec les résultats de la recherche sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, les inégalités sociales de santé semblent ainsi plus réduites dans les démocraties sociales du Nord où les inégalités de revenus sont réduites, où l'accès à l'emploi est généralisé et où l'intervention de l'État dans les domaines sanitaires et sociaux est importante [8]. Concernant les inégalités de recours aux soins, ces travaux s'accordent sur l'importance des barrières financières induites par les coûts laissés à la charge des patients, que ces derniers soient ou non couverts par le biais d'assurances privées [9-11]. Ils soulignent également l'importance de l'organisation des soins primaires pour

réduire ces inégalités, le recours aux soins de spécialistes étant plus égalitaire dans les systèmes où les médecins généralistes jouent le rôle d'orienteur dans le système de soins [10-11].

Parallèlement à ces travaux comparatifs, plusieurs projets ont été réalisés pour recenser les initiatives nationales mises en place pour réduire les inégalités sociales de santé, dans le but de les évaluer et donc de sélectionner les mesures les plus efficaces. Ainsi, le projet *Eurothine* a comparé les objectifs de réduction des inégalités sociales de santé que se sont donnés plusieurs pays européens [12]. Il conclut à la nécessité de la définition d'objectifs quantifiés, réalistes et opérationnels. Il souligne également que la surveillance systématique des inégalités est un préalable nécessaire à la mise à place d'instruments de réduction des inégalités sociales de santé, cette surveillance servant de base à l'évaluation dans le temps des instruments mis en œuvre. Le projet *Determine* se propose enfin de recenser les politiques efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé.

Tous ces travaux européens ont ainsi contribué aux fondements de l'appel lancé en 2009 par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (CDSS) aux différents gouvernements pour instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération. Ils constituent également une base précieuse pour la définition de politiques sanitaires et sociales de réduction des inégalités. En revanche, aucune politique n'a été directement initiée par les instances européennes pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Nous nous tournons donc à présent vers les initiatives mises en place par plusieurs pays européens.

LES INITIATIVES NATIONALES DE QUELQUES PAYS EUROPÉENS POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les différents pays européens sont aujourd'hui à des phases très différentes dans la mise en œuvre de politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé, tant du point de vue des processus d'élaboration de ces politiques que de leur contenu [13].

Les processus d'élaboration et de mise en œuvre de ces politiques peuvent être analysés selon les deux phases proposées par Whitehead [14] : 1) mesure et prise de conscience des inégalités sociales de santé, perception en tant qu'enjeu de politique publique ; 2) volonté d'action et construction progressive d'une politique globale et coordonnée. Par ailleurs, le contenu des politiques peut être analysé selon un double axe, défini par les déterminants des inégalités sociales visés et les populations ciblées [15]. Ainsi, on peut opposer les mesures s'attaquant en amont aux inégalités sociales elles-mêmes, les mesures visant, en aval, l'accès aux soins, et les mesures visant l'exposition aux facteurs de risques médiateurs de l'effet de la situation sociale sur la santé. Enfin, on peut distinguer les politiques universelles des politiques sélectives, visant soit les groupes sociaux défavorisés, soit les zones défavorisées, soit les groupes souffrant d'un état de santé plus dégradé.

Nous présentons ici les stratégies mises en œuvre au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède qui sont les plus abouties selon cette grille de lecture [1]. En effet, dans ces pays, les inégalités sociales de santé constituent un objectif clairement énoncé, et des politiques structurées, combinant des mesures en amont, des mesures intermédiaires et des mesures en aval, sont actuellement développées, voire implantées en Grande-Bretagne.

En Grande-Bretagne : une politique très active de lutte contre les inégalités sociales de santé, mobilise les différents ministères et plus largement le système de santé pour réduire les inégalités face à la prévention

En Grande-Bretagne, la question des inégalités sociales de santé a émergé très tôt, le rapport Black [16], aujourd'hui devenu une référence, ayant été commandé dès 1977 par le gouvernement travailliste et remis au gouvernement conservateur au début des années 1980. Après une longue parenthèse politique, le sujet est revenu au premier plan en 1997 lorsqu'un nouveau document, le rapport Acheson, a été commandé par le gouvernement travailliste nouvellement élu. Les recommandations de ce rapport, remis en 1998, ont souligné le rôle des déterminants sociaux et l'importance des politiques de réduction de la pauvreté et des inégalités de revenus [17]. En juin 1999, le gouvernement a publié un livre blanc présentant, à partir de ces recommandations, un plan de lutte contre les inégalités sociales de santé : *Reducing health inequalities : An action report* [18]. Deux objectifs quantifiés de réduction des inégalités sociales et géographiques de mortalité ont alors été sélectionnés en février 2001 [tableau I]. Ils ont ensuite été complétés par des objectifs plus détaillés en 2004 (*Spending Review 2004 Public Service Agreement*). Concernant les inégalités géographiques, les objectifs se réfèrent à un ensemble de zones identifiées comme ayant les plus mauvais indicateurs, non seulement en termes de santé, mais aussi de pauvreté. Il s'agit des zones se situant dans le dernier quintile pour au moins trois indicateurs

TABLEAU I

Objectifs quantifiés de réduction des inégalités sociales de santé en Grande-Bretagne

Année	Objectifs quantifiés de réduction des inégalités sociales de santé
2001	Réduire la différence de mortalité infantile entre la classe des travailleurs manuels et la population générale de 10 % à l'horizon 2010.
2001	Réduire de 10 % la différence d'espérance de vie à la naissance entre le quintile des zones les plus défavorisées et la moyenne nationale à l'horizon 2010.
2004	Diminuer de 40 % l'écart de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire entre les zones défavorisées et l'ensemble du pays à l'horizon 2010.
2004	Diminuer de 6 % l'écart de mortalité par cancer entre les zones défavorisées et l'ensemble du pays à l'horizon 2010.
2004	Réduire la prévalence du tabac de 26 % chez les travailleurs manuels (21 % chez les adultes en population générale).

parmi les suivants : espérance de vie à la naissance pour les hommes et pour les femmes, mortalité en dessous de 75 ans par cancer, par maladies cardiovasculaires, indicateur composite de défavorisation. Depuis 2004, le gouvernement britannique a réaffirmé l'objectif général de réduire les inégalités de santé et d'inclure systématiquement cet objectif dans les politiques de santé. Les stratégies d'intervention pour atteindre ces objectifs ont été élaborées et précisées progressivement au cours d'un processus faisant intervenir des travaux interministériels, des consultations publiques, des avis d'experts. Elles ont été explicitées dans plusieurs documents gouvernementaux successifs et notamment dans le document ministériel publié en juillet 2003, *Tackling health inequalities: A programme for action* [19], qui décline quatre axes d'intervention : le soutien aux familles, aux mères et aux enfants, la promotion de l'engagement communautaire, la prévention et l'accès à des soins efficaces et l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Ce plan d'action est transversal et mobilise d'autres ministères que celui de la santé. Une partie des interventions proposées se situe donc en amont du système de soins et vise à réduire la pauvreté, améliorer les conditions de vie et de logement, l'éducation, l'accès aux services publics en général, avec une priorité particulière en direction des enfants. Ces actions sont placées sous la responsabilité de différents ministères, et des programmes nationaux existants y participent d'ores et déjà : programmes de soutien à la petite enfance (*Sure start*), de rénovation des quartiers (*Neighbourhood renewal*) ou d'amélioration de l'habitat en direction des familles pauvres. Cependant, le rôle du National Health Services (organisme responsable de l'ensemble de l'organisation du système de santé) dans la lutte contre les inégalités est aussi souligné comme essentiel, notamment dans les quartiers défavorisés. Les groupes de soins primaires, ou Primary Care Trusts (organismes responsables des soins de première ligne), sont appelés à se mobiliser pour développer des actions de prévention orientées plus particulièrement vers les populations défavorisées et vulnérables. Il s'agit, par exemple, de réduire le tabagisme, en particulier chez les femmes enceintes et les travailleurs manuels, de limiter le nombre de grossesses non désirées, d'améliorer la nutrition, en particulier des enfants et des femmes enceintes, d'assurer la promotion de l'allaitement maternel et de l'activité physique, ou encore de réduire les risques de maladies coronariennes et de cancer chez les personnes âgées de 50 ans et plus par la promotion d'une meilleure nutrition et de l'activité physique et un contrôle de l'hypertension.

Les acteurs des soins primaires sont invités à travailler en collaboration avec les associations communautaires locales. L'accent est également mis sur l'accès au dépistage et au traitement dans les zones les moins bien servies : accès aux services de néonatalogie (en lien avec l'objectif sur la mortalité infantile), facilitation de l'accès au dépistage et au traitement des cancers et des maladies coronariennes (en lien avec l'objectif sur l'espérance de vie). Le système doit, selon l'expression du ministre, s'attaquer à « la loi des soins inversés » qui veut que les endroits où l'on souffre le plus des maladies cardiaques soient ceux qui ont les moins bons services. Un programme de

rénovation des centres de soins primaires dans les quartiers défavorisés a également été mis en place.

C'est ainsi une sorte de mobilisation générale qui est attendue, depuis le niveau du ministère de la Santé, intégrant la lutte contre les inégalités dans ses campagnes et programmes nationaux, jusqu'au niveau local où agissent les élus et les professionnels de soins primaires, invités à s'impliquer dans des partenariats avec les autorités locales. C'est en effet au moyen d'actions locales, adaptées au contexte spécifique des zones concernées, que des résultats sont escomptés : les autorités locales sont conviées à inscrire, dans les « contrats locaux d'objectifs de services publics » qu'ils concluent avec le gouvernement central (*local public service agreements*), des objectifs concernant les inégalités de santé. Elles sont récompensées financièrement si ces objectifs sont atteints. La performance des groupes de soins primaires est évaluée aussi à ce titre. Les acteurs locaux sont alimentés par le ministère de la Santé en guides et outils d'analyse (par exemple un guide pour réaliser un audit d'équité, une base de données permettant de visualiser la situation d'une zone géographique par rapport à la moyenne nationale pour une série d'indicateurs de santé, la mutualisation d'expérimentations locales intéressantes, et autres).

En dehors du suivi régulier des inégalités sociales de santé et des instruments mis en œuvre, une évaluation des différentes interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé a récemment été commandée à Sir Mickael Marmot afin de définir la stratégie post-2010. Les premiers éléments disponibles suggèrent l'efficacité de certaines politiques retenues. Par exemple, les programmes de soutien à la petite enfance (*Sure start*) semblent améliorer le développement et l'indépendance des enfants, réduire les risques parentaux et favoriser l'utilisation des services sociaux [20].

Les Pays-Bas : une démarche expérimentale fondée sur des projets pilotes évalués

Aux Pays-Bas, le problème a émergé dans l'opinion en 1980 à la suite du rapport Black et du constat d'inégalités de santé importantes entre quartiers à Amsterdam. En revanche, le constat ne s'est pas heurté à la même opposition politique qu'au Royaume-Uni : l'opinion et les principaux partis ont admis que les inégalités sociales de santé étaient inacceptables et remettaient en cause la cohésion sociale [21]. Ainsi, dès 1985, le gouvernement a adopté l'objectif de l'OMS concernant la santé pour tous à l'horizon de l'an 2000 et le ministère de la Santé publia, dès 1986, un rapport incluant un paragraphe consacré aux inégalités sociales de santé.

Un premier programme de recherche, lancé en 1989 et destiné à documenter l'ampleur et les déterminants des inégalités sociales de santé aux Pays-Bas, a permis de définir quatre grandes stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé. La première consiste à améliorer la position socioéconomique des personnes les plus défavorisées. La seconde vise à réduire les conséquences des problèmes de santé sur la position socioéconomique. La troisième stratégie vise à réduire l'exposition aux facteurs de risques contribuant à l'effet de

la position socioéconomique sur la santé et la dernière consiste à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.

Un programme de douze expérimentations articulées autour de ces quatre stratégies a alors été mené sur la période 1995-2001 [tableau II]. Pour chacune des interventions, des protocoles d'évaluation très précis ont été mis en place dès le démarrage du programme. La plupart des conclusions de ces expérimentations ont été connues à la fin de l'année 2000 [22-23]. Il en ressort, d'une part, que les interventions sur les conditions de travail semblent efficaces, et, d'autre part, que les interventions locales ou ciblées semblent être à privilégier, tant pour la prévention que pour le soutien psychiatrique ou l'aide aux malades. En revanche, l'allocation fournie aux parents défavorisés et la campagne de prévention de masse sont apparues peu efficaces.

TABLEAU II

Expérimentations mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé aux Pays-Bas

Interventions	Évaluation
Stratégie 1 : Améliorer la position socioéconomique des personnes les plus défavorisées	
Allocation versée aux parents pauvres, identifiés lors des programmes de prévention auprès des enfants.	Étude de faisabilité mais pas de preuve de l'efficacité de cette mesure.
Stratégie 2 : Réduire les effets des problèmes de santé sur la position socioéconomique.	
Soutien scolaire spécifique aux enfants fréquemment absents pour raison de santé.	Échec de la méthode d'évaluation.
Stratégie 3 : Diminuer l'exposition aux facteurs de risques contribuant à l'effet de la position socioéconomique sur la santé.	
Campagnes de masse et régionales ciblées sur les femmes peu éduquées pour favoriser la consommation d'acide folique durant la première phase de la grossesse afin de prévenir les malformations congénitales.	Pas de réduction des différences sociales de consommation d'acide folique.
Intervention pour améliorer les comportements bénéfiques à la santé dans les quartiers défavorisés.	Échec de la méthode d'évaluation.
Campagnes anti-tabac en milieu scolaire auprès des adolescents, prenant en compte la pression des pairs.	Réussite avec entrée dans le tabagisme retardée.
Campagnes locales de prévention dentaire (brossage) en milieu scolaire.	Réduction des différences sociales d'hygiène dentaire.
Utilisation de monte-charge dans la maçonnerie.	Réduction des contraintes physiques liées au travail et des arrêts maladies.
Mise en place de rotation des équipes parmi les éboueurs.	Réduction des contraintes physiques liées au travail et des arrêts maladies.
Mise en place d'équipes autogérées pour réduire le stress professionnel.	Échec de la méthode d'évaluation.
Stratégie 4 : Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.	
Formation de réseaux de soins locaux pour coordonner l'action des généralistes, des acteurs du secteur du logement social et de la police afin de prévenir l'exclusion parmi les personnes atteintes de maladies psychiatriques chroniques.	Réduction du nombre de sans-abris et des admissions obligatoires à l'hôpital psychiatrique.
Éducation à la santé auprès de patients turcs diabétiques.	Amélioration du contrôle de la glycémie et des comportements bénéfiques à la santé chez les femmes.
Soins infirmiers et suivis réalisés par les généralistes auprès de patients atteints d'asthme ou de maladies pulmonaires chroniques vivant dans des zones défavorisées.	Amélioration de l'observance des patients et réduction de l'aggravation de leur état de santé.

Dès le début de l'année 2001, une commission composée d'experts et de politiques appartenant aux différents partis a été réunie afin de définir des objectifs quantifiés et des recommandations [23]. L'objectif général, fondé sur l'objectif de l'OMS, est de réduire à l'horizon de 2020 de douze à neuf ans la différence d'espérance de vie sans incapacité entre les personnes de haut et bas statut socioéconomique, grâce à une forte augmentation de l'espérance de vie en bonne santé du groupe le plus défavorisé (qui doit passer de 53 ans à 56 ans d'ici 2020). Onze objectifs intermédiaires, quantifiables grâce aux données disponibles, ont également été définis, correspondant aux quatre stratégies d'actions choisies lors de la phase d'expérimentations [tableau III].

TABLEAU III
Objectifs intermédiaires et recommandations pour réduire les inégalités sociales de santé aux Pays-Bas

Objectifs intermédiaires	Recommandations
Stratégie 1 : Améliorer la position socioéconomique des personnes les plus défavorisées.	
Augmenter de 12 % en 1989 à plus de 25 % en 2020 le pourcentage d'enfants accédant à l'éducation secondaire dans les milieux défavorisés.	Poursuivre les politiques d'accès à l'éducation dans les milieux défavorisés.
Maintenir les inégalités de revenus au niveau de 1996.	Veiller à ne pas augmenter les inégalités de revenus, grâce à des politiques adéquates de taxation et de financement de la sécurité sociale.
Réduire de 10 % en 1998 à moins de 8 % en 2020 le pourcentage de ménages vivant avec un revenu inférieur à 105 % du « minimum social ».	Intensifier les politiques de lutte contre la pauvreté, en particulier à long terme, et les politiques de retour à l'emploi. Accorder des allocations supplémentaires aux familles dont la situation sociale peut avoir des conséquences néfastes sur la santé des enfants.
Stratégie 2 : Réduire les effets des problèmes de santé sur la position socioéconomique.	
	Soutien scolaire aux enfants ayant un absentéisme scolaire long ou régulier pour raison de santé.
Maintenir au niveau atteint en 2000 le montant des pensions d'invalidité en cas d'incapacité à travailler à cause de problèmes de santé liés au travail.	Maintenir le niveau des pensions d'invalidité pour les inactifs pour raisons de santé, en particulier en cas de maladies professionnelles.
Augmenter, de 48 % en 1995 à plus de 57 % en 2020, le pourcentage de personnes occupant un emploi rémunéré parmi les personnes âgées de 25 à 64 ans souffrant de maladies chroniques.	Adapter les conditions de travail pour faciliter la participation au travail des malades chroniques et personnes handicapées. Aider le retour à l'emploi des personnes bénéficiant depuis longtemps du minimum social par des interventions ciblant la santé.
Stratégie 3 : Diminuer l'exposition aux facteurs de risques contribuant à l'effet de la position socio-économique sur la santé.	
Diviser par deux les différences (entre les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur et les personnes ayant un niveau d'éducation primaire) : <ul style="list-style-type: none"> • de tabagisme, en réduisant le pourcentage de fumeurs chez les moins éduqués de 38 % en 1998 à moins de 32 % en 2020 ; • de sédentarité, en réduisant le pourcentage de personnes sédentaires chez les moins éduqués de 57 % en 1994 à moins de 49 % en 2020 ; • d'obésité en réduisant le pourcentage de personnes obèses chez les moins éduqués de 15 % en 1998 à moins de 9 % en 2020. 	Adapter les programmes de promotion de la santé aux besoins des personnes défavorisées (fruits dans les écoles primaires, taxe sur le tabac). Créer des programmes de promotion de la santé à l'école ciblant les comportements à risques (tabagisme en particulier) parmi les enfants de familles défavorisées. Introduire des programmes de promotion de la santé dans les programmes de régénération urbaine.

TABLEAU III (suite)

Objectifs intermédiaires	Recommandations
Diviser par deux les différences entre les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur et les personnes ayant un niveau d'éducation primaire : <ul style="list-style-type: none"> • d'exposition à des conditions de travail néfastes à la santé, en réduisant chez les moins éduqués la proportion de personnes exposées à des contraintes, de 53 % en 1999 à moins de 43 % en 2020 ; • de contrôle sur le lieu de travail, en augmentant la proportion de personnes contrôlant l'exécution de leur travail parmi les moins éduqués, de 58 % en 1999 à plus de 68 % en 2020. 	Mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles pour réduire les contraintes liées au travail dans les emplois manuels.
Stratégie 4 : Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.	
Maintenir au niveau de 1998 [qui est faible aux Pays-Bas] les différences de consommation de soins (généralistes, spécialistes, dentistes, hôpital et pharmacie) entre les groupes de haut et bas niveau d'éducation.	Maintenir une bonne accessibilité financière aux soins aux personnes de bas statut socioéconomique. Réduire la pénurie de généralistes dans les zones défavorisées. Renforcer les soins primaires dans les zones défavorisées en employant plus d'auxiliaires médicaux, pour mettre en œuvre des programmes de prévention des maladies cardiovasculaires et améliorer les soins auprès des malades chroniques. Mise en œuvre de réseaux de soins locaux afin de prévenir l'exclusion des malades atteints de pathologies psychiatriques chroniques.

La commission a recommandé de mettre en œuvre seize politiques et interventions, soit quatre pour chaque stratégie, et d'évaluer leur impact **[tableau III]**. Leur coût n'a en revanche pas été estimé. La formulation des recommandations est souvent assez générale et appelle donc une déclinaison opérationnelle. Un des aspects originaux de la démarche, qui est spécifique aux Pays-Bas, est de souligner l'importance du maintien, en tant que tel, de certains acquis (par exemple : maintenir le niveau des pensions pour les inactifs pour raisons de santé et d'invalidité, maintenir une bonne accessibilité financière aux soins aux personnes de bas statut socioéconomique).

Le rapport, remis au Parlement fin 2001, a reçu une large audience, même si les politiques visant à réduire les comportements à risque ont été critiquées car elles étaient en désaccord avec le principe de responsabilité individuelle mis en avant sur ces questions en général aux Pays-Bas. La période d'instabilité politique, qui a suivi en 2002-2003, a ralenti le processus de mise en œuvre, mais, dans le cadre de la politique de la ville définie pour la période 2005-2009, des interventions sont menées au niveau local pour promouvoir la prévention du tabagisme, améliorer les conditions de vie et l'accès aux soins, notamment par la mise en place de réseaux locaux pour les patients atteints de troubles psychiatriques chroniques.

La Suède : une politique de santé publique, mais largement empreinte d'équité et faisant une part très large aux déterminants sociaux de la santé

La Suède est un des pays qui a poursuivi de longue date une politique sociale fortement guidée par des objectifs d'équité **[24]**.

Cependant, par rapport aux démarches britannique et néerlandaise, l'affichage de la stratégie suédoise est un peu différent : il ne s'agit pas d'une politique de réduction des inégalités en tant que telle, mais plutôt d'une politique de santé publique, imprégnée d'objectifs d'équité.

Le processus d'élaboration de cette politique, qui a abouti au vote d'une loi en avril 2003, a démarré en 1997 avec la mise en place d'une commission nationale de santé publique composée de représentants des différents partis politiques et d'experts, et chargée de définir des objectifs nationaux de développement de la santé et des stratégies pour les atteindre. La conception de la justice sociale sous-jacente à la réflexion se réfère à l'idée que la santé est une condition pour que chacun puisse exercer pleinement sa citoyenneté. Au terme de deux ans de travail appuyé par des rapports d'experts commandités pour la circonstance et relayé par une information publique régulière, un rapport préliminaire a proposé une liste d'objectifs assortis d'indicateurs [25]. Celui-ci a été soumis à une large concertation, et le rapport final a été rendu au gouvernement en 2000, sous le titre « La santé dans les mêmes termes pour tous : objectifs nationaux de santé publique ».

Les grands objectifs proposés sont au nombre de dix-huit et se déclinent en une cinquantaine de sous-objectifs [tableau IV]. Le choix de la commission a été de formuler des objectifs en termes de déterminants plutôt qu'en termes

TABLEAU IV

Objectifs du rapport de la commission parlementaire « La santé dans les mêmes termes pour tous : objectifs nationaux de santé publique » en Suède (2000)

Objectifs	Sous-objectifs
Un fort sens de la solidarité et un sentiment de communauté dans la société	<ul style="list-style-type: none"> - réduction de la pauvreté - réduction de la ségrégation urbaine - des ressources supplémentaires dans les quartiers défavorisés
Un environnement social soutenant les individus	<ul style="list-style-type: none"> - réduire l'isolement et l'insécurité - accroître la participation à des activités de loisirs et culturelles
Sécurité et égalité des conditions de vie dans l'enfance pour tous	<ul style="list-style-type: none"> - un lien sûr parents-enfants - un système scolaire qui promeut la santé en renforçant la confiance en soi et les résultats - améliorer la santé mentale parmi les jeunes
Un haut niveau d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> - formation tout au long de la vie - chômage bas - pas de discrimination vis-à-vis des immigrés ou des personnes handicapées
Un environnement de travail propice à la santé	<ul style="list-style-type: none"> - adaptation de la demande de travail aux capacités physiques et mentales des individus - accroître les opportunités de développement professionnel - réduction des horaires excessifs
Des espaces verts pour se ressourcer	<ul style="list-style-type: none"> - des espaces verts calmes et sûrs dans les quartiers résidentiels - des aires de jeu dans les crèches et les écoles - des espaces verts à proximité des résidences pour personnes âgées ou handicapées
Un environnement sain dedans et dehors	<ul style="list-style-type: none"> - réduire l'exposition au tabagisme passif - des intérieurs bien ventilés - des standards de construction incorporant des objectifs environnementaux
Un environnement et des produits sûrs	<ul style="list-style-type: none"> - sécurité de la maison et de la circulation - réduire les produits non sûrs et allergisants

TABEAU IV (suite)

Objectifs	Sous-objectifs
Plus d'exercice physique	<ul style="list-style-type: none"> - à l'école et en relation avec le travail - pendant les loisirs
De bonnes habitudes alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> - augmenter la consommation de fruits et légumes et diminuer celle de graisses et de sucre - diminuer la prévalence du surpoids - accroître l'allaitement maternel
Une sexualité sûre et confiante	<ul style="list-style-type: none"> - réduire la prévalence des infections sexuellement transmissibles - réduire le nombre de grossesses non désirées - pas de discrimination liée à l'orientation sexuelle
Une réduction du tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> - un départ dans la vie sans tabac à l'horizon 2010 - diminuer de 50 % l'initiation tabagique avant 18 ans - diminuer de 50 % le nombre de fumeurs parmi les groupes de plus gros fumeurs - faire en sorte que personne ne soit entraîné à fumer contre son gré par son environnement
Une réduction de la consommation d'alcool nuisible	<ul style="list-style-type: none"> - réduction de la consommation totale - aucune consommation d'alcool en cas de grossesse, conduite automobile, au travail et dans les activités sportives - réduction des états d'ivresse
Une société sans drogues	<ul style="list-style-type: none"> - réduire l'accès aux drogues - et le nombre d'utilisateurs
Un service sanitaire plus orienté vers la santé	<ul style="list-style-type: none"> - des interventions efficaces de prévention et de promotion de la santé au niveau de l'individu, du groupe et de la communauté - mieux coordonnées - faisant intervenir des méthodes avancées
Une coordination des efforts sur la santé publique	<ul style="list-style-type: none"> - planification sanitaire au niveau des districts et des comtés - des stratégies sectorielles coordonnées au niveau national - un rapport parlementaire actualisé régulièrement sur la mise en œuvre de la politique
Un investissement de long terme dans la recherche, les méthodes et la formation	<ul style="list-style-type: none"> - intensifier la recherche sur le rapport coût / efficacité des interventions - améliorer les méthodes pour gérer le travail en santé publique - accroître les formations en santé publique
Une information sur la santé	<ul style="list-style-type: none"> - accessible pour tous

de résultats de santé. Pour partie, il s'agit de déterminants sociaux généraux, très en amont du système de soins et de prévention : la cohésion sociale, la participation et la réalisation de soi, les conditions de vie dans l'enfance, le plein emploi, un environnement de travail ou d'habitat sain, des espaces verts pour tous ont ainsi été mis en avant comme des facteurs essentiels d'une amélioration de la santé de toute la population. Une série d'autres objectifs renvoie à la diminution des facteurs de risque liés aux comportements individuels : nutrition, exercice physique, tabac, alcool, sexualité, drogue. Ils sont complétés par des objectifs plus transversaux – une orientation plus volontariste des services de santé vers la prévention et la promotion de la santé, une meilleure coordination des efforts et des investissements de long terme dans la recherche, notamment pour éclairer les coûts et les bénéfices des interventions en matière de santé publique.

La politique de santé publique, telle qu'elle a été votée finalement en avril 2003, regroupe ces dix-huit thèmes en onze grandes orientations. Trois concernent le contexte économique et social général (participation et influence dans la

société, sécurité économique et sociale, sécurité et conditions de vie favorables pour les enfants et les adolescents) et sept des facteurs de risques collectifs ou individuels (une vie au travail plus saine, un environnement et des produits sûrs, une protection efficace contre les maladies transmissibles, une sexualité sûre, plus d'activité physique, de bonnes habitudes alimentaires et des aliments sûrs, une baisse des addictions), le dernier visant à rendre les services de soins « promoteurs actifs de la bonne santé ».

Si la stratégie ainsi énoncée n'est pas, contrairement au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, explicitement centrée sur la lutte contre les inégalités de santé, cette orientation est néanmoins sous-jacente dans beaucoup des objectifs retenus. Par exemple, le développement relatif à l'objectif 1 (participation et influence dans la société) fait ainsi explicitement référence aux travaux de recherche sur les déterminants psychosociaux des inégalités de santé. La loi sur la santé publique met ainsi au premier plan le renforcement de la démocratie, du capital social, la défense des droits des individus (lutte contre les discriminations vis-à-vis des femmes, des personnes handicapées et immigrées) pour améliorer la santé des groupes vulnérables et, partant, la santé globale du pays. L'objectif 2 – la sécurité économique et sociale – pose la question de la distribution de la richesse et de la pauvreté et de l'insécurité économique comme facteurs de mauvaise santé.

À la suite du vote de la loi en 2003, l'Institut national de santé publique a été chargé de proposer une liste d'indicateurs pour évaluer la loi. Si, de manière assez classique dans le cadre d'une politique de santé publique, certains indicateurs concernent la diminution de facteurs de risques dans l'ensemble de la population, comme par exemple « réduire de 1 % par an la proportion de fumeurs quotidiens et supprimer totalement la consommation de tabac chez les femmes enceintes et les jeunes de moins de 19 ans en 2010 » ou encore « diminuer la proportion d'adultes en surpoids sévère de 8 à 5 %, celle des enfants en surpoids modéré de 7 % à moins de 5 % », certains objectifs concernent plus directement les déterminants des inégalités sociales de santé. Ainsi, certains indicateurs portent directement sur la réduction de la pauvreté, comme « diminuer la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté à un niveau inférieur à 4 % (proportion de départ = 4,8 %) » ou « faire décroître le chômage de longue durée de 1,4 à 0,5 % ». D'autres indicateurs visent les répercussions de la maladie sur la situation socioéconomique, comme par exemple « accroître le taux d'emploi des personnes avec une maladie de long terme ou un handicap de 53 à 70 % ». Toutefois, le gouvernement a choisi finalement de ne pas définir d'objectifs quantifiés concernant le niveau de ces indicateurs [12].

L'évaluation réalisée en 2005 souligne l'intérêt de la formulation des objectifs en termes de déterminants de la santé et le besoin d'interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Celle-ci a toutefois mis en avant les difficultés rencontrées lors de la déclinaison opérationnelle de ces grands objectifs en plans d'action en raison notamment du manque d'une structure politique coordonnant l'action interministérielle requise pour l'atteinte de ces objectifs ainsi que du manque de coordination au niveau régional [26].

Les objectifs de la loi de santé publique ont été revus en 2008 par le gouvernement de centre droit nouvellement élu pour accorder un poids plus important à la responsabilité individuelle. Ainsi, ces derniers ont été recentrés autour du soutien aux familles, de la prévention des comportements à risques (tabac, alcool, drogue, nutrition et sédentarité, comportements sexuels à risque) et de la promotion de la santé par le système de santé et au niveau local. Par contre, la réduction des inégalités économiques en tant que telle ne semble plus faire partie des priorités de santé publique.

CONCLUSION

L'expérience européenne indique donc que la surveillance des inégalités sociales de santé et l'accumulation des connaissances sur leurs causes constituent des préalables nécessaires à l'orientation des politiques et des programmes nationaux de santé vers la lutte contre les inégalités sociales de santé. En raison de l'importance des déterminants sociaux de la santé, la réduction des inégalités de santé appelle des politiques menées hors du système de santé visant à réduire les inégalités économiques et sociales. Toutefois, le financement et l'organisation du système de soins, primaires notamment, semblent des dimensions importantes pour garantir l'égalité d'accès effectif aux soins, au-delà de la question de l'accès formel, et amener les populations à une meilleure gestion de leur maladie.

La réduction des inégalités sociales de santé appelle donc des politiques complexes nécessitant de coordonner les actions des différents ministères et les services publics à différents niveaux, du local au national, au service d'un objectif consensuel de réduction des inégalités de santé, comme c'est aujourd'hui le cas en Grande-Bretagne. Or, cela n'est pas le moindre des défis, au regard des difficultés rencontrées par les Pays-Bas et la Suède lors de la phase de mise en œuvre des politiques de lutte contre les inégalités. Toutefois, l'expérience britannique montre que la définition d'objectifs quantifiés et opérationnels constitue une étape importante pour la coordination, le suivi et l'évaluation de ces différentes actions.

Bibliographie

- [1] Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., *et al.* Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. *Questions d'économie de la santé*, 2005, n° 93 : 8 p.
- [2] Cambois E., Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives [Numéro thématique - Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007/01/23, n° 2-3 : p. 10-14.
- [3] Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T.A.J., Taylor S., Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 2008, vol. 372, n° 9650 : p. 1661-1669.

- [4] Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenof F., Geurts J.J. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *The Lancet*, 1997, vol. 349, n° 9066 : p. 1655-1659.
- [5] Van Doorslaer E., Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Economics*, 2004, vol. 13, n° 7 : p. 609-628.
- [6] Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., *et al.*, European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine*, 2008, vol. 358, n° 23 : p. 2468-2481.
- [7] McKee M. The European Union Health Monitoring Programme. *European Journal of Public Health*, 2003, vol. 13, n° 3 supplément.
- [8] Dahl E., Frtzell J., Lahelma E., Martikainen P., Kunst A., Mackenbach J. Welfare state regimes and health inequalities. In : Siegrist J., Marmot M., dir., *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Oxford (UK) : Oxford University Press, 2006 : p. 193-221.
- [9] Van Doorslaer E, Koolman X., Jones A.M. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics*, 2004, vol. 13, n° 7 : p. 629-647.
- [10] Gelormino E., Bambra C., Spadea T., Kunst A., Bellini S., Costa G. The effects of health care reforms on health inequalities: a review and analysis of the European evidence base. In : *Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach Eurothine*, Final Report. Rotterdam : University Medical Centre Rotterdam (Department of Public Health), 2007 : p. 524-544.
- [11] Or Z., Jusot F., Yilmaz E., European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Inégalités sociales de recours aux soins en Europe : quel rôle pour le système de soins ? *Revue économique*, 2009, vol. 60, n° 2 : p. 521-543.
- [12] Droomers M., Judege K., Mackenbach J., Kunst A., Klédiéné R., Koskinen S., *et al.* Quantitative targets to reduce social health inequalities and tools to monitor progress in Europe. In : *Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach Eurothine*, Final Report. Rotterdam : University Medical Centre Rotterdam (Department of Public Health), 2007 : p. 546-566.
- [13] Mackenbach J.P., Bakker M.J. For the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *The Lancet*, 2003, vol. 362, n° 9393 : p. 1409-1414.
- [14] Whitehead M. Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective. *The Milbank Quarterly*, 1998, vol. 76, n° 3 : p. 469-92.
- [15] Mackenbach J.P., Bakker M.J., Sihto M., Diderichsen F. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In : Mackenbach J.P., Bakker M., dir. *Reducing inequalities in Health: A European Perspective*. Londres : Routledge, 2002 : p. 25-50.
- [16] Black D., Department of Health and Social Security. *Inequalities in Health. Report of a research working group [The Black Report]*. Londres (UK) : DHSS, 1980.
- [17] Acheson D. *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. Londres : The Stationery Office, 1998.
- [18] Department of health., *Reducing Health inequalities : an action report*. Londres: Department of health report, 1999.
- [19] Department of Health. *Tackling health inequalities: A Programme for Action*. Londres , Department of health report, 2003.
- [20] Melhuish E., Belsky J., Leyland A.H., Barnes J., National. Evaluation of Sure Start Research Team. Effects of fully-established Sure Start Local Programmes on 3-year-old children and their families living in England: a quasi-experimental observational study. *The Lancet*, 2008, vol. 372, n° 9650 : p. 1641-1647.

- [21] Stronks K. The Netherlands. In : Mackenbach J.P., Bakker M., dir. *Reducing inequalities in Health: A European Perspective*. Londres : Routledge, 2002 : p. 249-261.
- [22] Mackenbach J.P., Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *British Medical Journal*, 2002, n° 325 : p. 1029-1032.
- [23] Mackenbach J.P., Stronks K. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 2004, vol. 3, n° 11.
En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC529300/> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [24] Burström B., Diderichsen F., Östlin P., Östergren P.O. Sweden. In : Mackenbach J.P., Bakker M., dir. *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. Londres : Routledge, 2002 : p. 274-283.
- [25] Östlin P., Diderichsen F. Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case-study. *Policy learning curve series*, n° 1. Bruxelles : European Center for Health Policy, 2001 : 37 p.
- [26] Lundgren B. Experiences from the Swedish determinants-based public health policy. *Promotion and Education*, 2008, vol. 15, n° 2 : p. 27-33.

L'intervention française sur les inégalités sociales de santé : une histoire et des enjeux

PIERRE LARCHER

Résumé : La prise en compte des inégalités sociales de santé dans la politique de la France est récente. L'alerte est venue en 1987 du rapport Wresinski qui souligna l'importance des déterminants sociaux de santé comme facteurs d'inégalités et en allant bien au-delà du seul accès aux soins. En 1994 et en 1998, le Haut Comité de la santé publique préconise fortement d'agir sur les déterminants sociaux de santé (logement, conditions de travail...) qui deviennent ainsi une réalité audible. Dans la foulée, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) sont créés. Mais ces programmes perdent de leur importance à partir de 2004, et les Ateliers Santé Ville (ASV) deviennent un outil privilégié de réduction des inégalités sociales de santé. La poursuite de la décentralisation avec la création des agences régionales de santé (ARS), au cours de l'année 2010, pose aussi la question des inégalités territoriales.

Mots clés : enjeux, déterminants sociaux, transversalité, action locale, légitimation politique.

INTRODUCTION

Un siècle d'améliorations progressives dans tous les domaines (recherche, techniques diagnostiques, améliorations thérapeutiques, couverture sociale de plus en plus complète) a mené la France à une situation enviable dans le monde en termes de santé, d'accès aux soins et de limitation des inégalités. Malheureusement, la France, comme beaucoup d'autres États occidentaux,

participe à la tendance générale actuelle à se caler sur des perspectives économiques à court terme et à rechercher des impacts rapides domaine par domaine, avec comme conséquence une réduction des investissements dans les activités de prévention à moyen et à long terme, nécessairement transversales. Résultats : les inégalités qui, sous l'impulsion européenne, deviennent pourtant un thème de préoccupation prometteur, commencent à se recreuser profondément. Par ailleurs, l'égalité de traitement de tous les citoyens sur tout le territoire, principe fondateur de notre constitution, ne peut plus être garantie par l'État depuis l'évolution législative récente qui accentue la décentralisation et la déconcentration des pouvoirs. C'est le constat qui va être argumenté dans ce chapitre, à partir de l'évolution de notre législation et de notre réglementation, à la lumière d'un certain nombre de travaux.

En Europe, la préoccupation pour la santé des plus pauvres, et plus généralement pour les inégalités sociales de santé, s'est fait jour dès la fin du XVIII^e siècle et, au XIX^e, les travaux de Villermé ont préfigurés l'épidémiologie moderne en s'intéressant au retentissement sur la santé des conditions de vie et de travail **[1]**. Ce n'est pourtant qu'en 1912 qu'apparurent en France les premières statistiques de mortalité suivant les catégories socioprofessionnelles portant sur l'ensemble de la population **[2]**, bien après la Grande-Bretagne ou le Danemark. Dès cette époque, la grande inégalité devant la mort semble plus dépendre de facteurs économiques et sociologiques que de facteurs proprement professionnels.

UNE CONJONCTION HISTORIQUE MALHEUREUSE

Il a pourtant fallu attendre 1987 pour que les inégalités sociales de santé en France soient mises en exergue par le rapport Wresinski **[3]**, à la suite d'années de travail de nombreuses équipes (notamment celle dont j'ai animé les activités de recherche de 1973 à 1983 à Metz puis à Nancy) qui avaient montré les multiples interactions menant de la précarité à la pauvreté. Parmi les mécanismes en cause, on note : le retentissement de décalages culturels sur les résultats scolaires, puis sur l'accès à l'emploi, le retentissement de problèmes professionnels ou de santé sur les revenus puis sur la qualité de l'habitat accessible, l'éclatement de la famille et ses conséquences diverses, y compris sur la santé mentale de ses membres. Ces mêmes mécanismes sont aussi responsables du passage de la pauvreté à la misère ou pauvreté extrême, et à l'exclusion qui suit un mécanisme actif de rejet par les autres. Ce rapport fit l'effet d'une bombe. La même année fut produit un autre rapport **[4]** qui suivait la mise en lumière, par la récente Mission France de Médecins du Monde, d'une population nombreuse sans aucun accès aux soins. Joseph Revol, inspecteur général des Affaires sociales, auteur du rapport, proposait de donner la priorité à l'urgence : l'accès aux soins pour les plus démunis.

Beaucoup plus médiatique, mais évidemment beaucoup plus coûteuse à terme parce que incapable d'enrayer la croissance du besoin, cette proposition prit immédiatement le pas, et pour longtemps, sur l'analyse et le traitement des déterminants proposés par le rapport Wresinski. Remontant

beaucoup plus avant dans l'arbre des causes, ce dernier ouvrait des pistes de longue haleine, qui débouchèrent l'année suivante sur la loi créant le revenu minimum d'insertion (RMI) [5]. Du coup, pendant des années, la grande majorité des acteurs de terrain issus d'horizons aussi divers que la protection maternelle et infantile, la santé scolaire, les travailleurs sociaux des collectivités territoriales, les associations, et qui voyaient l'impact des conditions de vie sur la santé, mais ne se sentaient encouragés qu'à améliorer l'accès aux soins, hésitèrent à se lancer sur des pistes apparemment périlleuses. Ceux qui l'osaient avaient peu de soutien politique et restaient très isolés dans leur impossibilité de dépasser des initiatives très locales.

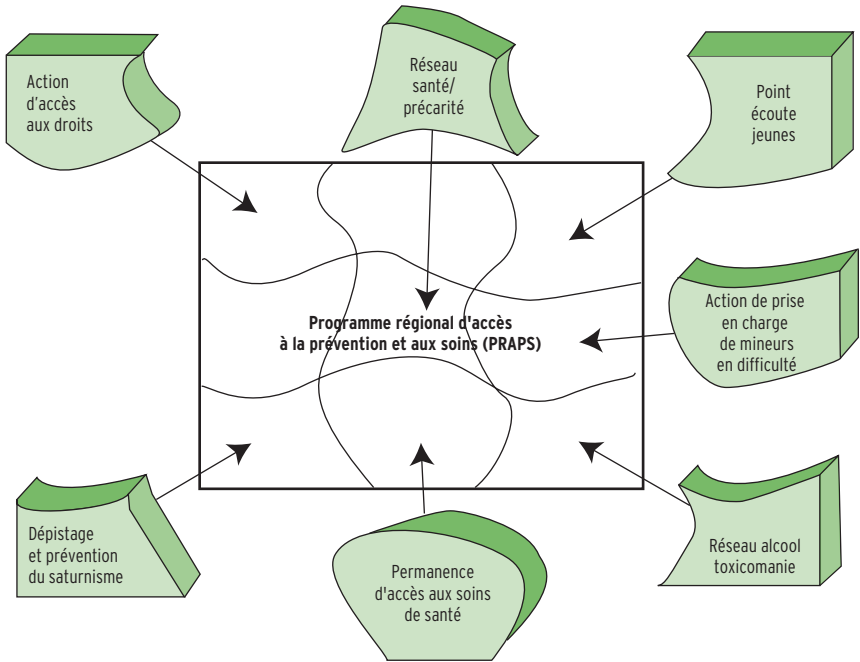
Il fallut attendre les rapports du Haut Comité de la santé publique de 1994 et surtout de 1998 sur la santé des Français pour que, officiellement, les déterminants sociaux de la santé, tels le logement, les conditions de travail, les transports, la culture, etc., redeviennent une réalité audible. Les rares chercheurs français qui s'y intéressaient encore purent alors trouver une écoute plus favorable pour lancer des études citées par ailleurs au fil de cet ouvrage. Grâce à ces travaux, les acteurs de terrain purent tenter des actions pluridisciplinaires prometteuses à terme dans la lutte contre les inégalités de santé, inscrites dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) créés par la loi de 1998 [6].

Contrairement à une idée répandue, les PRAPS ne sont pas une usine à gaz plaquée sur le terrain par le ministère, mais l'organisation d'une vraie transversalité entre institutions : les ministères imposent en effet aux services déconcentrés de l'État l'application de nombreux plans nationaux touchant à des pathologies, à l'environnement, à la nutrition, à l'habitat insalubre, etc. Il est facile d'imaginer que les deux ou trois fonctionnaires qui, dans la région, devaient appliquer tout cela, avaient quelque difficulté à répondre à tant de sollicitations venant d'en haut. Ils étaient aussi soumis aux initiatives institutionnelles locales provenant des caisses d'assurance maladie, des mairies, des institutions diverses, en plus des réseaux de santé, parfois nombreux dans certaines régions, et des réseaux du social, et également d'actions d'associations de malades ou de parents de malades. Les malheureux, pris entre le marteau et l'enclume, ne savaient plus que faire, jusqu'à l'instauration des PRAPS, qui donnaient sens et cohérence à leur action. Ceux-ci permettent de mettre tout le monde autour de la table, qui ressemble assez à un fond de puzzle, comme l'illustre la **figure 1**.

Dans un PRAPS, chacun apporte sa contribution, c'est-à-dire l'analyse des besoins concernant son secteur et ce qu'il propose en échange. Par exemple, une action d'accès aux droits trouve logiquement sa place sur le fond du puzzle. Un point d'accueil et d'écoute pour jeunes trouve également sa place. Une action de prise en charge d'adolescents en grande difficulté y trouve logiquement une place contiguë, parce qu'ils sont appelés à travailler ensemble. On peut aussi trouver la permanence hospitalière d'accès aux soins de santé (PASS), qui n'a d'intérêt que si la sortie a été suffisamment préparée pour que le patient n'ait pas à revenir le lendemain : ce n'est possible que si la PASS est en rapport direct avec un réseau santé/précarité qui assure le relais en

FIGURE 1

**Une démarche de mise en cohérence :
les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins**



amont et en aval du passage à l'hôpital ou, parfois, avec des réseaux spécialisés tels ceux qui interviennent sur les questions relatives à l'alcool ou à la toxicomanie. Il peut évidemment y avoir aussi une action de dépistage et de prévention du saturnisme chez le jeune enfant, qui trouve elle aussi sa place. L'intérêt de cette démarche est de mettre en évidence les trous qui subsistent, trous géographiques ou trous thématiques, qu'il convient de combler. Autour de la table, les partenaires doivent se poser la question : qui serait en mesure de combler les trous ? Comment susciter l'envie de faire ?

Ensuite, il faut que tout le monde travaille ensemble, avec des formations, une évaluation, de la même manière qu'on travaille en réseau, et en appliquant les mêmes règles : c'est dire que les secteurs dépendant de l'Éducation nationale, ou de la Justice, ou dépendant purement du milieu associatif, n'ont pas de raison d'être devant ou derrière le secteur dépendant de l'hôpital ou des médecins libéraux. Cette transversalité, nouvelle pour des institutions qui ne l'avaient jamais expérimentée, suscita une mobilisation considérable dans l'ensemble des régions françaises, commençant sérieusement à modifier les pratiques en deux à trois ans, comme le constata la première de leurs évaluations nationales. Malheureusement, l'organisation résultant de la loi relative à la politique de santé publique de 2004 provoqua une dilution des fonds dédiés aux PRAPS dans tous les autres programmes de santé publique,

leur faisant perdre toute lisibilité ; cette apparente perte de cohérence démobilisa les acteurs.

Heureusement, dès la seconde des circulaires PRAPS, pour en assurer une déclinaison à un niveau encore plus local, nous avons créé des Ateliers Santé Ville (ASV) dans les contrats de ville avec l'État **[7]** (voir section II, Joubert, Chauvin, Richard ; section IV, Tiffou et Lardillon). La problématique était la même, à ceci près que, étant plus près du terrain, l'évidence du besoin de transversalité entre acteurs apparaissait encore plus clairement. Cette compétence nouvelle pour les villes n'allait pas de soi, et il a été prévu de l'expérimenter dans deux régions, avec un fort support méthodologique, pour que puisse en être tiré un guide **[8]** permettant leur développement dans les autres régions françaises. Bien entendu, parmi les populations défavorisées, les enfants ont été l'une des premières cibles des ASV, à travers les actions liées à leur garde comme les crèches et les écoles maternelles, à la protection maternelle et infantile, à la santé à l'école permettant par exemple l'accès gratuit des enfants les plus démunis à la cantine scolaire, et aux associations permettant aux parents de mieux assumer leur rôle.

Lors de la substitution des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) aux contrats de ville, la loi **[9]** a explicitement prévu un fort développement des ASV comme volet santé des CUCS. Comme toujours dans une nouvelle organisation très transversale entre professionnels très spécialisés dans leur champ, il a fallu plusieurs années pour que soient surmontés les difficultés de langage et les obstacles liés à la différence culturelle des institutions. Progressivement, ceux qui l'ont expérimenté (environ 260 ASV à la fin de l'année 2008) ont découvert toute la richesse qui découle des approches véritablement transversales et la possibilité de trouver des solutions impensables autrement et qui, surtout, ont un impact plus durable que les actions décidées de plus haut mais moins adaptées au terrain. À l'issue d'un séminaire de capitalisation de trois jours en 2008, il apparut très clairement que les ASV étaient devenus un outil majeur de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé en France, ce qui a été réaffirmé ensuite dans une journée nationale au ministère de la Santé.

Dès la loi de 1998 **[6]** mais plus encore après la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbains (2000), la lutte contre le saturnisme, puis plus largement contre l'habitat insalubre, et finalement l'habitat indigne qui y joignait l'habitat menaçant péril, s'est inscrite dans les deux modalités suscitées, ajoutant – aux professionnels de santé et aux associations qui y figuraient déjà – des spécialistes de l'habitat, de l'hygiène, de l'accompagnement social. Des élus s'y sont de plus en plus impliqués, ce qui s'est accentué lorsque les échos du terrain les ont convaincus des liens puissants liant habitat dégradé et santé mentale, engageant de plus en plus leur responsabilité pénale.

En ce qui concerne l'emploi, un bon exemple de raisonnement similaire a été fourni par la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle : dès 2000, s'est instaurée une réflexion entre l'État (délégation interministérielle à l'insertion des jeunes devenue, en 2003, secrétariat général du Conseil national des missions locales, Direction générale de la santé, Direction

générale de l'action sociale), l'assurance maladie (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et Centre technique d'appui et de formation des professionnels des centres d'examen de santé) et les représentants des missions locales pour l'emploi des jeunes. Il s'agissait de réviser le système en vigueur de visites médicales d'aptitude, bâti après la Seconde Guerre mondiale et devenu totalement obsolète en dépit d'une multitude de petites retouches au fil des ans. Les familles sont de plus en plus souvent recomposées, l'habitat de plus en plus coûteux et inaccessible pour la plupart des jeunes, les parcours professionnels amènent à changer de métier et de région plusieurs fois. Cela ne permet plus au jeune de pouvoir envisager tôt de construire une famille. Il faut donc, non plus éliminer certains jeunes pour inaptitude médicale, mais plutôt tenter de leur donner un maximum d'atouts de santé pour surmonter aisément ces aléas de la vie professionnelle. Du fait de la loi de décentralisation de 2004 [9], la responsabilité de l'insertion professionnelle des jeunes est passée de l'État aux conseils régionaux. Il a donc été choisi de privilégier l'incitation à la formation. C'est donc une charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle, légitimant les principes généraux à respecter pour atteindre notre objectif, qui a finalement été signée le 10 mai 2006 par les ministres chargés de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, de la santé et des solidarités, ainsi que par la présidente du Conseil national des missions locales. Une telle transversalité a contraint à construire des outils méthodologiques adaptés à la diversité des contextes locaux : organisation de séminaires de capitalisation d'expérience comme celui, cité plus haut, de Journées nationales d'orientation [10] et rédaction de guides.

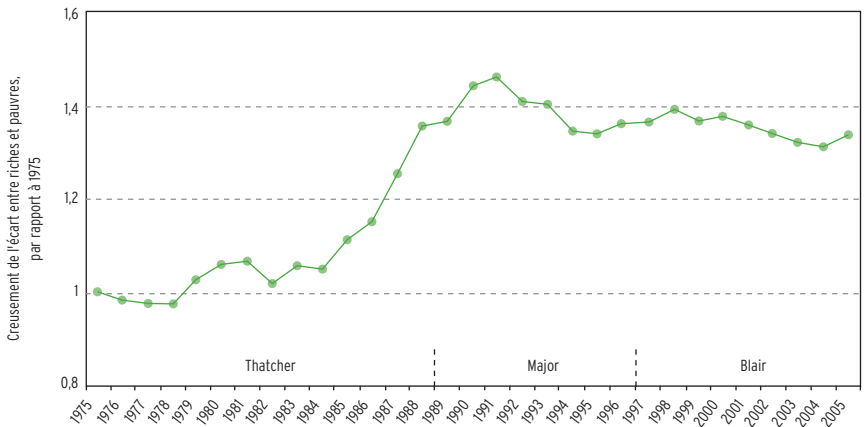
Comme il était prévisible, pendant ce temps, le système de soins s'est plus focalisé sur l'accès aux soins des plus démunis que sur son amont, telle la prévention des déterminants, en multipliant des dispositifs coûteux mais à impact fugace comme les permanences d'accès aux soins de santé, les lits-halte-soins-santé qui assurent un toit et un suivi médical à des personnes dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais qui seraient alitées à leur domicile si elles en avaient un, les équipes mobiles de psychiatrie [11]. Or, une étude nationale, publiée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé en 2004 [12], a montré qu'au niveau très périphérique des cantons « les déterminants sociaux apparaissent plus corrélés aux facteurs de santé que les variables d'offre de soins ». Pour agir sur ce terrain, tous les secteurs doivent donc être activés dans la plus grande transversalité, et pas seulement le système de soins. Parallèlement, les gouvernements successifs affichaient une forte détermination à stimuler la construction de logements sociaux : la loi de 2000 qui prévoyait un quota minimal de 20 % de logements sociaux dans les opérations immobilières des communes, la loi de programmation pour la cohésion sociale de 2005 qui prévoyait le financement de 500 000 logements locatifs sociaux au cours des années 2005 à 2009, la loi de 2007 instituant le droit au logement opposable. Concrètement, l'effort réel portait essentiellement sur la montée en charge de l'hébergement d'urgence, utilisant des casernes désaffectées et même, à prix d'or, des hôtels meublés insalubres responsables d'incendies mortels ou d'atteintes saturnines d'enfants déjà bien défavorisés.

AMÉLIORATIONS LENTES, RÉGRESSIONS RAPIDES

De 1970 à 2000, malgré des à-coups, on a donc assisté en France à des améliorations notables des conditions de vie, de la protection sociale et de l'accès aux soins, poursuivant les acquis des Trente Glorieuses qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale. À ma modeste place de praticien, puis de chercheur, puis de diplomate et enfin au ministère de la Santé, j'ai toujours eu en point de mire, comme beaucoup, la réduction de plus en plus envisageable des inégalités sociales de santé. Puis, en à peine cinq ans, à l'exemple de la Grande-Bretagne des années Thatcher, un bouleversement de la législation dans tous les domaines a remis en cause soixante-dix ans d'acquis sociaux et sanitaires. Dans le cas britannique, il avait fallu près de quinze ans pour que le « détricotage » de tout le tissu social aboutisse brutalement à une neutralisation des résistances institutionnelles et à une augmentation de plus de 40 % des inégalités de revenus que les gouvernements suivants n'ont que très peu corrigée, en dépit de leurs efforts [13] comme le montre la figure 2.

FIGURE 2

Tendances des inégalités de revenus britanniques 1979-2005-2006



Source : Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009).

En France, la procédure étant accélérée, il est malheureusement prévisible que l'effondrement survienne beaucoup plus vite après la phase de latence actuelle, et pas moins profondément. La loi de lutte contre les exclusions de 1998 [6] avait introduit la *mainstreaming* (terme d'eurologage signifiant « irrigation de toutes les politiques par un principe de fond », ici la lutte contre les exclusions) dans la politique française, ce qui avait révolutionné les pratiques du niveau le plus local au niveau national vers un mieux général, et la loi de 1999 créant la couverture maladie universelle avait ouvert l'accès aux soins à la frange la plus démunie de la population qui en était demeurée exclue jusque-là. La bureaucratisation et la tentation du cloisonnement font

cependant peser la menace d'inégalités territoriales majeures qu'il faudra, si l'on se fie à l'exemple britannique, des décennies pour réduire, alors que tous les choix faits depuis 2003 montrent que les hommes politiques sont tentés de ne répondre qu'à l'urgence, plus médiatique.

CONCLUSION

Dans le contexte français actuel, la question de l'heure concerne la création des agences régionales de santé (ARS). À quoi aboutira la tentative d'intégration du médical et du médicosocial au sein de ces agences créées par la loi Hôpital Patients Santé Territoires ? [14]. Elle risque de creuser encore un peu plus le fossé entre santé et social. En effet, depuis les lois de 2004, la santé, re-centralisée entre les mains de l'État, mais déconcentrée au niveau régional dans les agences régionales de l'hospitalisation, avait péniblement retissé de nouveaux liens avec le social, décentralisé entre les mains des conseils généraux, donc au niveau départemental [9]. À cette complexité croissante, était venue s'ajouter celle qui résultait de restrictions successives à l'accès à la couverture maladie universelle et à l'aide médicale de l'État pour les étrangers en situation irrégulière sur le territoire, et du déremboursement d'un nombre croissant de médicaments par l'assurance maladie. Le fossé s'est donc inéluctablement creusé entre les riches et les pauvres, mais aussi entre ceux qui savent et ceux qui ne savent pas.

Or, plus on se rapproche du terrain, moins cette séparation apparaît pertinente. Les liens, difficiles à instaurer par des décisions nationales dans le contexte législatif et organisationnel actuel, se créeront donc peut-être plus facilement à la faveur d'initiatives régionales, mais avec de grandes disparités entre régions. L'on peut donc s'attendre à un approfondissement des écarts de région à région, en dépit de l'article 122 de la loi qui vise à les réduire en créant un fonds destiné aux caisses d'assurance maladie pour lutter contre les inégalités inter-régionales de santé. Toutefois, s'ils gagnent en autonomie face à l'administration centrale, les directeurs d'ARS qui viennent d'être nommés pourront exercer, de par la loi, une responsabilité très transversale qui peut leur permettre de surmonter les cloisonnements entre la santé, le médicosocial et le social.

Bibliographie

- [1] Villermé L.R. *Tableau physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*. Paris : Jules Renouard et Cie, 1840.
- [2] Huber M. *Enquête de mortalité de la Statistique générale de la France, 1906-1908*. In : Péquignot H. *La lutte contre la pauvreté*. Rapport au Conseil économique et social. Paris : *Journal officiel*, 1979.
- [3] Wresinski J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Rapport au Conseil économique et social. Paris : *Journal officiel*, n° 4074, 1987.
- [4] Revol J., Strohl H. *Groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité*. Rapport général IGAS. Paris : IGAS, novembre 1987 : 45 p.
- [5] République française. Loi n° 88-1088 du 01/12/1988 relative au revenu minimum

- d'insertion. *Journal officiel*, 03/12/1988.
En ligne : <http://www.senat.fr/apleg/a88890146.html> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [6] République française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. *Journal officiel*, 31.07/1998. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005626296&dateTexte=20100404> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [7] Circulaire n° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire - Annexe 1 : cahier des charges des Ateliers Santé Ville.
- [8] Ateliers Santé Ville. *Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Paris : Éditions de la DIV, coll. Repères, 2007 : 286 p.
- [9] République française. Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. *Journal officiel*, 17/08/2004. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000804607&dateTexte=> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [10] *Politique de la ville, territoires et politique de santé : agir ensemble au niveau local*. Journée d'étude, Paris, 5/12/2008. Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Logement et de la Ville, Secrétariat d'État à la politique de la ville, Délégation interministérielle à la ville, 2008.
- [11] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. *Circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie*. *Bulletin officiel*, n° 2006-1. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-01/a0010069.htm> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [12] FNORS. *Inégalités cantonales de santé en France*. Paris : Fnors, 2004 : 139 p.
- [13] Wilkinson R., Pickett K. *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. Londres : Penguin, 2009.
- [14] République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal officiel*, 22 juillet 2009. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id> [dernière consultation le 04/04/2010].

Se former pour agir sur les inégalités sociales de santé

JEANINE POMMIER, ZOË HÉRITAGE, MICHEL LEGROS

Résumé : Pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS), il faut former les professionnels intervenants et les décideurs. En France tout comme dans la très grande majorité des pays d'Europe, il n'existe pas de formation spécifique et le traitement des ISS est dilué dans les formations de santé publique, comme le montre une enquête sans équivalent réalisée dans l'Hexagone. Pourtant, comme le souligne la Commission des inégalités sociales de santé à l'OMS, la formation est une nécessité absolue pour apporter aux professionnels intervenants les compétences qui vont leur permettre de participer à la réduction de ces inégalités. D'autant que les professionnels sont en demande de formations spécifiques sur les ISS, ayant perçu l'urgence d'approfondir un domaine qui n'est pas encore bien ancré dans les pratiques.

Mots clés : formation, fonctions essentielles de santé publique, multidisciplinarité.

INTRODUCTION

L'horizon de la santé publique s'élargit et doit faire face à de nouveaux défis soulevés par les évolutions sociales, démographiques, épidémiologiques, économiques, environnementales ainsi qu'à celles du système de soins. Malgré des gains de santé notables au cours des cinquante dernières années, les écarts sociaux et sanitaires augmentent entre les pays et parmi les groupes sociaux : « La France, comme les autres pays européens, affiche de larges inégalités sociales face à la mort et en matière de santé. Les plus instruits, les catégo-

ries de professions les plus qualifiées et les ménages les plus aisés bénéficient d'une espérance de vie plus longue et se trouvent en meilleure santé [1]. »

Pour répondre aux besoins actuels et futurs de la santé publique, plusieurs pays ont cherché à préciser les contours de son champ d'action par un travail sur les fonctions essentielles de santé publique. Cette réflexion a permis de clarifier le rôle des professionnels au sein même de ce champ d'intervention et de mieux rendre compte aux citoyens des résultats de leurs activités. Ces fonctions essentielles permettent par ailleurs de mettre en évidence les compétences nécessaires pour la mise en œuvre de politiques, de programmes ou d'actions, et d'accompagner ce développement de compétences par des formations adaptées [2-5]. Dans le contexte français, les fonctions essentielles de santé publique ont été définies dans l'article 2 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Une de ces fonctions aborde les inégalités sociales de santé (ISS) : « La politique de santé publique concerne la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire [6]. » En adoptant l'objectif de réduction des ISS, l'article 2 inscrit dans la loi française une valeur forte de la santé publique [7]. Or, comme le précisent Ridde et Guichard [8], « pour que l'on décide d'agir afin de réduire les inégalités sociales de santé, il est d'abord indispensable que cette situation soit perçue si ce n'est par la majorité de la population, à tout le moins par ceux qui formulent les politiques et les programmes, comme un problème public ». Malgré cet affichage, la politique de santé publique garde une approche peu ambitieuse et plutôt restrictive visant l'accès aux soins pour les populations les plus précaires sans intégrer, par exemple, les notions de gradient social ou de prise en compte des facteurs de causalité de ces ISS. L'Observatoire des inégalités rappelait récemment le point de vue de Mireille Elbaum, professeure au Conservatoire national des arts et métiers : « Les inégalités sociales de santé ont donné lieu, en France comme à l'étranger, à de multiples travaux de recherche, mais ceux-ci restent largement ignorés par les professionnels et les décideurs, qui n'en ont jamais fait, comme au Royaume-Uni ou en Suède, une priorité politique [9]. » (Voir section I, Jusot.) En France, les professionnels qui s'investissent dans le domaine des ISS font parfois le constat de la difficulté de disposer de cadres conceptuels suffisamment étayés et opérationnels pour orienter leurs interventions. Par ailleurs, le besoin d'une main-d'œuvre qualifiée, compétente et capable de prendre des décisions éclairées, d'évaluer les programmes et les actions concernant les ISS dans l'intérêt de la santé des populations est primordiale. Il en découle des besoins significatifs de formation, de recherche et de valorisation des connaissances, notamment pour soutenir la mise en œuvre des programmes ou actions confiés aux instances nationales, régionales et locales ou territoriales confrontées aux ISS.

Lors de la session sur les stratégies d'action pour réduire les inégalités sociales de santé dans le cadre des Journées de la prévention 2008 [10], les participants aux ateliers ont exprimé un besoin de formation dans le domaine des ISS. En réponse à ce besoin, l'objectif de ce chapitre est de fournir aux lecteurs

quelques pistes de réflexion s'ils souhaitent intégrer un cursus de formation permettant d'aborder les ISS et de mieux comprendre l'offre existante en France en la matière.

QUELLES VOIES DE FORMATION POSSIBLES ?

Comme le souligne L. Potvin par rapport à la situation au Québec, les professionnels de santé publique souhaitent « améliorer leurs qualifications professionnelles en augmentant leur capacité d'intégrer dans leur pratique les connaissances et perspectives critiques émanant de la recherche scientifique... Identifier comme prioritaire le problème des inégalités sociales de santé et déterminer de les réduire exige la reconnaissance que les domaines sociaux et sanitaires sont intimement liés et qu'une intégration des disciplines des sciences sociales et des sciences de la santé est nécessaire pour le redressement de ces inégalités [11] ».

En France, les ISS sont abordées dans de multiples formations universitaires : économie, sciences politiques, sciences sociales, santé publique, sociologie de la santé, géographie de la santé. Ces formations initiales permettent aux participants : 1) d'intégrer les savoirs de terrain et ceux de la recherche (pratique et académique), 2) de développer des formations interdisciplinaires par la collaboration d'acteurs issus de diverses disciplines et de milieux et secteurs d'activité différents, 3) de s'approprier de nouvelles connaissances et savoir-faire pour développer, soutenir et évaluer les interventions, les programmes et les politiques concernant les ISS, 4) d'interagir avec les milieux de santé publique et les organisations de la santé et du social, les collectivités territoriales et le monde associatif, 5) de développer des capacités de recherche sur les ISS, et 6) de prendre en compte tous les déterminants sociaux de la santé. Ces éléments pourraient être considérés comme des critères de qualité à rechercher dans l'organisation des formations.

ENQUÊTE EN FRANCE

Mais qu'en est-il de la situation en France ? Afin d'enrichir ces propos, neuf entretiens ont été réalisés auprès de responsables de masters et de responsables de séminaires sur les ISS dans le cadre de formations diplômantes de santé publique, de sociologie ou d'économie en France. Ces entretiens ont été complétés par une revue de l'offre de formations réalisée à partir d'Internet. Sans avoir la légitimité représentative de toutes les formations en santé publique ou autres formations abordant les ISS, ces résultats permettent néanmoins d'avoir un aperçu qualitatif relativement aux contenus et aux approches développés sur ce sujet en France.

Économie

Les formateurs consultés estiment qu'en économie la question des inégalités est abordée depuis longtemps. Les contenus de cours portent générale-

ment sur la politique de redistribution des revenus, la mesure des inégalités et la fiscalité. Les ISS sont aussi un thème assez ancien notamment dans les pays anglo-saxons, Grande-Bretagne et Canada, dans le cadre de formations multidisciplinaires où elles sont très présentes. En France, ce mouvement est plus récent. Par conséquent, il existe peu de formations proposant des cours sur les ISS dans les formations en économie. Les formations en économie de la santé, à leur début, n'ont pas été un moteur suffisant pour développer cette thématique : si les formations étaient restreintes à des problèmes spécifiques tels que les évaluations médico-économiques, l'organisation des soins, ou les modes de rémunération des médecins, le thème des déterminants de la santé est apparu, quant à lui, bien plus récemment.

Paradoxalement, la question des ISS est davantage abordée dans le champ, plus développé, de l'économie du travail. Les économistes du travail se sont intéressés tout naturellement à l'état de santé, aux conséquences des maladies sur le chômage, et à l'activité et la pénibilité au travail. Pour ces économistes, outre le fait que le thème des inégalités en général soit une préoccupation récurrente, la recherche des liens entre marché du travail et niveau de vie des individus, et plus spécifiquement entre chômage et santé, explique que se soit établie une tradition de travaux sur les ISS.

Les demandes de formations spécifiques sur les ISS datent approximativement du milieu de la décennie 2000. Le sujet connaît depuis un certain engouement auprès des étudiants, car la thématique des ISS est proche des sujets traditionnels de l'économie.

Santé publique

Les formations en santé publique traitent généralement, mais pas toujours explicitement, des ISS, comme le montre un recensement de 2004 portant sur 104 formations diplômantes en santé publique en France [12]. Néanmoins, ces dernières années il a eu des évolutions, notamment au niveau européen. L'Association des écoles de santé publique dans la région Europe (ASPHER) mène, depuis le début 2008, une réflexion sur les compétences à développer dans les formations en santé publique. Ce travail est encore en cours, mais deux rapports intermédiaires ont été publiés pour présenter ces compétences [13]. Parmi les six grands domaines identifiés, un concerne les ISS sous l'intitulé « Environnement social et santé ». Plusieurs compétences spécifiques y sont définies, relatives à des connaissances et à des savoir-faire. Ces compétences portent principalement sur la reconnaissance des mécanismes et des processus matériels, psychosociaux et comportementaux par lesquels l'environnement socioéconomique influence la santé. Les déterminants sociaux de la santé ainsi que les outils permettant de les identifier et de les évaluer occupent donc une place considérable parmi les compétences requises pour l'exercice de santé publique. Ce travail, mené par des formateurs européens en santé publique, montre que ce thème est considéré comme essentiel dans la formation en santé publique.

En France, les ISS sont abordées de manière beaucoup plus transversale et ne sont pas souvent mises en exergue. Les clefs d'entrée utilisées sont plutôt : la précarité, l'accès aux soins, les inégalités géographiques de santé, et surtout la question des déterminants de la santé. Malgré l'intérêt porté aux ISS, la présentation de cette thématique dans les contenus et les programmes de formation n'est pas toujours structurée ou formalisée autour de cette question spécifique. Les ISS imbibent le parcours de la formation sans toutefois en être la ligne directrice principale. Le thème de la précarité et des politiques visant à la réduire paraît plus nettement. Les ISS peuvent être ainsi appréhendées à différents niveaux dans les modules de formation, par exemple :

- dans le cadre de l'analyse des systèmes de santé, notamment lors de comparaisons internationales, montrant des variations de l'état de santé, des politiques publiques, de l'offre de soins ou en faisant référence aux inégalités dues aux différents systèmes de santé ;
- par les sciences humaines et sociales en abordant les questions sociales et culturelles ;
- dans le domaine de l'environnement, au travers des inégalités d'exposition aux nuisances environnementales ;
- il peut aussi y avoir des approches plus généralistes du point de vue économique qui soulèvent les questions d'équité, de répartition, d'inégalité et leurs conséquences, pas nécessairement centrées sur la santé ;
- il peut y avoir aussi une approche par la domination, par les classes sociales, qui demeure une approche très importante par rapport aux inégalités, qu'on a tendance à oublier aujourd'hui.

Lors des entretiens, certains formateurs ont évoqué le lien entre les politiques de santé publique liées aux ISS et le développement des formations sur ce thème. Ils soulignaient qu'une politique volontariste qui mettrait en avant ce thème permettrait de mieux le mettre en exergue dans les formations de santé publique.

Sociologie

De l'avis des formateurs, les inégalités sont une question classique de la sociologie ; elles sont inscrites dans l'approche disciplinaire. Les problèmes de santé sont traités comme des problèmes sociaux. Dans les universités canadiennes et américaines, les problèmes de santé n'ont pas de statut particulier, ce sont des problèmes sociaux, culturels classiques. Les ISS sont abordées comme dans d'autres cours qui traitent des inégalités dans le résidentiel, dans les trajectoires d'emploi, dans la transmission de la culture. Les ISS sont toujours reconstituées, recontextualisées et réencastrées dans une approche sociologique de ces questions. Elles peuvent être abordées dans une perspective de type épidémiologique avec une mise en avant de facteurs prédictifs ou bien par l'analyse de dispositifs de protection sociale ou de soins qui peuvent être eux-mêmes producteurs d'inégalités. Par exemple, les politiques de santé publique, de prévention, de promotion de la santé peuvent être génératrices de certaines formes d'inégalité ou de violence sociale. L'analyse des prati-

ques professionnelles et leur impact dans les dispositifs qui traitent de ces inégalités sont aussi des pistes de travail.

Le contenu des formations sociologiques varie en fonction, des niveaux de formation mais les thèmes généralement abordés par rapport aux inégalités de santé sont : l'histoire des inégalités, la manière de les mesurer, les facteurs générant ces inégalités de santé et les facteurs empêchant de les réduire. Les cours sur la sociologie des politiques de santé publique abordent aussi la question des politiques visant à réduire les ISS.

Notons aussi les axes thématiques comme, par exemple, le développement social, thème dans lequel les inégalités peuvent être abordées dans le cadre de la sociologie de l'exclusion, les problèmes des villes, les problèmes de migrants ou de santé (l'exclusion des soins, de la santé, les principes d'injustice dans le financement des systèmes de protection sociale). Les ISS sont évidemment appréhendées comme une inégalité sociale, qui vient toujours s'accumuler à d'autres formes d'inégalités.

EN FORMATION CONTINUE

La demande croissante de formation sur les ISS par les professionnels est confrontée à une offre peu visible et peu spécifique. Mise à part, ces dernières années, la pléthore de colloques et de séminaires sur les ISS en France comme à l'étranger, « la problématique des inégalités de santé figure aujourd'hui comme un axe de réflexion incontournable des conférences internationales sur la santé des populations... [8] ». En France, on peut citer, par exemple, le colloque des observatoires régionaux de la santé (2008), la Rencontre thématique de l'Association des épidémiologistes de la langue française (2009), les Journées de l'INPES (2008) qui ont consacré de manière spécifique une session à cette thématique. Au Canada, lors des Journées annuelles de santé publique (2008) s'est tenue la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé. Ces colloques ou séminaires montrent l'intérêt croissant vis-à-vis de cette thématique. Ils permettent aux participants un partage de connaissances, d'être exposés à de nouvelles idées, en particulier par les présentations de chercheurs, de décideurs ou d'acteurs ayant des longues années d'expérience dans ce domaine, de découvrir des perspectives méconnues, des moments d'échange d'expériences avec des collègues travaillant ou souhaitant inscrire la lutte contre les ISS dans leur pratique, de développer des habiletés sur les stratégies les plus porteuses pour aborder cette question. Ces formations ne se substituent pas aux formations initiales, mais répondent bien à l'urgence et à la nécessité d'approfondir des domaines qui ne sont pas encore bien ancrés dans les pratiques.

CONCLUSION

L'offre de formation sur les ISS est existante en France mais pas de manière visible ou spécifique comme les formations sur la santé et la précarité. Généralement, les ISS sont partie intégrante d'autres formations sans

être toujours clairement identifiées. Les entretiens réalisés pour ce travail montrent, par ailleurs, que la question des inégalités est intrinsèque à des champs disciplinaires comme l'économie ou la sociologie. Cela permet, en fonction de la demande, d'y intégrer relativement facilement une approche spécifique sur les ISS.

En ce qui concerne la formation en santé publique, les ISS ne sont pas toujours mises en exergue mais sont systématiquement traitées dans les formations de manière plus ou moins approfondie et structurée. Il manque certainement des unités d'enseignement clairement identifiées sur les ISS, pour traiter notamment de ses causalités et des politiques nécessaires pour les réduire, car les professionnels de santé publique ont une responsabilité sociale et institutionnelle qu'il est nécessaire de soutenir et d'accompagner. Ce travail implique sans doute de mettre en évidence les compétences nécessaires à la mise en œuvre de politiques, de programmes ou d'actions, et d'accompagner ce développement de compétences par des formations adaptées. La prise en compte, dans les formations, du gradient social des ISS est indispensable. Les formations se doivent d'aller au-delà d'une simple description des ISS pour étudier les facteurs déterminants et les stratégies possibles pour limiter les effets néfastes sur la santé des populations. De plus, les formations sur les déterminants de la santé permettent d'aborder les déterminants des ISS et d'étudier les outils pertinents et concrets pour les interventions sur le terrain.

En Grande-Bretagne, on trouve des formations qui ont les ISS comme thématique centrale, par exemple le Masters *Health inequalities and public policy* à l'Université d'Edinburgh. On trouve également des masters en santé publique où les ISS sont un module obligatoire, par exemple le module *Tackling Health Inequalities* à l'Université de Salford.

Le rapport présenté en 2008 par la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS [14], demandait un plus grand partage des nouvelles connaissances sur les actions efficaces qui ont pour but de réduire les inégalités sociales de santé. La Commission soulignait la nécessité de développer des formations sur les déterminants de la santé pour les décideurs, élus et techniciens, y compris les médecins et personnels paramédicaux. L'examen de quelques formations diplômantes qui traitent de ce sujet dans cet article, comme la perception, par certains responsables de masters, de la prise en compte des ISS dans leurs propres formations, montre que des progrès sont possibles et nécessaires.

Pour alimenter la réflexion sur l'offre de formation en ISS, il nous semble important de cibler spécifiquement les cursus de santé publique et de réaliser un état des lieux exhaustif des pratiques de formations aux ISS qui existent dans les formations initiales. Cela permettra d'identifier si la place des ISS dans ces formations est en correspondance avec les compétences de santé publique proposées au niveau européen notamment par l'ASPHER [13]. Ce mouvement de réinvestissement du thème des inégalités n'est d'ailleurs pas spécifique à la santé publique comme le montrent les travaux récents du Conseil national de l'information et des statistiques [15].

Remerciements à Claire Garreau, du comité d'éducation pour la santé (CODES) 35, pour avoir collaboré à la recherche documentaire sur les formations et aux coordonnateurs de programmes pour leur participation aux entretiens.

Bibliographie

- [1] Cambois E., Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007, n° 2-3 : p. 10-14.
- [2] Ramagem C., Ruales J. *Essential public health functions as a strategy for improving overall health systems performance: Trends and challenges since the Public Health in the Americas Initiative, 2000-2007*. Washington : PAHO, 2008. En ligne : http://www.paho.org/english/DPM/SHD/HR/EPHF_2000-2007.pdf [dernière consultation le 10/07/09].
- [3] Bettcher D.W., Sapirie S., Goon E.H.T. Essential public health functions: Results of the international Delphi study. *Rapport trimestriel des statistiques sanitaires mondiales*, 1998, n° 51 : p. 1-19.
- [4] U.S. Public Health Service Dohahs. *The public health workforce: An agenda for the 21st century. Full report of the public health functions project*. Washington : US Department of Health and Human Services, 2002 : 61 p.
- [5] Beaglehole R., McMichael A.J. The future of public health in a changing global context. *The Society for International Development*, 1999, vol. 42, n° 4 : p. 12-16.
- [6] République française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal officiel*, 11 août 2004. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005823063&dateTexte=20100404> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [7] Grimaud O., Jourdain A. Le rapport d'objectifs de santé publique : une réelle ambition sans stratégie de mise en œuvre ? *Santé publique*, 2006, n° 16 : p. 673-675.
- [8] Ridde V., Guichard A. Réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis. In : Niewiadomski C., Aiach P., dir. *Lutter contre les inégalités sociales de santé*. Rennes : Éditions de l'École des hautes études en santé publique, 2008 : p. 57-80.
- [9] Elbaum M. *Les inégalités sociales de santé, une question politique oubliée*. 3 avril 2007. En ligne : <http://www.inegalites.fr/spip.php?article628> [dernière consultation le 03/07/08].
- [10] INPES. *Les Journées de la prévention 2008. Session 2 : Stratégies d'action pour lutter contre les inégalités sociales de santé. 2008*. En ligne : <http://jp08.inpes.sante.fr/thm-session02-1.php> [dernière consultation le 16/07/09].
- [11] Potvin L., Lessard R., Fournier P. Inégalités sociales de santé : un partenariat de recherche et de formation. *Revue canadienne de santé publique*, 2002, vol. 93, n° 2 : p. 134-136.
- [12] Calvez C., Chevallier G., Demay A., Denevert D., Garçon J., Le Guichard M., et al. *Panorama des formations diplômantes en santé publique de niveau bac+5 et France et dans quelques pays d'Europe*. Rennes : École nationale de santé publique, 2004 : 225 p.
- [13] Association for Schools of Public Health in the European Region. *Provisional lists of public health core competencies : Phase 2*. Bruxelles : Associations for Schools of Public Health in the European Region, 2008, Report n° 4 : 32 p.
- [14] WHO, Commission on social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation*. Genève : WHO, 2008 : 165 p.
- [15] Conseil national de l'information statistique. *Niveaux de vie et inégalités sociales*. Paris : Conseil national de l'information statistique, 2006 : 116 p.

Section II | **Les politiques publiques**



CONCEPTS CLÉS

Action intersectorielle

Coordination d'une diversité de secteurs de l'administration publique en vue d'une action qui affecte un ensemble de déterminants de la santé. Par extension, on inclut aussi les mécanismes qui soutiennent et facilitent la coordination d'acteurs sociaux qui proviennent de l'administration publique, du secteur associatif et du secteur privé.

Politiques publiques

L'ensemble des politiques, règlements et décisions des administrations publiques, qui façonnent et structurent les conditions de vie des citoyens. La politique de promotion de la santé suppose qu'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires et les moyens de surmonter ces obstacles.

Politique de la ville

Désigne la politique mise en place par les pouvoirs publics français afin de revaloriser les zones urbaines en difficulté et de réduire les inégalités entre les territoires. Il s'agit à la fois d'une action spécifique pour un ministère ou le secrétariat d'État à la Ville, et d'une action interministérielle destinée à favoriser la prise en compte, par chacun des ministères concernés, de la spécificité des quartiers sensibles, dans leurs politiques et leurs moyens budgétaires

Décision politique

L'ensemble des processus qui mènent à l'orientation de l'action d'un appareil administratif dans un domaine particulier, que ce soit au niveau local, régional, national ou international. Ces processus prennent en compte un ensemble de dimensions relatives aux jeux de pouvoir des acteurs en présence incluant les citoyens, aux connaissances qui permettent d'anticiper les conséquences de l'action et aux projets de société défendus par les responsables de la décision.

Plaidoyer

Ensemble des actions mises en œuvre pour influencer une décision politique en faveur d'une cause, une idéologie ou une orientation. La sensibilisation, la transmission d'informations incluant les données probantes sur l'impact potentiel de l'action et la mobilisation des acteurs sont les principaux modes d'action de plaidoyer.

Évaluation d'impact sur la santé

Ensemble de méthodologies, procédures et outils par lesquels les effets d'une politique, programme ou projet développé en dehors du secteur sanitaire peuvent être anticipés quant à leurs effets potentiels, négatifs ou positifs sur la santé d'une population.

Introduction

LUC GINOT ET MARIA DE KONINCK

Résumé : Les politiques publiques sont le premier levier pour agir sur les déterminants de santé ; elles sont au cœur de leur réduction ou de leur aggravation. Le premier chapitre de cette section II présente entre autres les fondamentaux de ces politiques, ou comment articuler le national avec le local pour s'attaquer aux inégalités. Plusieurs expériences sont ensuite exposées dans les autres chapitres. En Belgique, la Fondation Roi Beaudoin développe un plaidoyer et interpelle pouvoirs publics et décideurs pour que la réduction des inégalités soit intégrée à toute action ou initiative. En France, dans le département de Seine-Saint-Denis, un programme en réseau porté par les collectivités locales a développé la prévention et la prise en charge des cancers professionnels, qui concernent en premier lieu les actifs les moins favorisés. Place ensuite au Québec et à la Suisse qui présentent leurs « évaluations d'impact sur la santé », ou comment, avant toute décision législative, d'urbanisme ou autre, en analyser l'impact prévisible sur la santé et les inégalités. Enfin, deux autres chapitres présentent, au plus près des populations, des approches de réduction des inégalités : à Montréal, cette approche locale permet d'agir sur des déterminants de santé tels que le logement ; en France, les Ateliers Santé Ville constituent désormais le premier dispositif intersectoriel, qui prend en compte les déterminants sociaux pour réduire les inégalités.

On ne peut parler de déterminants sociaux des inégalités de santé sans s'intéresser aux politiques publiques qui agissent sur ces déterminants. Les grandes politiques structurantes, qu'elles soient économiques, sociales, fiscales, éducatives, culturelles ou urbaines et environnementales comme celles qui, à

un niveau régional ou local, agissent sur les conditions de vie des populations, sont – la section précédente le démontre largement – au cœur de la genèse des inégalités sociales de santé, de leur aggravation ou de leur réduction.

Comment prendre à bras le corps ces politiques publiques ? Comment passer d'une posture analytique à une démarche pragmatique d'intervention ? Aucun acteur de la promotion de la santé n'échappe à un tel questionnement. Cette section propose, à partir d'expériences menées dans différents milieux, des pistes de réflexions fragmentaires, mais qui se veulent des outils diversifiés pour faciliter l'action.

Le chapitre de Ginot et De Koninck qui suit (Mobiliser les politiques publiques...) soumet une série de points considérés comme nodaux, mais parfois négligés, à la discussion : sur quelle base, par quelles voies, et avec quelles stratégies les acteurs de terrain peuvent-ils travailler dans le cadre des politiques publiques non sanitaires ? Quelle articulation entre intervention locale et débats nationaux ou internationaux ? Comment les questions d'évaluation et de participation des usagers, largement développées ailleurs dans ce guide, peuvent-elles soutenir ou contrarier l'action intersectorielle ? Aider les professionnels à se doter d'une légitimité à intervenir sur les déterminants de santé et à saisir que des actions sont possibles : tel est l'enjeu de ce chapitre, qui s'appuie entre autres sur l'expérience développée dans la lutte contre l'habitat insalubre et le saturnisme infantile.

L'expérience belge de la Fondation Roi Baudoin (Gutiérrez) est un exemple remarquable d'irruption contrôlée et productive au sein du débat public : dans le contexte institutionnel et politique complexe de la Belgique, la FRB construit une stratégie de plaidoyer (*advocacy*) fondée sur des acquis scientifiques, mais interpellant le cœur du dispositif politique. On ne pèse pas sur les politiques publiques sans se confronter au débat politique dans ses dimensions les plus fondamentales : ce chapitre – au-delà du paysage constitutionnel belge – montre combien les promoteurs de santé ont intérêt à cette implication.

Les évaluations d'impact sur la santé (EIS) sont des outils techniques développés au service notamment de l'action locale. Il est important de noter que ces EIS dépassent très largement les seules évaluations d'impact environnemental. Elles peuvent constituer des processus pour interroger des politiques publiques non sanitaires, en rendant lisibles des conséquences sur la santé de choix d'apparence éloignés. Mais, surtout, elles peuvent – et doivent – contribuer à mettre en lumière les effets sociaux différenciés de ces choix. Deux exemples viennent illustrer cette logique.

Dans le contexte québécois, Louise Saint-Pierre, Lyne Jobin et Caroline Druet détaillent la façon dont l'EIS, dans le contexte de l'application de la loi sur la santé publique du Québec, peut être utilisée pour sensibiliser les décideurs de politiques hors secteur santé sur les effets non voulus de leurs décisions sur la santé et les inégalités. L'exemple décrit est démonstratif pour les acteurs de santé publique au palier local : on y voit comment les décideurs, dans un projet municipal, ont été amenés à considérer les effets potentiels de leurs décisions sur la santé de certains sous-groupes de population de leur territoire.

À partir d'exemples genevois, Jean Simos décrit pour sa part comment la mise en œuvre des EIS a permis de prendre en compte les possibilités de réduction des inégalités sociales de santé à travers différentes politiques publiques, alors qu'elles ne se focalisaient pas explicitement sur cette dimension. En effet, l'outil qu'est le processus d'EIS exigeait que ces possibilités soient considérées. Si les inégalités sociales de santé ont été intégrées, ce n'est donc non pas en tant qu'objet de l'évaluation mais comme composante des impacts à mesurer. D'une part, ces exemples illustrent bien le recours à des approches indirectes pour soulever la question de l'impact des politiques publiques sur les inégalités sociales de santé ; d'autre part, ils témoignent aussi des difficultés de s'y attaquer directement et de façon prioritaire.

La confrontation du débat scientifique, du débat social, et de l'arbitrage politique peut aussi se réaliser autour d'enjeux spécifiques, concrets. La démonstration qu'en font Annie Thébaud-Mony et Michèle Vincenti Delmas est d'autant plus intéressante qu'elle s'applique aux inégalités de santé liées aux conditions de travail. Il s'agit d'un champ essentiel des inégalités, trop rarement abordé en France. Le chapitre consacré à cette expérience démontre comment une collectivité locale a pu s'affranchir de son champ de compétences réglementaire pour créer les conditions de cette confrontation.

Le travail intersectoriel semble, parfois, prendre des formes consensuelles et ne pas poser de questions. On sait bien pourtant que la prise en compte des inégalités de santé dans la confrontation des politiques publiques n'est jamais aussi simple. Aux niveaux national et supranational, les arbitrages entre les besoins des classes sociales défavorisées, les choix des décideurs économiques et l'existence d'une régulation plus ou moins forte de l'État constituent autant de champs d'interventions ouverts aux acteurs. Au niveau local, le même type de débats se pose, sous des formes différentes. Ainsi, le travail intersectoriel nécessite non seulement la mise en place d'outils méthodologiques, mais aussi la gestion d'une forme positive de confrontation et de conflictualité.

Jocelyne Bernier, Carole Clavier et Geneviève Giasson, dans leur chapitre sur l'initiative montréalaise de soutien au développement social local, présentent les efforts qui ont été menés dans ce contexte pour répondre aux enjeux suivants : comment concilier les contraintes de l'administration publique et la création d'espaces de participation citoyenne ? Comment implanter une approche globale et intégrée de développement social et mobiliser des acteurs locaux dans des projets d'action concertée en vue de réduire les inégalités sociales de santé ? Il en ressort, au-delà de cet exemple montréalais, que de telles approches, bien que locales, permettent d'agir sur des déterminants de la santé tels le logement ou l'aménagement du milieu et ont ainsi un impact notamment sur les réseaux sociaux et sur le sentiment de contrôle des participants sur le développement de leur milieu de vie.

Les Ateliers Santé Ville (ASV), analysés par Michel Joubert, Pierre Chauvin et Catherine Richard, constituent désormais le principal dispositif français de travail intersectoriel autour des déterminants sociaux de la santé. Les auteurs montrent comment ce travail intersectoriel est mené en lien avec les autres dimensions de l'ASV (dimension diagnostique et dimension participative

notamment), dans une logique volontariste de réduction des inégalités de santé. Le chapitre nous incite, à travers quelques exemples, à aller voir « sur le terrain » comment, pratiquement, la promotion de la santé réussit à infléchir des politiques publiques locales.

On aborde ici la construction locale d'un mode de débat entre acteurs de la santé et acteurs non sanitaires, et la construction d'un processus ayant explicitement pour mission de réduire les déterminants des inégalités de santé. En d'autres termes, la section se conclut par des expériences qui interrogent ce qu'on appelle désormais la gouvernance : comment cette gouvernance peut-elle favoriser le débat et la confrontation inexorablement liés au travail intersectoriel ? Dans le contexte français de mise en place des agences régionales de santé (ARS), comme dans le contexte québécois d'application de l'article 54 de la loi sur la santé publique, les enjeux sont majeurs.

Mobiliser les politiques publiques pour réduire les inégalités : enjeux pour les acteurs

LUC GINOT ET MARIA DE KONINCK

Résumé : Les inégalités de santé résultent essentiellement de déterminants sociaux extérieurs au système de soins et de prévention. Comment les professionnels, qui interviennent en promotion de la santé, peuvent-ils agir pour réduire les inégalités ? Même si les politiques publiques – sanitaires et non sanitaires – qui encadrent leurs interventions ne facilitent pas forcément leur tâche, les professionnels ont un rôle majeur à jouer : leur action au niveau local peut participer à réduire les inégalités et avoir un effet d'entraînement et de mobilisation. Surtout, ils peuvent peser sur la mise en œuvre concrète de politiques publiques hors champ de la santé comme le logement, l'urbanisme, les transports et autres. L'histoire en France de la lutte contre le saturnisme infantile montre comment les praticiens de santé publique ont contribué à faire évoluer la situation en plaidant fortement pour un relogement plutôt que pour l'aménagement d'un logement dégradé, le logement étant par essence un déterminant de santé majeur. Les acteurs de la promotion de la santé peuvent donc œuvrer pour que les politiques publiques intègrent ces déterminants comme des priorités : accès aux droits, revenus, conditions de vie et de travail, éducation et culture, logement. Cet article donne des pistes méthodologiques et stratégiques pour agir.

Mots clés : politiques publiques, déterminants sociaux, saturnisme, plaidoyer, enjeux.

INTRODUCTION

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont, pour l'essentiel, la conséquence de déterminants sociaux extérieurs au système de soins et de prévention [1]. Pour réduire ces inégalités, les politiques publiques devraient donc porter prioritairement sur ces déterminants : accès aux droits, revenus, conditions de travail ou d'exclusion du travail, conditions de vie, éducation et culture, logement, et autres. Force est de constater que ce principe n'est mis en œuvre que bien incomplètement et qu'il semble soulever de nombreuses interrogations. Souvent implicites, ces interrogations traversent les niveaux national, régional et local, et portent tant sur les modalités que sur la faisabilité de sa déclinaison concrète. Par ailleurs, ce principe ne conduit pas à une stratégie uniforme de croisement entre politiques publiques non sanitaires et ISS. Ainsi, la France vient d'adopter une réforme du système de santé qui regroupe soins, prévention et promotion de la santé au sein d'agences régionales de santé : un dispositif unifié mais séparé des autres champs de politiques publiques. À l'inverse, au Québec, la Loi sur la santé publique [2], par le biais de son article 54, requiert de toute nouvelle politique qu'elle prenne en compte les effets potentiels sur la santé de la population (voir section II, St-Pierre, Jobin et Druet). En Suède, les onze objectifs de santé publique comprennent d'abord des objectifs « sociétaux » relatifs notamment à la participation, à l'emploi, à la petite enfance et aux cadres de vie [3].

Ce chapitre aborde quelques interrogations qui peuvent survenir lorsque des pratiques de santé publique souhaitent mieux peser sur la mise en œuvre concrète de politiques publiques non sanitaires. Parmi les exemples retenus, on s'appuiera notamment sur les inégalités sociales de santé liées à l'habitat dégradé et sur le saturnisme infantile.

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ COMME ENJEU DES POLITIQUES NON SPÉCIALISÉES : UN CONSENSUS TROMPEUR ?

Le rôle des déterminants sociaux dans la construction des ISS et celui des politiques publiques dans leur réduction ou leur aggravation sont désormais l'objet d'un consensus scientifique. Le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS présidée par Sir Michael Marmot [1], cristallise par exemple de nombreux travaux, issus de différents pays, et cités tout au long de cet ouvrage. Ce rôle est également en voie d'être identifié par le corps social, comme en témoigne l'évolution des débats en France sur le saturnisme : quittant les seuls registres technique et compassionnel, plusieurs intervenants commencent aujourd'hui à poser la question des déterminants sociaux de la santé, telles la pauvreté, la pénurie de logements, la ségrégation urbaine, etc., ce qui questionne aussi les actions publiques à l'œuvre [4]. Dans le champ politique, on pourrait penser que la prise de conscience est générale, même si elle ne se fait pas toujours facilement, comme en témoignent l'analyse des débats parlementaires [5], ou les difficultés décrites dans cet

ouvrage par R. Gutiérrez concernant la Fondation Roi Baudoin, en Belgique. Cependant, en France par exemple, on constate [6-7] que certaines ISS continuent à s'aggraver. Ce constat peut être mis en parallèle avec les débats sur les formes d'accentuation des inégalités sociales plus générales [8-9]. Le consensus est donc soit trompeur, soit peu opérationnel. Comment alors comprendre – et si possible réduire – cette dissociation entre analyse et pratiques ? Trois mécanismes – parmi d'autres – peuvent être décrits comme autant d'enjeux pour les acteurs de la promotion de la santé.

Anticiper l'impact d'une politique non sanitaire sur la santé publique se fait trop souvent d'une façon généraliste, comme étanche à la problématique inégalitaire

Un tel abord généraliste repose sur l'hypothèse, très contestable, que cet impact est socialement non discriminé. Or, il serait nécessaire – Potvin, Ginot, Moquet (section I) et Simos (section II) le démontrent – de discuter non seulement l'impact global d'une politique publique, mais surtout son effet producteur d'équité/inéquité en santé. En d'autres termes, toute anticipation d'impact devrait intégrer explicitement le principe de conséquences potentiellement distinctes pour les différentes catégories sociales de la population [10]. Cet indispensable exercice est ardu : les effets spécifiques tout comme la causalité restent, le plus souvent, mal établis, et plus fragiles encore si l'on travaille à un échelon local. Le paradigme dominant actuellement en recherche est celui qui ne reconnaît comme valables que les démonstrations d'une causalité directe réalisée à partir d'essais randomisés ou s'en rapprochant. Cela rend difficile le débat sur la façon d'intégrer la complexité et la temporalité de la vie sociale dans la mesure des effets de politiques publiques sur la construction d'écarts en matière de santé. Si les arbitrages quittent le registre de l'implicite, une forme de principe de précaution sociale peut être mise en œuvre. Pointer la nécessité de cet abord différentiel est la première des voies d'intervention ouvertes aux acteurs sanitaires.

La logique de mesure d'impact ne doit pas être confinée aux seules politiques frontières du sanitaire

L'intérêt des travaux de la CDSS de l'OMS [1] tient notamment aux liens qu'elle documente et à la position qu'elle prend sans réserve sur les effets de politiques dont l'objet est distant à première vue des conditions de vie des populations. Les grands enjeux environnementaux, urbains, commerciaux ne sont pas sans effet sur le quotidien des populations et sur la structuration de leurs positions sociales relatives. Le défi est de faire une démonstration probante de ces liens en démontant les processus en cause, défi d'autant plus nécessaire que l'on s'éloigne des champs « juxtasantitaires ». En effet, s'il est légitime et indispensable d'anticiper les conséquences sanitaires de choix environnementaux ou sociaux, cette anticipation devrait, d'abord, être la règle pour les autres politiques publiques, et les exemples suivants montrent que l'on en est loin.

1. Les travaux récents sur les accumulations au cours de la vie [11] démontrent l'intérêt et la nécessité de réaliser une étude d'impact sanitaire des politiques éducatives : souvent d'impulsion nationale, elles sont porteuses de conséquences majeures sur la santé des jeunes et des futurs adultes.
2. Dans l'élaboration des choix – en général régionaux ou locaux – en matière de transports urbains, il ne suffit pas d'apprécier l'impact sur la pollution atmosphérique : encore faudrait-il, par exemple, mesurer l'effet des dispositifs anti-voitures ou des transports collectifs surchargés sur la santé des habitants les plus éloignés de leur lieu de travail.
3. Les stratégies – nationales, mais aussi européennes – de flexibilisation de l'emploi ne semblent pas être évaluées à l'aune des inégalités de santé, alors même que des travaux [12-13] argumentent les effets de cette flexibilité.
4. Il en va de même, de façon fondamentale, des politiques fiscales et économiques structurantes.

On le voit, leur légitimité à intervenir étant établie, les acteurs sanitaires ne devraient pas hésiter à réclamer des analyses d'impact visant ces thématiques en apparence extérieures ou inaccessibles et à s'investir dans ces analyses.

L'interaction entre approche économique et approche de santé publique constitue une articulation des politiques publiques trop peu explorée

L'abord économique d'une politique se traduit le plus souvent par une occultation de ses conséquences sanitaires : la politique de favorisation du logement par accession à la propriété *versus* favorisation du logement social aidé ne discute jamais les impacts, directs ou indirects, sur les ISS qui sont potentiellement prévisibles comme par exemple la surpopulation persistante dans certains logements et l'absorption de parts croissantes du budget des ménages. Lorsqu'une démarche d'origine économique s'accompagne d'une réflexion sur les inégalités de santé, celle-ci peut rester limitée ; il en va typiquement ainsi des mesures tendant à augmenter la participation des ménages aux dépenses de soins, tout en accompagnant cette augmentation de mesures présumées compensatrices envers les plus démunis. À l'inverse, cependant, il est des cas où l'intervention sur les déterminants sociaux de santé peut être favorisée par l'approche économique. Par exemple, les travaux londoniens de Peter Ambrose [14] ou ceux de M. Davidson [15] comparent les coûts du traitement de l'habitat dégradé à ceux des conséquences sanitaires de cet habitat et concluent à un bénéfice économique à intervenir. Les recherches aux États-Unis sur le coût du saturnisme infantile [16] procèdent de la même justification.

Les acteurs de la promotion de la santé devraient mieux s'approprier le débat économique. Marie-France Raynault, du centre Léa-Roback sur les ISS à Montréal, a d'ailleurs proposé aux intervenants en santé publique, réunis lors de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé de 2008, de développer une nouvelle version de la pratique en santé publique,

en adoptant une culture d'intervention différente et en acquérant de nouvelles compétences en économie, en science politique et en comparaisons internationales [17].

DES POLITIQUES PUBLIQUES NON SANITAIRES QUI AGISSENT FAVORABLEMENT SUR LES ISS : QUELLES STRATÉGIES POUR LES ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ?

Pour peser favorablement sur les politiques non sanitaires, les acteurs de santé publique ont d'abord, on l'a vu, à se convaincre de leur propre légitimité à plaider. Mais d'autres débats sont également à affronter.

Le premier obstacle à lever est celui de la faisabilité de cette approche. Les enjeux sanitaires peuvent-ils effectivement conduire à développer de vraies politiques publiques favorables ? Trop souvent, le sentiment prédomine d'une bataille perdue d'avance, de l'impossibilité d'infléchir les politiques publiques structurantes dans le sens d'une réduction des ISS. L'exemple du saturnisme et de l'action contre l'habitat dégradé en France au cours des dernières années, dont le **tableau I** propose une lecture historico-politique, devrait convaincre du contraire. Au-delà des limites de ce type de résumé, on voit que l'émergence d'une problématique sanitaire, profondément inégalitaire comme le saturnisme, a conduit à l'inscription sur l'agenda politique d'un déterminant social de santé jusque-là ignoré : l'habitat dégradé. La récente expertise de l'INSERM concluait ainsi : « La question du dépistage [...] ne peut être dissociée d'enjeux plus vastes touchant notamment à la politique du logement dans notre pays [18]. »

TABLEAU I

Courte approche historique de la lutte contre le saturnisme et l'habitat insalubre en France

Chronologie	Dates clefs saturnisme	Date clefs habitat insalubre	Commentaires
Années 1970		Loi Vivien	Régime exceptionnel d'expropriation pour résorber les bidonvilles et l'habitat insalubre
Années 1980			Disparition progressive de l'insalubrité des agendas politiques et sociaux, au plan national et dans la très grande majorité des collectivités locales
1985-1986	Premiers cas de saturnisme infantile à Paris		Discussions techniques sur l'origine du saturnisme infantile. Rôle des peintures initialement très discuté
1987-1990	Mise en évidence (PMI Paris) du lien avec l'habitat dégradé Premiers financements publics à des actions de prévention Mobilisation des premières associations (MSF)		Interpellation du Comité interministériel des villes

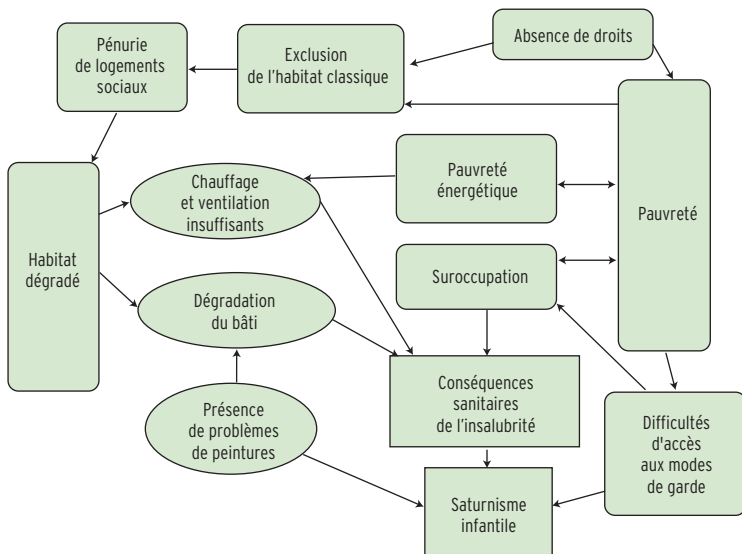
TABLEAU I (suite)

Chronologie	Dates clefs saturnisme	Date clefs habitat insalubre	Commentaires
1993	Premier programme national saturnisme Mise en place du comité technique plomb, premières incitations de programmes par l'État		Implication progressive du ministère de la Santé
1998	Loi d'orientation sur la lutte contre les exclusions : création de la possibilité par le préfet de réalisation de travaux d'office en urgence Émergence progressive d'associations de soutien aux familles	Octobre 1998 : Rapport Nancy Bouché	Premières mesures concrètes (réalisation de travaux d'office) s'affranchissant du droit de propriété Écho majeur, renforcé par plusieurs incendies mortels dans des bâtiments insalubres Implication progressive du ministère du Logement
2000	Lien entre procédures saturnisme et insalubrité	Loi Solidarité renouvellement urbains (SRU) et circulaires	Intégration de la lutte contre l'habitat insalubre dans la logique politique de solidarité urbaine, et réforme de la lutte contre l'insalubrité
2002		Programme national de lutte contre l'habitat indigne	
2003	Interventions judiciaires en matière de saturnisme		
2004	Loi d'orientation sur la santé publique : objectif de réduction de 50 % de l'incidence	Plan national Santé Environnement 1 : début de prise en compte des questions d'habitat indigne	Peu d'objectifs sur habitat insalubre
2005-2007		Ordonnances sur la lutte contre l'habitat indigne (2005 puis 2007), et loi Engagement national pour le logement	Nouvelles dispositions contraignantes à l'égard des propriétaires de logements insalubres (facilitation de travaux d'office par exemple)
2007		Loi Droit au logement opposable (DALO)	Intégration du saturnisme, de l'insalubrité, etc., parmi les critères donnant priorité pour l'accès au logement social aux personnes concernées Débat politique de fond sur les effets réels de la loi DALO : création historique d'un nouveau droit, mais risque d'aggravation de la ségrégation urbaine, faute d'obligation de solidarité territoriale
2009		Plan national Santé Environnement 2 : début d'énonciation des questions de la surpopulation dans l'habitat	
Depuis 2004	Élargissement progressif des acteurs locaux (collectivités) engagés dans la lutte contre le saturnisme et l'insalubrité Élargissement des participants au débat public sur le lien entre saturnisme et insalubrité (conférence de consensus, expertise INSERM, associations, élus) Émergence dans le débat politique du lien entre lutte contre l'insalubrité, ségrégation urbaine, absence de solidarité territoriale		

Remerciements à Héliène Schutzenberger et Nancy Bouché.

Le **tableau 1** montre aussi qu'il y a plusieurs façons d'aborder les déterminants sociaux. En matière d'habitat insalubre et de saturnisme, les acquis obtenus l'ont été principalement dans le registre de l'interindividuel, notamment à travers le droit de la famille au (re)logement, les obligations du propriétaire et les relations propriétaires/occupants. Ces acquis sont fondamentaux : ils modifient parfois des rapports de force qui déterminent de façon concrète le risque pour la santé des enfants. Ils positionnent les politiques publiques aux côtés de personnes, voire de catégories, considérées comme vulnérables. Cependant, les mécanismes profonds qui façonnent ces conditions – dont la ségrégation urbaine et l'absence de solidarité territoriale ne sont que deux exemples parmi d'autres – sont plus difficilement impactés. Cette primauté de l'abord interindividuel sur l'abord sociétal fait écho à une limite classique des politiques publiques récentes en France : l'approche des inégalités par le seul prisme des exclusions, au détriment d'une approche structurelle et globale. Ainsi, puisqu'il n'existe pas d'automatisme entre prise en compte des déterminants sociaux de la santé à l'échelle de l'individu et prise en compte de ces mêmes déterminants à l'échelle sociétale, les acteurs locaux doivent s'efforcer, dans leur approche pragmatique, de bien identifier les deux niveaux et, dans une perspective à la fois de prévention et de changement réel et durable, de n'en négliger aucun.

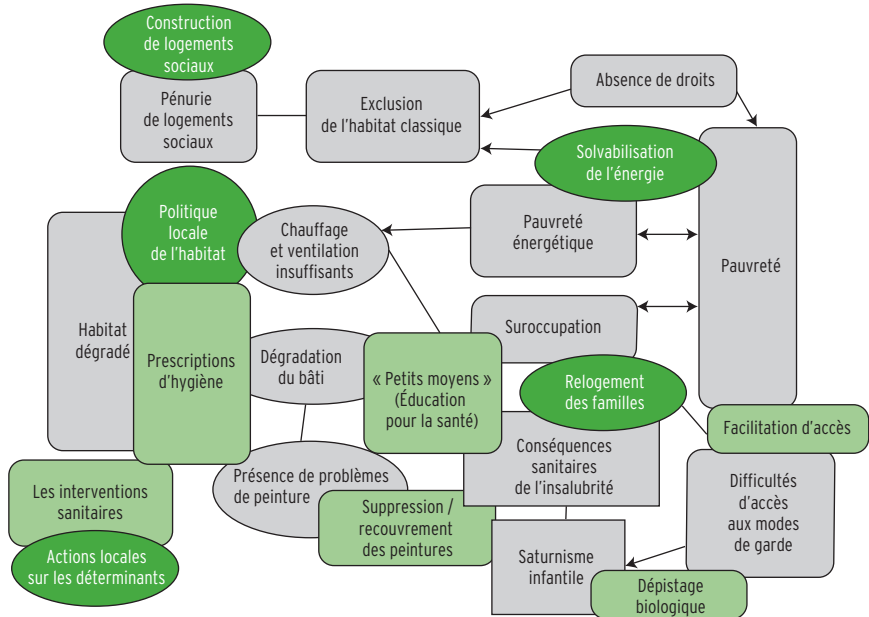
Un point important, dans la continuité du précédent, est celui de la plurifactorialité. Il est rare qu'une politique publique non sanitaire agisse, de façon simple et univoque, sur les inégalités sociales de santé. Le plus souvent, les déterminants sociaux de santé sont intriqués et se potentialisent. La **figure 1** illustre ce principe dans le domaine de l'habitat insalubre. Les abords de type

FIGURE 1**Modèle causal de la relation entre l'habitat dégradé et le saturnisme infantile**

circuit court ou cause à effet ont clairement peu de prise sur la réalité des mécanismes qui produisent les inégalités sociales de santé. Réduire les inégalités de santé liées à l'habitat, qu'il s'agisse d'asthme, de santé psychique, de mortalité hivernale ou de saturnisme, implique de travailler les causes tels les moisissures, l'insuffisance de ventilation, le plomb dans les peintures, mais aussi les causes des causes comme la surpopulation, les coûts du chauffage, et les causes des causes des causes que sont la ségrégation urbaine, la pauvreté des occupants ou des propriétaires bailleurs et l'absence de droits sociaux [19-20]. La **figure 2** surimpose à ce modèle causal la traduction de cette logique en termes d'action publique locale. Réintroduire ainsi la complexité en dépliant les processus ne disqualifie pas l'approche réglementaire ou la mise en œuvre de programmes plus ciblés. En effet, les législations *ad hoc* et d'autres moyens ciblés ont contribué à la réduction spectaculaire de l'incidence du saturnisme en France. Cela permet, au contraire, de donner un souffle à ces actions, d'en faire de vrais leviers vis-à-vis des facteurs sous-jacents. Au demeurant, l'adhésion des familles aux programmes ciblés est d'autant plus forte que ces programmes s'inscrivent dans une stratégie prenant en compte, ou du moins énonçant, l'ensemble des difficultés que ces familles rencontrent. La perspective populationnelle ne suffit pas ici pour induire des changements significatifs et durables. Il faut, comme le suggère Hilary Graham, s'intéresser aux

FIGURE 2

Introduction des cibles d'action locale dans le modèle causal de la relation entre l'habitat dégradé et le saturnisme infantile



déterminants des déterminants et ainsi enrichir cette approche d'une lecture de causalité en amont des effets observables [21].

Enfin, il est important de favoriser l'implantation des lois dans la vie concrète. L'adoption d'une loi est souvent considérée comme l'aboutissement d'un processus qui a, selon le cas, mobilisé plus ou moins des acteurs sociaux, soulevé des débats et fait l'objet de formulations diverses. Parfois, elle a nécessité des efforts répartis sur plusieurs années. Pourtant, le véritable aboutissement d'une loi est son application, entendons par là la mise en place de mécanismes devant permettre d'atteindre les objectifs initialement visés, même si la seule adoption de la loi peut envoyer un message fort sur le plan symbolique. Il en est ainsi de la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec en 2003 [22]. L'État québécois affirmait alors qu'il allait mener un combat contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Malgré l'intérêt du symbole, la réalité n'a pas connu d'évolution dans le sens souhaité. Ainsi le bilan dressé par les organismes défendant les droits des plus démunis est fort critique et ces derniers déclaraient en 2008 : « Le gouvernement du Québec doit appliquer cette loi. » ([23], p. 1) De là le constat que les effets des politiques publiques non sanitaires sur la réduction des inégalités sociales de santé ne peuvent être présumés puisque seule leur mise en œuvre et les conséquences de celle-ci permettent d'en connaître la véritable portée. C'est pourquoi un des pièges à éviter, lorsqu'on tente d'identifier des politiques à proposer, est de recourir à des exemples tirés d'ailleurs en se limitant à leur contexte d'adoption et à leur libellé. Les leçons à exploiter à partir des politiques adoptées dans des sociétés autres ne doivent pas nécessairement être tirées sur la base de leur existence, même si celle-ci peut témoigner d'une volonté de changement intéressante. Il convient, là aussi, d'exiger de connaître les effets réels de ces politiques. Or, il est fréquent que de telles informations ne soient pas facilement accessibles.

DES POLITIQUES PUBLIQUES NON SANITAIRES QUI AGISSENT FAVORABLEMENT SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : QUELLES QUESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR LES ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ?

Chacun des chapitres de cette section développe des méthodes sur lesquelles nous ne revenons pas ici. Trois aspects transversaux méritent d'ores et déjà attention.

Le premier de ces aspects est le fait que la construction d'un diagnostic local n'est pas neutre. Les principaux déterminants de la santé, tels que l'emploi, la pauvreté, le logement, sont en général présentés comme facteurs contextuels, au mieux comme paramètres à considérer comme priorités. Par cette catégorisation, les acteurs de la promotion de la santé affaiblissent leur légitimité à agir sur les politiques publiques. Redonner aux facteurs dits contextuels leur dimension de déterminants sociaux de la santé, en identifiant les catégories

sociales, les niveaux de pauvreté, d'accès à l'éducation, à l'emploi ou aux droits, les conditions de vie urbaine, de transports, comme éléments centraux du diagnostic sanitaire, ne relève pas du simple débat sémantique : c'est une des conditions pour que ces acteurs aient prise sur les politiques non sanitaires.

Le deuxième aspect transversal concerne la question de l'alliance avec les populations. Les populations visées par les politiques publiques non sanitaires doivent être au cœur de leur conception et de leur mise en place. Ces populations sont, le plus souvent, les mieux placées pour informer comment une politique agit sur leurs conditions de vie et sur leurs possibilités d'améliorer celles-ci. L'argument ici n'est pas celui de la démocratie. Il s'agit plutôt de reconnaître que l'expertise des populations, construite à partir de leur expérience, favorise la conception de mesures dont les retombées peuvent être mieux estimées par celles-ci que par une expertise à dominante cognitive. Le savoir des populations est un fondement solide sur lequel la définition d'une politique peut s'appuyer. Il ne s'agit pas d'un savoir omniscient et d'autres acteurs doivent être interpellés ; mais la multisectorialité doit inclure la population visée et, encore une fois, il y a des pièges à éviter, notamment pour que la représentation des populations soit pertinente et fidèle. Les exemples de représentation tronquée sont légion, les mécanismes de délégation s'inscrivant eux aussi dans des rapports sociaux marqués d'inégalités.

Le troisième aspect qui ressort des chapitres de cette section tient au fait que les questions de l'évaluation sont particulièrement difficiles. Ceci est d'autant plus vrai que l'on pousse au bout la logique d'intersectorialité. Comment évaluer une intervention sanitaire dans un domaine où les facteurs de risque relèvent de champs tels que l'état du logement et celui des parties communes, la surpopulation, le revenu des familles, champs au surplus complexes et intriqués ? La section IV de ce guide, consacrée à l'évaluation, aborde les approches multiméthodes et propose des pistes de réflexion. Notons ici un point particulier : les évaluations de programmes ou d'actions devraient valoriser non seulement leurs résultats spécifiques, mais aussi *a*) leur capacité à peser sur les politiques publiques et *b*) leur capacité à induire des transformations sociales. De ce point de vue, la responsabilité des financeurs est grande : trop souvent, l'importance de ces effets n'est pas considérée au sein des processus d'évaluation parce que relevant d'une logique de changement et de pérennité différente de celle de la productivité observable à court terme.

DES POLITIQUES PUBLIQUES NON SANITAIRES QUI AGISSENT FAVORABLEMENT SUR LES ISS : NIVEAU LOCAL, NIVEAU NATIONAL, ET DÉBAT PUBLIC

Bien que posée de façon différente en fonction des structures politiques de chaque pays, l'une des questions les plus complexes est celle de l'articulation entre le niveau local et le niveau national ou supranational. À ce sujet, deux constats s'imposent.

Le premier constat concerne le fait que le niveau local, qui est celui de la vie quotidienne, forme le niveau de pertinence pour l'interpellation des politiques

publiques par les acteurs de la promotion de la santé. Cette évidence, qui devient de plus en plus claire, inclut deux principes. Premièrement, les décideurs locaux, élus ou administrations déconcentrées, doivent mettre en œuvre jusqu'au bout les stratégies de décloisonnement et d'évaluation d'impact, pour qu'une logique d'intersectorialité porte ses fruits. Ainsi, dans le domaine de l'habitat, il faut non seulement que cette stratégie influe sur la définition d'une politique locale de l'habitat, donc sur la priorité vers les logements sociaux ou très sociaux qui soient adaptés aux besoins de familles très pauvres, mais aussi qu'elle aide à définir, par exemple, la proportion de ces logements qui soient de surface suffisante pour accueillir des grandes familles. On voit ainsi que le point de vue des acteurs de la promotion de la santé n'est opérationnel que s'il contribue jusqu'aux niveaux les plus fins de décision. Or, si le principe de l'intersectorialité est aujourd'hui quasi consensuel, trop souvent les logiques institutionnelles et technocratiques viennent segmenter l'intervention publique locale, renvoyant ainsi la promotion de la santé dans son seul rôle réparateur.

Deuxièmement, les acteurs locaux doivent être entendus des tutelles et des bailleurs de fonds lorsqu'ils proposent des programmes locaux dépassant le seul système de soins et de prévention, et qui prennent en compte les déterminants sociaux des inégalités de santé. Là encore, l'accord généralisé sur le principe se heurte à des blocages culturels, en particulier lorsque les protocoles de mobilisation des acteurs locaux restent implicitement fondés sur le seul modèle biomédical.

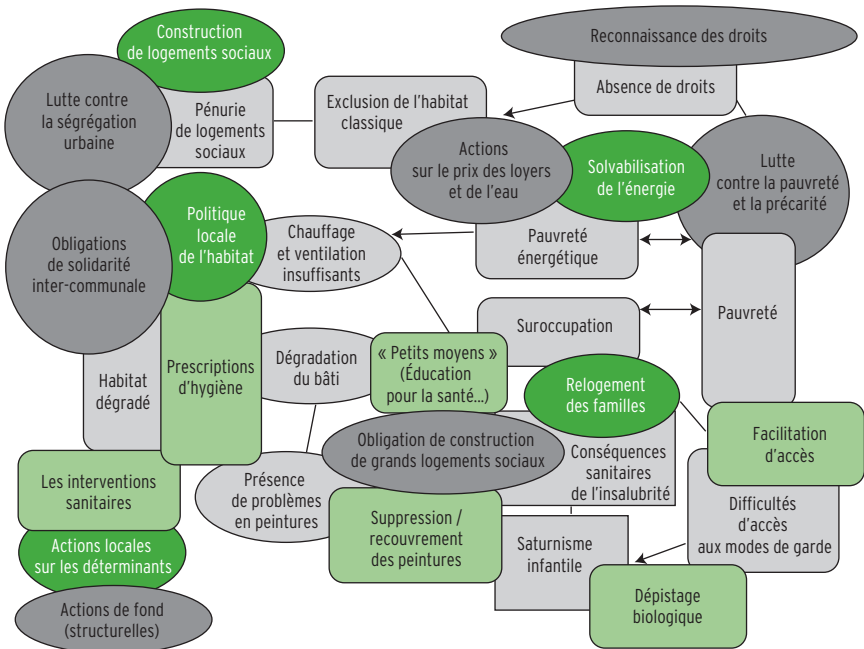
Le second constat rappelle que l'interpellation du niveau local, qui constitue un point de passage désormais obligé en promotion de la santé, va rencontrer rapidement ses limites. Notons d'abord qu'une grande partie des facteurs d'inégalités sociales de santé et des politiques publiques qui s'y attachent se déterminent au niveau national ou international. Au mieux, l'action locale ne peut que compenser certains effets des actions structurantes des décisions prises à des niveaux plus globaux comme les grandes politiques économiques et leur impact sur la pauvreté ou le travail, les politiques fiscales plus ou moins redistributives, les politiques éducatives plus ou moins égalitaires, les politiques de financement du système de soins qui vont fixer la part pesant sur les ménages.

Dans l'élaboration des réponses elles-mêmes, l'enfermement dans le localisme peut être un piège, qu'une fois encore le saturnisme illustre bien : les programmes communaux les plus déterminés associent actions réglementaires et pédagogiques pour réduire l'exposition des enfants au plomb dans leur logement ou leur bâtiment. Mais il est des cas où ces mesures ne sont que provisoires et palliatives, en l'absence de relogement, en particulier lorsque l'habitat est très dégradé ou surpeuplé. Le relogement est alors la seule solution à long terme. Or, ce relogement se heurte à la pénurie de logements sociaux et très sociaux, et à leur implantation inégalitaire : l'absence conjointe d'une solidarité régionale forte, d'une stratégie nationale de production de logements sociaux adaptés, et d'une réelle régulation de leur implantation renvoie les acteurs locaux à leur seule marge propre, laquelle semble

désormais épuisée. La **figure 3**, dans le prolongement des **figures 1 et 2**, illustre comment les actions structurelles, de fond, impliquent une mobilisation dépassant le niveau local. Cette tension entre action locale et structuration nationale se retrouverait probablement pour la majorité des déterminants sociaux de la santé. Elle expose les acteurs locaux aux risques symétriques de l'angélisme et du renoncement. Quelques principes de conduite ont fait leurs preuves, et peuvent servir de boussoles.

FIGURE 3

Introduction des « déterminants des déterminants » dans le modèle causal de la relation entre l'habitat dégradé et le saturnisme infantile



Premièrement, les acteurs locaux doivent prendre part aux débats nationaux et supranationaux sans retenue, avec la légitimité que fonde leur pratique. Ainsi, parmi les ajustements les plus significatifs de la réglementation contre le saturnisme en France, nombreux sont ceux qui résultèrent d'interventions d'acteurs de terrain. Aucun débat législatif ou politique ne devrait être considéré par les acteurs de la promotion de la santé comme indifférent à leur champ professionnel, ni comme hors d'atteinte de leur capacité d'influence ou de plaidoyer. Ce qui passe à la fois par une stratégie locale d'action dans le débat public et politique et par la mise en place d'instances régionales, nationales ou supranationales permettant la création de plateformes communes de plaidoyer.

Déjà évoquée plus haut, la deuxième piste, qui consiste dans le maintien systématique d'un espace d'expression pour les usagers, est moins simple qu'il n'y paraît. Participation des habitants et inégalités sociales liées aux déterminants sociaux de la santé ne sont pas des concepts étanches. La participation peut même aggraver le rôle des politiques publiques non sanitaires dans la construction des inégalités. Les habitants les plus démunis en effet sont souvent, en France, ceux qui sont tenus les plus éloignés du débat public et notamment du débat politique. Faire émerger leur parole dans les arbitrages, *a fortiori* lorsque ces arbitrages visent des politiques publiques nationales ou supranationales, nécessite un effort permanent de la part des professionnels de la promotion de la santé. Cet effort est facilité aussi si l'on reconnaît et mobilise la légitimité d'acteurs sociaux structurés et ayant développé de réelles compétences, tels que les parents d'élèves, les représentants syndicaux, les associations de locataires. Partir d'une analyse partagée des difficultés dans l'action locale et coélaborer sans préjugé les formes d'expression adaptées sont autant de voies potentiellement fructueuses. Mais ce travail indispensable doit éviter toute tentation de spécialisation dans les enjeux locaux. Lorsque la parole de ces catégories sociales est confinée à ces seuls enjeux, la prise en compte de leurs besoins se heurte à la réalité des politiques publiques, et cette impuissance vient généralement abonder le sentiment de relégation. On voit que ces pistes interrogent aussi le lien entre politiques publiques et élaboration politique, donc le lien entre pratique professionnelle, enjeux sociaux et démocratie.

CONCLUSION

La question des politiques publiques non sanitaires et de la capacité des acteurs locaux à peser favorablement pour que celles-ci réduisent les inégalités de santé, s'avère extrêmement stimulante. Le défi est moins de convaincre, et se convaincre, de principes généraux que de s'atteler à leur mise en pratique. Les intervenants en promotion de la santé sont, en quelque sorte, appelés à une agilité bidirectionnelle. Le premier axe est celui des interactions entre compétences techniques et intervention sur le débat politique, le second est celui des interactions entre pragmatisme et enjeux structurels. Les contextes économiques, politiques et sociaux peuvent sembler plus ou moins favorables. Les outils qui vont être décrits dans les chapitres suivants, et les principes de réflexion que nous avons proposés, incitent à penser que des champs d'action concrets restent largement ouverts.

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé (résumé). Genève : OMS, 2008 : 40 p.

En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf [dernière consultation : 2 septembre 2009].

- [2] Éditeur officiel du Québec. *Loi sur la santé publique*. 2009. En ligne : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/>

- [S_2_2/S2_2.html](#) [dernière consultation : 10 septembre 2009].
- [3] Pettersson B. Traiter les déterminants de la santé à travers les différents secteurs - gouvernance, responsabilités et outils. Journées de la Prévention 2009. 2009. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2008/Session2/05_Bosse%20PETTERSSON.pdf [dernière consultation : 2 septembre 2009].
- [4] FORs-Recherche sociale, Didier Vanoni, Julia Faure, Isabelle Benjamin. L'habitat indigne. *Les Cahiers de la Fondation Abbé Pierre*, décembre 2005. En ligne : http://www.fondation-abbé-pierre.fr/_pdf/cahier_habitat_indigne.pdf [dernière consultation : 10 septembre 2009].
- [5] Fassin D. Les lois de l'inégalité. *Mouvements*, 2004, vol. 32 : p. 83-86. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-83.htm> [dernière consultation : 10 septembre 2009].
- [6] Monteil C., Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. *Insee première*, 2005, n° 1025. En ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip1025.pdf [dernière consultation : 23 septembre 2009].
- [7] Menvielle G., Chastaing J.-F., Luce D., Leclerc A. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007, n° 55 : p. 97-105.
- [8] Montel-Dumont O., dir. Inégalités économiques, inégalités sociales [Numéro spécial]. *Cahiers français*, juillet-août 2009, n° 351.
- [9] Landais C. Les hauts revenus en France (1998-2006) : une explosion des inégalités ? [Document de travail]. Paris : École d'économie de Paris, 2007. En ligne : <http://www.jourdan.ens.fr/~clandais/documents/htrev.pdf> [dernière consultation : 24 septembre 2009].
- [10] Potvin L., Mantoura P., Ridde V. Evaluation equity in health promotion. In : MacQueen D.V., Jones C.M., dir. *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York : Springer, 2007 : p. 367-384.
- [11] Lang T., Kelly-Irving M., Delpierre C. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* (sous presse).
- [12] HIREs. *La santé dans les restructurations : approches innovantes et recommandations de principe. Rapport 2009*. Paris : ASTREE, 2009 : 138 p.
- [13] Moulin J.-J., Labbe E., Sass C., Gerbaud L. Santé et instabilité professionnelle : résultats issus des centres d'exams de santé de l'assurance maladie. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2009, n° 57 : p. 141-149.
- [14] Ambrose P. Housing standards and NHS Costs. 2003. En ligne : <http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/events/past/2003/healthyhousing/papers/ambrosepaper.pdf> [dernière consultation : 14 septembre 2009].
- [15] Davidson M. Estimating the costs for society of poor housing. *International Conference "Sustainable Urban Areas"*, Rotterdam, 2007. 2007. En ligne : http://www.enhr2007rotterdam.nl/documents/W03_paper_Davidson.pdf [dernière consultation : 15 septembre 2009].
- [16] Gould E. Childhood lead poisoning: conservative estimates of the social and economic benefits of lead hazard control. *Environmental Health Perspectives*, 2009, vol. 117, n° 7 : p. 1162-1167. En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2717145&blobtype=pdf> [dernière consultation : 15 septembre 2009].
- [17] Raynault M.-F. *Interventions de santé publique, version 3.0*. Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé (12^e JASP), Québec, 2008. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/jasp_presentations.aspx?sortcode=1.55.58.62.69 [dernière consultation : le 11 août 2009].
- [18] INSERM. Saturnisme : quelles stratégies de dépistage chez l'enfant ? *Expertise opérationnelle*. Paris, 2008 : 316 p. En ligne : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=084000455&brp_file=0000.pdf [dernière consultation le 04/04/2010].

- [19] Krieger J., Higgins D.L. Housing and health : Time again for public health action. *American Journal of Public Health*, 2002, vol 92, n° 5 : p. 758-768. En ligne : <http://www.ajph.org/cgi/reprint/92/5/758> [dernière consultation : 23 septembre 2009].
- [20] Jacobs D.E., Wilson J., Dixon S.L., Smith J., Evens A. The relationship of housing and population health: a 30-year retrospective analysis. *Environmental Health Perspectives*, 2009, vol 117, n° 4 : p. 597-604. En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2679604&blobtype=pdf> [dernière consultation : 23 septembre 2009].
- [21] Graham H. *Des stratégies nationales pour lutter contre les inégalités de santé*. Communication aux Journées de prévention, INPES, Paris, avril 2008. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2008/Session2/04_Hilary%20GRAHAM.pdf [dernière consultation : le 27 septembre 2009].
- [22] Centre collaborateur national sur les politiques publiques saines. *Note documentaire. Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (L.R.Q. chapitre L 7). Faits saillants et application de la loi*. Montréal : Centre collaborateur national sur les politiques publiques saines, 2009 : 10 p. En ligne : http://ccnpps.netedit.info/docs/Loi112_FaitsApplicationFR.pdf [dernière consultation : le 8 novembre 2009].
- [23] Collectif pour un Québec sans pauvreté. *Bilan de la quatrième année du Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Éliminer la pauvreté : il faut faire plus... et mieux* [Communiqué de presse]. Québec : Collectif pour un Québec sans pauvreté, 2008 : 2 p. En ligne <http://www.pauvrete.qc.ca/IMG/pdf/Commcompress-bilan4ans.pdf> [dernière consultation : le 9 novembre 2009].

Positionner la lutte contre les inégalités dans le débat politique : la stratégie de la Fondation Roi Baudoin

RICARDO GUTIÉRREZ

Résumé : Un peu comme en France, nombre de citoyens belges ont le sentiment que leur système de santé est l'un des « meilleurs au monde ». La Fondation Roi Baudoin, organisme indépendant, a entrepris, depuis 2006, de s'attaquer à ce mythe et pointe l'existence de fortes inégalités sociales de santé dans le royaume. Un groupe d'experts financé par la Fondation a d'abord dressé un état des lieux des inégalités et des actions mises en œuvre, puis formulé des recommandations et des priorités d'actions pour réduire ces inégalités. Puis la Fondation communique et interpelle les pouvoirs publics et la population pour que ce plan d'action soit pris en compte dans les politiques. Ce « plaidoyer » commence à porter ses fruits : entre autres premiers résultats, la réduction des inégalités est désormais inscrite dans plusieurs plans régionaux de santé publique. Parmi les autres « mythes » à briser, l'idée fort répandue selon laquelle les inégalités sociales de santé sont seulement une question d'accès aux soins. Coup de projecteur sur un exemple de lobbying pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Mots clés : plaidoyer, Belgique, débat public, communication politique, lobbying.

LES PREMIERS DE LA CLASSE ?

En décidant de travailler sur la question des inégalités en matière de santé, la Fondation Roi Baudouin (FRB) s'est attaquée à un mythe : celui du « meilleur système de santé au monde ». Car, dans leur grande majorité, les Belges – et

leurs dirigeants – sont persuadés que, dans ce domaine-là au moins, ils font figure de premiers de la classe : ils possèdent un système de santé à la fois performant, démocratique et très accessible. La seule ombre au tableau, le seul véritable sujet de débat jusqu'ici, concernait son coût : ce modèle est-il financièrement tenable dans un contexte budgétaire de plus en plus difficile ? Mais sa qualité intrinsèque, elle, paraissait indiscutable.

Cette unanimité ne favorisait guère les remises en question. Un fait peut être révélateur de cette satisfaction : la Belgique n'est associée au projet *Determine* (2007-2011), qui conjugue les acteurs publics et privés de vingt-six pays européens, que par l'intermédiaire d'un seul organisme régional, le Vigez (Institut flamand pour la promotion de la santé et la prévention des maladies). Dans la première mouture du projet *Closing the gap* (2004-2007) déjà cofinancé par la Commission européenne, les Belges étaient absents, alors que l'initiative avait mobilisé de nombreux partenaires dans pas moins de vingt États européens. La Belgique, contrairement à d'autres pays d'Europe, développe très peu d'initiatives intégrées pour combattre les inégalités dans le domaine de la santé. Or, l'inégalité sociale est pour la Fondation Roi Baudouin une préoccupation constante. C'est pourquoi elle en a d'emblée constitué une priorité d'action lorsque la Fondation a choisi de s'engager sur le terrain de la santé en 2006. Une priorité d'autant plus urgente qu'un certain nombre de signes indiquent que le bel édifice dont les Belges sont si fiers présente pour le moins quelques fissures inquiétantes. Première surprise : globalement, on peut déjà constater que les Belges sont loin d'être les champions du monde de l'espérance de vie puisque vingt-cinq pays font mieux qu'eux à cet égard [1]. Mais le plus frappant, ce sont les disparités considérables liées aux conditions socio-économiques des citoyens. Ainsi, pour ne citer que ce seul chiffre, un homme belge faiblement scolarisé peut espérer vivre en moyenne dix-huit années de moins en bonne santé que son voisin qui a un haut niveau d'études (53 ans contre 71) [2]. Que l'on prenne les statistiques de la mortalité liée à certaines causes bien précises, comme le cancer et les maladies cardiovasculaires, ou les chiffres relatifs à la mortalité infantile, tous pointent dans la même direction : les plus défavorisés sont beaucoup plus mal lotis que les autres [3]. De toute évidence, un régime de soins hyperaccessibles dans un État médicalement avancé ne garantit pas l'éradication des inégalités sociales de santé. Une intervention forte s'imposait donc : d'abord, un indispensable travail de déconstruction symbolique, préalable à une mobilisation politique et à une prise de conscience des enjeux ; ensuite, un plaidoyer en faveur des citoyens les plus vulnérables, doublé de recommandations stratégiques destinées aux décideurs. Le tout s'appuie sur une réflexion approfondie menée avec un groupe d'acteurs du secteur de la santé, sur des données fournies par une équipe scientifique et sur des efforts de communication.

La Fondation Roi Baudouin ne partait pas sans atouts dans cette aventure. Née en 1976, la Fondation est une institution indépendante et pluraliste. Elle jouit d'une autonomie totale et consacre par année plus de 40 millions d'euros à des projets qui contribuent à davantage de justice, de démocratie et de diversité dans la société.

UN CONTEXTE POLITIQUE COMPLEXE

Un bref mot du paysage institutionnel belge dans le secteur de la santé. La solidarité interpersonnelle s'organise à l'échelle fédérale, niveau où est gérée l'assurance obligatoire en matière de soins de santé et donc le remboursement partiel des frais médicaux. Dans un pays fédéralisé comme la Belgique, ce sont les communautés qui sont compétentes pour la politique de prévention, tandis que les régions financent certains investissements dans des structures de soins. Les responsabilités ont donc tendance à être diluées. Pas moins de sept ministres, alors issus de cinq formations politiques différentes, étaient actifs à trois niveaux de pouvoir distincts avec des compétences qui touchent à la santé. Ce qui ne facilite pas la mise en œuvre d'initiatives cohérentes et d'actions de grande envergure.

Cet enchevêtrement institutionnel se double d'un contexte politique particulièrement tendu. En effet, les soins de santé font l'objet de vifs débats entre les communautés linguistiques et constituent l'un des enjeux d'une future réforme de l'État. Dans un tel contexte, la moindre velléité de réforme du système de soins de santé est d'emblée sujette à caution, suspecte de privilégier tel intérêt au détriment de tel autre. Ici encore, la Fondation Roi Baudouin, institution d'utilité publique solidement implantée et reconnue de part et d'autre de la frontière linguistique, a l'avantage de pouvoir apparaître comme étant au-dessus de la mêlée. Elle a donc pris ses responsabilités et a décidé de peser en toute transparence sur le débat public, avec l'ambition d'inscrire l'idéal d'équité en santé à l'agenda politique.

DÉMARCHE D'ADVOCACY (DE « PLAIDOYER ») EN SIX ÉTAPES

Comment s'y prendre concrètement ? La Fondation a opté pour une stratégie en six étapes.

- *L'état des lieux.* Des experts universitaires se voient confier le soin de dresser un constat scientifique des inégalités de santé en Belgique. Il s'agit d'obtenir une photographie statistique, sur la base de chiffres existants, même anciens. Il fallait ensuite effectuer un relevé des projets et des expériences menés dans le pays afin de lutter contre les inégalités de santé.
- *La consultation.* Un groupe de travail pluridisciplinaire réunissant les principaux acteurs du secteur de santé est chargé de décanter l'apport scientifique. L'objectif de ce groupe est de dégager un consensus sur les mesures politiques générales et spécifiques à prendre pour répondre au constat d'inégalité.
- *L'interpellation.* La Fondation programme une première sortie médiatique (avant même la fin des travaux du groupe de travail) afin de préparer l'opinion et les décideurs politiques à appréhender cette problématique largement insoupçonnée.
- *La résolution.* Le groupe de travail s'accorde ensuite sur des recommandations politiques pour lutter contre les inégalités sociales en matière de santé.

Ces recommandations font l'objet d'un rapport qui est largement diffusé par la presse.

- *Le lobbying.* Un dialogue direct s'engage entre la Fondation, des décideurs politiques et des responsables administratifs, sensibilisés au problème grâce aux étapes précédentes de la stratégie. Ces rencontres bilatérales se veulent concrètes : « Comment appliquer nos recommandations à votre niveau de pouvoir ou de compétence ? »

- *Les partenariats.* La Fondation n'avancera pas les mains vides : elle est prête à apporter un soutien financier et logistique aux premières actions qui mettront en œuvre les recommandations du groupe de travail. Elle propose en somme un partenariat aux décideurs politiques et aux acteurs de terrain déterminés à agir. Telle était la stratégie générale qui avait été élaborée. Voyons à présent plus en détail comment s'est déroulée chacune des phases et quels en ont été les effets sur les décideurs et l'opinion.

UN GROUPE DE TRAVAIL BRISEUR DE MYTHE

- *L'état des lieux.* Le travail se base sur des constats concrets. L'équipe scientifique a recensé pas moins de soixante-quatre initiatives qui ont été prises en Belgique depuis 1995 pour lutter contre les inégalités de santé [4]. Une profusion insoupçonnée, mais dont l'efficacité reste à démontrer car l'évaluation des projets fait souvent défaut.

- *La consultation.* Le groupe de travail sur les inégalités sociales de santé s'est constitué en janvier 2007. Il rassemble seize acteurs expérimentés, représentatifs des différents secteurs concernés : les administrations et institutions publiques, les principales mutualités, des centres de recherche, des organismes de promotion de la santé, des hôpitaux, des maisons médicales. La Fondation a veillé à assurer un bon équilibre politique et linguistique ainsi qu'une complémentarité optimale entre les profils retenus.

Deux centres de recherche universitaires sont sollicités pour apporter leur expertise et alimenter les débats du groupe de travail : le Groupe de recherche de médecine générale et des soins de première ligne de l'Université de Gand (UGent) et l'École de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB). Le groupe peut aussi faire appel aux conseils de deux journalistes, un francophone et un néerlandophone. Car sur un sujet à la fois très sensible et techniquement assez ardu, il est essentiel de bien maîtriser les règles de base de la communication politique. Il faut être clair, efficace, percutant – « sexy », ira-t-on même jusqu'à dire.

Prenant un peu de hauteur, le groupe identifie quatre priorités : renforcer les initiatives locales et les soins de santé primaires ; mieux prendre en compte le contexte socioéconomique de la santé (les déterminants sociaux et environnementaux) ; intensifier la collaboration intersectorielle ; instaurer une structure de coordination au confluent des actions de terrain, de la recherche et des décisions politiques. Il s'agit d'un programme ambitieux qui comporte de nombreux défis à relever. Parfois, un certain découragement se fait sentir face à l'ampleur de la tâche, mais la participation aux débats ne faiblit guère.

SORTIES PUBLIQUES

■ *L'interpellation.* Comme elle avait prévu de le faire, la Fondation Roi Baudouin n'attend pas les conclusions définitives du groupe de travail pour secouer une première fois l'opinion, à l'approche des élections fédérales de juin 2007. Son premier communiqué de presse est extrêmement direct : « Tous les Belges ne sont pas égaux face à la santé. Et l'ampleur de ces inégalités est choquante. » La Fondation interpelle clairement les décideurs : « Depuis des décennies, des soins de santé accessibles et abordables pour tous a été le slogan de tous les gouvernements, de tous les partis politiques, de tous les groupes qui sont concernés par la gestion des soins de santé. De nombreuses mesures spéciales ont été mises en place pour les personnes à faible revenu. [...] Pourtant, notre système de soins ne parvient pas à réduire les inégalités en matière de santé. »

L'information est très largement relayée par les médias et la politique belge de la santé commence à devenir un véritable sujet de débat – non plus seulement pour la question des fameux transferts financiers d'une région à l'autre, mais aussi à propos de véritables enjeux de société. Interrogés par la presse, des experts scientifiques n'hésitent pas, en pleine campagne électorale, à lancer des critiques claires. « Électoralement, il est plus rentable de plaider pour un plan contre l'obésité que d'investir dans l'éducation à la santé et d'interdire une fois pour toutes les distributeurs de snacks et de sodas dans les écoles », ironise ainsi le professeur Michel Roland (ULB). La Fondation Roi Baudouin est passée à l'offensive et elle l'assume. Son objectif, fait-elle savoir, est clairement d'inscrire le problème des inégalités de santé à l'agenda du futur gouvernement fédéral. Il s'agit de peser sur le débat social et politique, et pas seulement en soutenant des projets de terrain.

■ *La résolution.* Nouvelle sortie six mois plus tard avec un communiqué de presse, au moment où le groupe de travail publie ses recommandations définitives [5]. Les décideurs politiques sont notamment appelés à renforcer les services de première ligne, à créer un Centre de coordination pour l'égalité en santé, à instaurer un test d'équité afin de prendre en compte, avant toute nouvelle mesure en matière de santé, son impact potentiel en termes d'inégalité.

■ *Le lobbying.* Au cours des longues négociations pour former un gouvernement, la Fondation s'est adressée à l'informateur, au formateur et futur Premier ministre ainsi qu'à divers négociateurs d'autres partis. Les ministres régionaux et communautaires ont, eux aussi, été contactés. En mars 2008, l'accord gouvernemental fédéral enfin conclu reprend, en quelques lignes, la préoccupation de mettre en œuvre un plan de lutte contre les inégalités de santé.

Les réactions entendues sur les différents éléments du rapport sont mitigées, mais aussi prometteuses. Sur l'approche intégrée prônée par la Fondation : « utopique », tranche un ministre qui reprend par ailleurs l'idée communément admise qui voudrait que les inégalités sociales de santé soient principalement dues à des problèmes d'accessibilité aux soins. L'idée de créer un Centre

de coordination pour l'égalité en santé : « inopportune », dit un ministre. « Il existe en Belgique suffisamment de centres de compétence pour tout ce qui touche à la santé pour ne pas devoir en créer un nouveau », estime-t-il.

Certains acteurs s'appuient sur les recommandations de la FRB pour maintenir la pression et élargir le débat au-delà du strict registre des soins de santé. Le ton prend parfois un mode plus militant, comme au sein de la plateforme d'action Santé et Solidarité, fondée par les deux grands syndicats et mutuelles et par diverses organisations non gouvernementales. L'organisation entend célébrer les trente ans de la déclaration d'Alma Ata et relaie en partie les recommandations du groupe de travail de la Fondation. De son côté, la FRB multiplie les contacts bilatéraux avec les décideurs politiques, mutuellistes, administratifs en vue de diffuser les conclusions du groupe de travail et d'inciter les interlocuteurs rencontrés à agir, à leur niveau de compétence. Le message commence à passer.

■ *Les partenariats.* En Flandre, l'autorité régionale se montre disposée à appuyer politiquement et financièrement les recommandations de la Fondation, pour autant qu'elles se traduisent par des actions concrètes. Du côté francophone, il faut d'abord surmonter les réticences initiales. L'idée de s'engager dans des politiques ciblées de lutte contre les inégalités de santé fait craindre à certains d'affaiblir la solidarité universelle. Mais tant à la Communauté française qu'à la Région wallonne on finit par accepter le principe d'initiatives ciblées en faveur des populations défavorisées qui présentent davantage de risques. Fin août 2008, la communauté française publie son *Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé pour les années 2008 et 2009* [6]. Le document renvoie, dans son introduction, aux recommandations de la Fondation Roi Baudouin. Il met l'accent sur la nécessité de réduire les inégalités devant la santé « en s'appuyant sur les stratégies de promotion de la santé : participation communautaire, action sur le milieu de vie, développement des aptitudes personnelles et sociales. Il convient, dès lors, que les programmes de promotion de la santé tiennent compte des publics vulnérables ».

LE CHOIX PRAGMATIQUE D'UN SUIVI CONCRET

La Fondation, qui a défendu une approche holistique, transversale et intersectorielle, fait le choix du pragmatisme. En effet, c'est à l'échelon local, voire régional, que l'on peut le mieux développer une politique réunissant l'ensemble des secteurs et des acteurs pertinents, et travailler en même temps sur les différents déterminants sociaux de la santé. À défaut de centre de coordination fédéral, trois organisations régionales acceptent de relever le défi.

Des experts-relais au sein d'organismes régionaux, cofinancés pendant trois ans par la Fondation Roi Baudouin, veilleront à soutenir et à évaluer des projets locaux menés en Wallonie, en Flandre et à Bruxelles. Pour la Fondation, il est impératif d'ancrer institutionnellement cette fonction de coordination et d'appui aux stratégies d'action locale dès le départ. L'objectif est de lui assurer une reconnaissance des décideurs et des acteurs, dans une perspective de long

terme. À noter que l'un des trois partenaires régionaux avec qui la Fondation a négocié, l'Observatoire wallon de la santé, n'est créé qu'un peu plus tard par décision du gouvernement wallon. Les résultats sont encourageants puisque la lutte contre les inégalités sociales face à la santé est l'un de quatre objectifs clés de l'Observatoire. Le défi est alors de l'opérationnaliser le plus rapidement possible dans une institution qui démarre, avec les avantages et les inconvénients de l'intégration d'une nouvelle fonction au démarrage d'un organe qui doit lui-même trouver sa place dans le paysage institutionnel. Par ailleurs, pour contribuer à une traduction sur le terrain des données, des méthodes et bonnes pratiques que les experts-relais mettront à disposition des acteurs concernés, la Fondation s'engage aussi à financer, d'ici à 2011, une série d'initiatives locales visant à réduire les inégalités sociales de santé.

QUATRE ENSEIGNEMENTS

Le bilan définitif de l'engagement de la Fondation Roi Beaudoin ne pourra être dressé que dans quelques années. Pour l'heure, la Fondation tire quatre enseignements de la démarche qu'elle a initiée.

- Il est difficile de traduire des recommandations globales en propositions d'actions susceptibles de capter l'attention et l'intérêt des décideurs politiques. Face au défi de la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé, la multiplicité des niveaux de pouvoir, l'éparpillement des compétences et l'exigence d'agir dans la durée constituent autant de freins à l'action politique. Les quelques éléments concrets enregistrés dans le prolongement des recommandations de la Fondation ont exigé un lobbying intensif.
- Il est difficile de convaincre les décideurs d'agir sans disposer préalablement de chiffres récents et incontestables et de garanties de résultats (à l'instar de l'*evidence-based medicine*), surtout à l'heure d'envisager des actions innovantes.
- Il est nécessaire de faire preuve de persévérance et de souplesse pour conduire un dossier de cet ordre, dans un contexte politique et institutionnel complexe, et surtout en période de tensions occasionnées par des campagnes électorales, des négociations pour la formation du gouvernement fédéral et des discussions institutionnelles permanentes entre partis et entre entités fédérées.
- Il est nécessaire de ne pas en rester à la publication d'un rapport mais d'opérer un travail en continu, en accompagnant la mise en œuvre de concrétisations, pour rendre permanent le constat que la question des inégalités sociales de santé va bien au-delà des problèmes d'accès aux soins. Une évidence qui ne va pas de soi, même pour des acteurs très impliqués dans les questions de justice sociale.

C'est en ayant à l'esprit ces quatre leçons tirées de sa démarche que la Fondation Roi Baudouin maintient le cap. Fin 2011, les expériences locales pérennisées auront peut-être convaincu davantage de décideurs de se mobiliser à leur tour. Il n'aura alors fallu que cinq courtes années pour venir à bout du mythe tenace du meilleur système de santé du monde.

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé. *Travailler ensemble pour la santé : le rapport sur la santé dans le monde 2006*. Genève : OMS, 243 p.
En ligne : http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf [dernière consultation le 04/04/2010].
- [2] Bossuyt N., Van Oyen H. *Espérance de vie en bonne santé selon le statut socioéconomique en Belgique*. Bruxelles : Institut scientifique de santé publique, Service d'épidémiologie, 2000 : 92 p. En ligne : http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/inegalfr/socineq_fr.pdf [dernière consultation le 04/04/2010].
- [3] Gisle L., Buziarsist J., Van der Heyden J., Demarest S., Miermans P.J., Sartor F., et al. *Enquête de santé par interview, Belgique, 2001*. Bruxelles : Institut scientifique de santé publique. Service d'épidémiologie, IPH/EPI Reports Nr. 2002-22, 2002. En ligne : <http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/table01.htm> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [4] Maulet N., Roland M., De Maeseneer J., Van de Geuchte I., Willems S. *Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socioéconomiques de santé Belgique 1995-2006*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 2007. En ligne sur le site de la Fondation Roi Baudouin : <http://www.kbs-frb.be/publication.aspx?id=224054&LangType=2060> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [5] Fondation Roi Baudouin. *Inégalités en santé - Recommandations politiques. Recommandations du groupe de travail « Inégalités en santé » de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique*. Bruxelles : 20 p. En ligne : <http://www.kbs-frb.be/publication.aspx?id=218564&LangType=2060> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [6] Ministère de la Communauté française. *Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé pour les années 2008 et 2009*. Bruxelles : Ministère de la Communauté française, 2009 : p. 6. En ligne : <http://www.sante.cfwb.be/publications-et-periodiques/promotionsante-prevention/> [dernière consultation le 04/04/2010].

L'évaluation d'impact sur la santé : un outil de lutte contre les inégalités

LOUISE SAINT-PIERRE, LYNE JOBIN ET CAROLINE DRUET

Résumé : Comment sensibiliser les décideurs sur les effets inattendus de leurs décisions sur la santé et les inégalités ? Pratique innovante, l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) le permet et se développe progressivement à partir de pays pionniers : Royaume-Uni, Suisse, Nouvelle-Zélande, Québec, et sous la pression de l'OMS. Toutes les politiques et décisions ayant une influence sur les déterminants sociaux de santé sont concernées : transport, logement, développement durable, etc. Au Québec, un article de la Loi sur la santé publique (2001) accorde au ministre de la Santé le pouvoir de mesurer en amont, et au moyen de l'EIS, l'impact de toute nouvelle législation sur la santé. Depuis 2003, 180 dossiers ont ainsi été transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour évaluation et avis. Ce qui a permis de modifier certaines lois avant leur mise en œuvre. À titre d'exemple, une clause d'impact sur le revenu des personnes défavorisées a été incluse dans la législation contre la pauvreté et l'exclusion. L'EIS peut donc amener les décideurs à modifier leurs projets pour prendre en compte les effets potentiels inégalitaires concernant certaines populations.

Mots clés : Évaluation d'impact sur la santé (EIS), politique publique favorable à la santé, collaboration intersectorielle, Québec.

INTRODUCTION

Ce chapitre vise à illustrer l'utilité de la pratique de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) fondée sur le modèle social de la santé et la collaboration intersectorielle dans la lutte aux inégalités. Cette forme de pratique de l'EIS, qui vise la sensibilisation accrue des décideurs de politiques non sanitaires sur

les effets inattendus de leurs décisions sur la santé et les inégalités, amène les acteurs de santé publique à utiliser des pratiques novatrices. L'EIS est l'une de ces pratiques.

UNE PRATIQUE QUI CONNAÎT UNE POPULARITÉ CROISSANTE À TRAVERS LE MONDE

L'EIS appliquée aux politiques publiques est un courant de pratique qui connaît une popularité croissante à travers le monde, particulièrement depuis le milieu des années 1990. Elle s'appuie sur les succès obtenus dans le domaine de la protection de l'environnement où l'évaluation des effets potentiels sur l'environnement physique et humain est maintenant menée de façon statutaire dans la plupart des pays industrialisés, de telle sorte qu'aujourd'hui la préoccupation à l'égard des impacts environnementaux des grands projets de développement est largement intégrée dans les processus de gestion de la plupart des gouvernements. Le nouveau courant de pratique de l'EIS, qui s'est distingué de la pratique de l'évaluation environnementale, s'inspire des principes de la promotion de la santé et, de ce fait, accorde une importance primordiale à l'équité ; celle-ci étant une de ses valeurs fondamentales. Les autres valeurs qui fondent cette pratique sont la démocratie, le développement durable et l'utilisation éthique des informations scientifiques [1]. L'EIS, telle que définie au sein de la promotion de la santé, consiste à « juger des effets potentiels d'une politique, programme ou projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population [2] ».

L'objectif principal de l'EIS est de contribuer au processus de prise de décision en informant les décideurs sur les effets potentiels et insoupçonnés d'une proposition de politique sur la santé de la population et sur la production des inégalités. L'EIS est utilisée afin de favoriser le développement de politiques favorables à la santé, c'est-à-dire pour mettre de la santé dans les politiques élaborées dans tous les secteurs qui affectent les déterminants socioéconomiques de la santé et ce, à tous les paliers de la décision gouvernementale. Elle est donc d'abord envisagée pour des politiques et des projets dont la santé n'est pas le but premier, telles par exemple les politiques relatives au transport, au logement ou au développement urbain. La philosophie sous-jacente à la pratique de l'EIS en soutien au processus de décision considère que la démarche, qui encadre l'étude des effets potentiels sur les inégalités, devrait idéalement être menée en collaboration avec les décideurs. La démarche EIS devient ainsi une occasion propice aux partages des connaissances et à la sensibilisation des décideurs envers les déterminants socioéconomiques de la santé et envers leurs responsabilités à cet égard. Vue sous cet angle, l'EIS est conceptualisée comme une entreprise de collaboration interactive entre les promoteurs de la santé et les décideurs politiques, entreprise dans laquelle l'influence s'actualise par la sensibilisation aux déterminants sociaux de la santé et par une prise de conscience nouvelle [3]. L'utilité de la démarche EIS à cet égard a d'ailleurs été démontrée internationalement [4].

PLACE PRÉPONDÉRANTE POUR LES DÉTERMINANTS

La préoccupation à l'égard des inégalités sociales de santé est inhérente à la pratique de l'EIS fondée sur les principes de la promotion de la santé. Depuis le premier guide de pratique élaboré en Angleterre en 1998 [5] et qui a inspiré les nombreux autres qui ont suivi, le modèle des déterminants de la santé proposé par Dahlgren et Whitehead (voir section I, Guichard et Potvin) constitue la référence de base. En s'appuyant ainsi sur un modèle social de la santé, l'EIS accorde une place prépondérante aux déterminants socioéconomiques de la santé et amène ses utilisateurs à considérer les effets différenciés d'une politique selon les groupes de la population. Certains guides et outils d'analyse ont d'ailleurs été développés pour tenir compte de cette particularité de façon plus spécifique. Ils sont conçus pour aider les praticiens à identifier les éléments d'un projet qui peuvent induire des effets négatifs sur les inégalités sociales de santé et à estimer leur importance [6]. S'appuyant encore une fois sur les principes de la promotion de la santé, la participation des collectivités concernées par la politique est aussi encouragée. Lorsque cette étape est bien menée, il est possible de faire intervenir, dans le processus de développement d'une politique, le point de vue des représentants des groupes qui habituellement ont moins la chance de s'exprimer sur les effets d'une décision gouvernementale [7].

UNE DÉMARCHE STRUCTURÉE EN CINQ ÉTAPES

Une des forces de la pratique EIS est qu'elle est encadrée par une démarche standardisée qui permet de structurer l'action et de formaliser les préoccupations envers les inégalités. La démarche standard, en cinq étapes et reconnue internationalement, est fournie à titre de guide. La plupart des pays (par exemple, l'Angleterre, le Pays de Galles, la Nouvelle-Zélande et la Suisse pour n'en nommer que quelques-uns) et des organisations comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Union européenne, qui ont adopté l'EIS comme pratique pour développer des politiques publiques favorables à la santé, ont adapté cette démarche standard à leur réalité. Aujourd'hui, il est possible de trouver sur Internet une grande quantité de ressources sous forme de guides, outils qui facilitent l'analyse, les formations en ligne [8].

Les étapes classiques de l'EIS sont : le dépistage, le cadrage, l'analyse, les recommandations, et l'évaluation de la démarche.

Le dépistage ou filtrage

Cette étape permet de déterminer si une proposition (projet ou politique) doit faire l'objet d'une évaluation ou non et, si oui, sur quels aspects. Plusieurs grilles d'analyse ont été développées pour soutenir les responsables de la proposition ou les responsables de la démarche EIS à prendre ces décisions. Ces grilles permettent généralement aux praticiens de se questionner sur les déterminants de la santé qui peuvent être touchés et sur les groupes de

population qui pourraient être les plus affectés par le changement, tout en tentant d'apprécier l'ampleur des effets escomptés.

Le cadrage ou la délimitation

Cette étape constitue la phase de la planification de l'analyse. Elle vise à identifier le type d'informations et de ressources requises ainsi que leur disponibilité et ce, en fonction de l'échéancier à l'intérieur duquel la démarche doit produire une information utile à la prise de décision. Cette étape se fait idéalement par un comité incluant les promoteurs de la proposition ou du projet. L'utilisation d'un modèle logique permettant de faire ressortir les mécanismes de causalité entre les éléments constitutifs de la politique et les déterminants de la santé est ici d'une grande utilité. C'est aussi l'étape où les modalités de participation des représentants de groupes vulnérables sont examinées.

L'analyse de l'impact

C'est à cette étape que se fait l'évaluation proprement dite. L'étape de la délimitation permet de faire un choix entre une évaluation rapide ou une évaluation plus complète. Lorsque le temps le permet et que les ressources sont disponibles, il est recommandé de combiner deux démarches de collecte d'informations qui sont nécessaires à l'appréciation des effets potentiels : une revue de la littérature scientifique existante et une démarche consultative. Cette dernière ne vise pas tant à connaître le degré d'acceptation dans la communauté d'une proposition de politique, mais vise plutôt à recueillir le point de vue des personnes qui seront touchées par la politique concernant les effets anticipés sur leur santé. Cela peut se faire par des consultations *ad hoc*, la tenue de groupes de discussion ou autres techniques participatives, selon le temps imparti pour mener l'étude et les ressources disponibles.

Les recommandations et l'ajustement

Cette étape est celle où les résultats de l'analyse sont communiqués de façon explicite aux décideurs et où des recommandations peuvent être formulées afin d'éviter les effets négatifs anticipés ou de maximiser les effets positifs. Elle peut prendre plusieurs formes selon le contexte dans lequel s'est déroulée l'étude d'impact. Lorsque cette dernière a été effectuée par des experts externes, mandatés par le responsable de la proposition ou par une autorité de santé publique, cette étape est concrétisée par un rapport officiel. Lorsque les décideurs font partie de la démarche EIS, les ajustements à la proposition peuvent être faits au fur et à mesure du déroulement de l'étude. Dans tous les cas, une bonne connaissance du contexte de prise de décision et des intérêts multiples en jeu est primordiale.

L'évaluation de la démarche

Cette dernière étape est recommandée afin de pouvoir revenir sur les difficultés rencontrées pour chacune des étapes antérieures et en tirer des leçons pour les évaluations subséquentes, ce qui assure un processus d'amélioration continue. Aussi est-il utile de savoir dans quelle mesure la démarche a influencé l'élaboration de la proposition. Ici, deux types d'effets peuvent être considérés : un effet direct, lorsque l'EIS a contribué à une modification de la proposition de départ dans le sens proposé par le rapport et un effet indirect lorsque les résultats de l'EIS ont été pris en compte de façon significative par les décideurs, même si ceux-ci n'ont pas apporté de modifications immédiates à leur proposition de départ. Les effets indirects ne sont pas à négliger, car ils contribuent à opérer des changements importants et fondamentaux dans la façon dont les décideurs conçoivent les déterminants de la santé et les inégalités ainsi que leur rôle et responsabilité à leur égard.

DES ILLUSTRATIONS CONCRÈTES À PARTIR D'EXEMPLES QUÉBÉCOIS

L'institutionnalisation de l'EIS au palier central

Un cadre légal qui traduit l'objectif de réduction des inégalités de santé

Au Québec, la Loi sur la santé publique (LSP), adoptée en 2001, a pour objet la protection de la santé et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population. Au-delà de cet objectif général, la LSP requiert du ministre de la Santé et des Services sociaux qu'il cible les actions les plus efficaces pour réduire les inégalités de santé et de bien-être affectant les groupes les plus vulnérables de la population [9]. Cette préoccupation pour les inégalités de santé fait écho à la politique de la santé et du bien-être de 1992 qui, déjà, proposait des stratégies d'amélioration de la santé orientées sur les conditions de vie et privilégiant l'action auprès des groupes vulnérables cumulant plusieurs facteurs de risque [10].

L'article 54 de cette même loi constitue un levier majeur pour l'élaboration et l'adoption de politiques favorables à la santé. Cet article marque la volonté du gouvernement d'institutionnaliser l'EIS de façon à tenir compte des effets potentiels des projets de loi et de règlement sur la santé et le bien-être de la population ainsi que la distribution de ces effets à l'intérieur de la population.

En vigueur depuis juin 2002, cet article stipule que « Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. »

L'inclusion de cet article de loi vient de la volonté des autorités de santé publique de donner à chacune des quatre fonctions essentielles de santé publique (la promotion de la santé, la prévention des maladies, la surveillance, et la protection), une place dans la loi modernisée. Les démarches entourant la nécessité de donner un ancrage légal à la promotion de la santé, conçue comme étant l'action sur les déterminants larges de la santé, ont mené à la nécessité de considérer, de façon systématique, les répercussions des politiques publiques de l'ensemble de l'appareil gouvernemental. Cette mesure a été celle qui a suscité le plus de débats au cours du processus de négociation au sein du gouvernement mais, au final, la loi a été adoptée à l'unanimité par les parlementaires, résultat du leadership des autorités de santé publique qui ont su transmettre l'importance d'agir sur les conditions qui créent la santé.

Le premier alinéa de l'article 54 campe le rôle du ministre de la Santé et des Services sociaux au sein du gouvernement en matière de promotion de la santé et de politiques favorables à la santé. Le ministre s'y voit confirmer sa fonction de conseiller et conférer un pouvoir d'initiative qu'il peut exercer en donnant des avis à ses collègues de tous les secteurs d'intervention. Quant au second alinéa, il crée une obligation, pour les ministères et organismes gouvernementaux, de consulter le ministre lorsqu'ils élaborent des lois et des règlements susceptibles d'avoir un effet significatif sur la santé de la population. Ici, le ministre a pour mandat d'éclairer le gouvernement et de soutenir les ministères et les organismes gouvernementaux dans leur nouvelle responsabilité de tenir compte des effets possibles de leurs projets sur la santé et du bien-être.

Dans les faits, l'article 54 ouvre de nouvelles perspectives concrètes pour la promotion et le développement de politiques saines en renforçant la collaboration intersectorielle au sein du gouvernement. Il favorise la concertation entre le milieu de la santé et les autres secteurs d'activité en vue d'harmoniser les actions gouvernementales autour des facteurs qui influencent positivement les déterminants de la santé, tant individuels que sociaux [11].

L'EIS comme une des stratégies d'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique

Avant l'entrée en vigueur de l'article 54, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confie à un groupe de travail le mandat d'élaborer une stratégie d'application efficace. Ce groupe s'intéresse particulièrement aux travaux sur l'évaluation environnementale stratégique réalisés au Québec par le ministère de l'Environnement ainsi qu'à l'expérimentation de l'EIS menée en Colombie britannique sous l'égide du ministère de la Santé. Il s'appuie également sur les différentes expériences européennes en matière d'EIS.

Ces travaux révèlent que l'implantation d'un mécanisme d'EIS au sein de l'appareil gouvernemental dépend de plusieurs facteurs. La volonté politique affirmée d'appuyer cette implantation, l'implication continue du MSSS dans le processus ainsi que la production de documents de soutien adaptés aux besoins des utilisateurs comptent parmi les conditions de succès. La démarche doit aussi s'accompagner d'un transfert des connaissances aux ministères et

aux organismes publics. Enfin, une évaluation menée plus en amont dans le processus d'élaboration des politiques facilite l'atténuation des effets négatifs et la maximisation des effets positifs sur la santé de la population.

Sur la base de cette réflexion, le MSSS élabore une stratégie d'application qui comprend deux grands volets. Le premier est l'implantation d'un mécanisme intragouvernemental d'EIS permettant aux ministères et aux organismes gouvernementaux d'évaluer au préalable les effets possibles sur la santé et le bien-être de la population des différentes mesures qu'ils projettent. Le second volet consiste dans le développement et le transfert des connaissances par la mise en place d'un programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé.

De façon très concrète, le MSSS met tout d'abord en place un réseau de répondants ministériels chargés de soutenir l'implantation de l'EIS dans leur organisation respective. En collaboration avec ce réseau, un guide pratique pour l'évaluation d'impact sur la santé est élaboré et mis à la disposition des ministères et des organismes publics [12].

Dans une perspective d'équité en santé, ce guide spécifie clairement qu'au cours de l'EIS une attention particulière doit être accordée à certains groupes plus vulnérables susceptibles d'être touchés par les mesures évaluées. La vulnérabilité est définie selon différents critères tels que l'âge, les caractéristiques physiques, l'orientation sexuelle, l'ethnie et les conditions socioéconomiques. Une liste non exhaustive illustre les différents groupes vulnérables qui devraient être au cœur des préoccupations des ministères et des organismes promoteurs de projets : les enfants, les personnes âgées, les personnes en situation de pauvreté, les personnes marginalisées, les immigrants ou encore les personnes ayant un handicap physique ou mental. De plus, si des effets significatifs sont décelés à l'étape du dépistage, le guide précise que le MSSS et les ressources de son réseau doivent être associés aux étapes d'évaluation suivantes afin d'apporter l'expertise et le soutien technique nécessaires à la réalisation d'une EIS rigoureuse.

Le bilan des cinq premières années de l'application de l'article 54 de la Loi de la santé publique atteste que l'EIS est de mieux en mieux implantée au gouvernement. Depuis 2003, plus de 180 demandes d'avis sur différents projets ont été soumises au MSSS. Ces demandes proviennent principalement de quatre ministères : le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et le ministère des Affaires municipales et des Régions (MAMR). Un nombre croissant de demandes d'avis sont transmises au MSSS assez tôt dans le processus d'élaboration des politiques, permettant ainsi de suggérer des modifications constructives avant leur adoption et leur mise en œuvre. Enfin, bien que l'article 54 vise spécifiquement les lois et les règlements, le MSSS reçoit pour avis d'autres types de projets comme des stratégies, des plans d'action, des demandes de financement, etc.

Comme la pauvreté et les inégalités sociales constituent des déterminants majeurs de la santé de la population, la collaboration étroite entre le MSSS et

le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale apparaît alors primordiale. Le MSSS a notamment été impliqué dans l'élaboration de la loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Sur la base de son expérience, il a ainsi contribué à l'inclusion d'une clause d'impact sur le revenu des personnes et des familles en situation de pauvreté [13]. Enfin, le MSSS a été associé à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du *plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale* [14].

Le renforcement de l'EIS au Québec dans une perspective d'équité

Avec l'article 54 de la Loi sur la santé publique, le Québec s'est doté d'un levier législatif qui légitime les actions destinées à soutenir les politiques favorables à la santé et à l'équité. Le Québec est d'ailleurs l'un des seuls gouvernements à avoir institutionnalisé l'EIS au palier central.

Cependant, cet encadrement légal ne saurait suffire pour garantir le succès de l'implantation de la pratique de l'EIS dans les ministères et les organismes publics. Cinq ans après son élaboration, la stratégie d'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique est encore très pertinente. Toutefois, un nouvel essor devra être donné aux activités de soutien offertes aux partenaires gouvernementaux afin de consolider les acquis du Québec dans ce domaine. À cet effet, le MSSS entend renforcer l'accompagnement qu'il propose à ses partenaires pour favoriser le changement des pratiques gouvernementales. Il souhaite également instaurer une veille stratégique de manière à repérer les enjeux intersectoriels et agir au début du processus décisionnel.

L'engagement du gouvernement en faveur de politiques saines, combiné aux efforts continus de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, devrait ultimement contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé dans la population québécoise.

L'EIS au palier local, un exemple

Contrairement au palier central du gouvernement, l'EIS n'est pas pratiquée de façon systématique au palier local. Toutefois, un projet pilote, mené en 2007-2008 par une agence régionale de santé publique en collaboration avec des décideurs du palier municipal, offre une illustration intéressante du potentiel de l'EIS pour éclairer les décideurs de ce palier concernant les effets possibles de leurs décisions sur les inégalités sociales de santé relativement à des projets et à des politiques qui n'émanent pas du secteur de la santé.

Depuis 2002, les autorités locales de santé et de services sociaux au Québec ont une responsabilité clairement énoncée d'établir des ponts avec les autres secteurs de la société afin d'agir sur les déterminants de la santé de la population. C'est dans ce contexte relativement nouveau qu'un projet pilote a été mené, mobilisant une direction régionale de santé publique, le Centre local de santé et des services sociaux et une municipalité régionale de comté dans une des dix-huit régions socio-sanitaires que compte la province du Québec.

D'une préoccupation environnementale à une préoccupation envers les ISS ; le pouvoir de l'EIS comme outil de sensibilisation

Un des projets proposés par le milieu municipal pour soumettre à une démarche EIS dans le cadre d'un projet pilote a été le développement d'une usine de compostage à partir des déchets domestiques. Ce projet, qui s'inscrit dans un plan plus large de gestion des matières résiduelles, vise à valoriser les déchets domestiques en les transformant en un compost utilisable, et ce, par un procédé utilisant un bioréacteur. Ce processus de compostage à partir des déchets domestiques étant nouveau, il soulevait chez les élus locaux des inquiétudes concernant ses effets sur la santé de la population. Les autorités de la municipalité régionale de comté, promoteurs de ce projet, comptaient donc sur le soutien du secteur de la santé publique et de l'apport de l'EIS pour les éclairer sur ce sujet.

Cet exemple a été choisi car il illustre le potentiel de la démarche EIS pour accompagner des décideurs préoccupés d'abord par la santé physique de leur population vers une prise de conscience des effets inattendus de leurs décisions sur les inégalités sociales de santé. La démarche, entreprise par le secteur de la santé publique conjointement avec les responsables municipaux, a en effet permis à la fois de répondre au besoin exprimé initialement par les décideurs, c'est-à-dire une analyse d'impact environnemental, et d'effectuer un examen des effets potentiels sur les inégalités de santé. Ceci a été possible grâce à l'utilisation du modèle social de la santé inhérent à l'EIS qui met l'accent sur les déterminants socioéconomiques de la santé, et à l'approche de collaboration intersectorielle utilisée. La brève description de l'application de la démarche standard qui suit illustre ce fait. Le **tableau I** synthétise la démarche.

L'étape du dépistage a été réalisée en utilisant une grille des déterminants élaborée à partir des outils proposés par l'OMS, la Suisse et le MSSS. La revue des différents éléments du projet à la lumière des déterminants physiques, sociaux et économiques de la santé, et à laquelle ont pris part les autorités municipales, a fait ressortir la nécessité d'examiner de plus près les éléments relatifs à la qualité de vie des citoyens vivant à proximité de la future usine, notamment en ce qui a trait au bruit, à l'odeur et à la circulation de camions, et sur les conséquences pour les différents sous-groupes de la population. Les retombées potentiellement négatives du projet concernant l'accès au logement ont retenu l'attention, compte tenu de l'augmentation anticipée des taxes municipales pour couvrir les coûts de cette nouvelle infrastructure.

En relation avec la probabilité que cette augmentation affecte le prix des loyers, le cadrage a permis d'identifier les informations nécessaires et les méthodes requises pour les obtenir et ainsi être en mesure de statuer sur cette éventualité et de son effet sur l'accessibilité à un loyer décent des personnes désavantagées économiquement. L'analyse a donc nécessité le recueil de données portant sur le nombre de personnes locataires et sur d'autres aspects du marché locatif. Une revue de littérature a également permis d'obtenir les informations permettant de mettre en relation ces informations avec la santé des personnes. Ainsi, le rapport a mis en lumière le fait que 33 % de la population locataire de la ville principale de ce comté consacre déjà plus

TABLEAU I**Synthèse de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) appliquée au projet de tri-compostage au Québec**

Étapes de la démarche	Description
Dépistage ou filtrage	Constitution d'un comité de pilotage composé de deux personnes (le préfet et la directrice générale) en autorité de la municipalité régionale de comté (au Québec, regroupement administratif de municipalités rurales), d'une professionnelle de la Direction régionale de santé publique et d'une professionnelle du Centre local de santé et de services sociaux, en plus de la personne responsable du soutien à l'ensemble de la démarche EIS. À noter que les deux professionnelles de santé publique n'étaient pas des spécialistes de l'environnement mais plutôt du développement des communautés en santé. La grille de dépistage consistait en une liste de déterminants de la santé (63 répartis dans neuf catégories) qui permettait aux membres du comité de s'interroger sur la façon dont les différents éléments du projet pouvaient avoir un effet sur la santé de sous-groupes de la population.
Le cadrage	Pour cette étape, le comité de pilotage a fait appel à deux professionnels possédant des informations techniques sur le projet. Les informations à recueillir et la méthode de collecte et de la planification des activités en vertu de l'échéancier lié au projet pilote (six mois) ont été validés par le comité au cours d'une rencontre formelle.
L'analyse	Le travail d'analyse a surtout été le fait de la responsable du soutien à la démarche EIS. La méthode de collecte d'information a consisté en des entrevues auprès d'experts de santé publique (en santé environnementale et en santé sociale). Une revue brève de la littérature scientifique, la consultation de sites Internet spécialisés et la consultation des bases de données administratives des instances de santé publique et de la municipalité ont complété les entrevues.
Les recommandations	Le rapport présentait par écrit les principaux constats qui avaient été partagés tout au long de la démarche avec le milieu municipal. Le rapport faisait état des liens entre différents éléments du projet et ses effets potentiels sur la santé tant positifs (par exemple augmentation du nombre d'emplois) que négatifs.
L'évaluation de démarche	Une rencontre d'évaluation a permis aux membres du comité de pilotage de revenir sur la démarche d'ensemble et d'échanger sur les difficultés et les acquis ainsi que sur les améliorations à apporter pour la tenue d'une prochaine activité EIS.

de 30 % de ses revenus au logement. Dans la littérature, cet indicateur est jugé comme étant un seuil au-delà duquel des compressions sur les biens essentiels, comme la nourriture, peuvent survenir au sein des ménages. Une augmentation substantielle des taxes pourrait donc avoir un effet négatif plus grand sur le groupe des personnes qui sont locataires, parmi lesquelles se trouvent les plus démunies socioéconomiquement. L'évaluation du processus menée à la fin du projet avec les autorités municipales qui ont participé à la démarche a permis de faire ressortir les difficultés encourues et les gains obtenus par la démarche EIS. Du côté positif, les décideurs ont mentionné que l'EIS méritait d'être mieux connue car elle supporte l'action intersectorielle et elle permet de prendre en considération des éléments du projet qui n'avaient pas fait l'objet d'attention au point de départ. L'accès au logement, par exemple, ne figurait pas sur la liste initiale des déterminants identifiés par les décideurs. Comme le soulignait un des membres du milieu municipal lors de l'évaluation du projet pilote, « l'EIS a le potentiel de générer (au sein des municipalités) un automatisme de penser santé », ce qui constitue la base des politiques publiques favorables à la santé.

Au terme de ce projet, il a donc été constaté qu'en profitant d'une occasion de collaboration avec le milieu municipal et en utilisant une démarche structurée

et fondée sur un modèle social de la santé, il est possible pour les acteurs de santé publique de s'insérer dans le processus de développement d'un projet municipal et d'amener les décideurs à considérer les effets potentiels de leurs décisions sur certains sous-groupes de population de leur territoire. Cette sensibilisation a été facilitée par l'utilisation d'une approche d'accompagnement, ainsi que par le respect mutuel des rôles et des responsabilités de chacune des parties. Ainsi, le milieu municipal a dû faire preuve de flexibilité pour intégrer dans son agenda un nombre accru de rencontres de façon à s'impliquer dans la démarche EIS. Il dut aussi faire preuve d'ouverture d'esprit dans l'utilisation d'outils, telles les grilles de dépistage et de cadrage, élaborés à partir de concepts avec lesquels les personnes de ce milieu sont moins familières. Le milieu de la santé publique a dû, quant à lui, faire preuve de compréhension devant les attentes et les enjeux multiples et nouveaux liés aux réalités politiques du milieu municipal. Tout comme pour l'application de la démarche EIS au palier central du gouvernement, le rôle principal des acteurs de santé publique a été de repérer et de canaliser les informations existantes, mais surtout de les adapter au contexte spécifique et de les produire au moment opportun pour la prise de décision. De ce fait, cette forme d'EIS accorde autant d'importance au développement d'une compréhension commune des enjeux de santé populationnelle et de la décision de politique qu'à la production de données probantes.

La prise en compte des inégalités sociales de santé dans les politiques s'appuie sur des valeurs de société ainsi que sur une bonne compréhension de ses déterminants. Une démarche basée sur les rencontres et les échanges continus entre le secteur de la santé publique et celui de la prise de décision de politique, telle que le propose cette forme d'EIS, favorise le développement de ces conditions et confère à l'EIS un potentiel intéressant comme outil d'action pour agir sur les politiques afin qu'elles réduisent les inégalités sociales de santé.

Pour en savoir plus

Harris-Roxas B., Simpson S. et Harris E. *Equity Focused Health Impact Assessment: a literature review*, Sydney : Centre for Health Equity Training Research and Evaluation (CHETRE) on behalf of the Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA). 2004.

[http://www.hiaconnect.edu.au/files/Harris-Roxas_B_\(2004\)_Equity_Focused_HIA.pdf](http://www.hiaconnect.edu.au/files/Harris-Roxas_B_(2004)_Equity_Focused_HIA.pdf)

Taylor L., Gowman N., Quigley R. *Addressing inequalities through health impact assessment*. NHS Health Development Agency. Learning from practice bulletin. 2003.

http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/hia_address_inequalities.pdf

Bibliographie

[1] *The Gothenburg Consensus paper. Health Impact Assessment : main concepts and suggested approach*. Bruxelles : WHO European Centre for Health Policy, 1999 : 11 p.

[2] Centre collaborateur *Villes-Santé* & Association internationale Santé et Développement durable. *Étude d'impact sur la santé : principaux concepts et méthode proposée* [Traduction française du Consensus de Göteborg]. Genève : OMS, 2005. En ligne : <http://www.euro.who.int/>

- [document/pae/gothenburgpaperf.pdf](#) [dernière consultation le 04/04/2010].
- [3] Bekker M. *The politics of healthy policies. Redesigning health Impact Assessment to integrate health in public policy*. Amsterdam : Eburon, 2007 : 239 p.
- [4] Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J., dir. *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 : 291 p.
- [5] Merseyside Health Impact Assessment Steering Group. *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*. Merseyside Health Impact Assessment Steering Group. Liverpool : Merseyside Health Impact Assessment Steering Group, 1998 : 16 p.
- [6] Voir par exemple : Mahoney M., Simpson S., Harris E., Aldrich R., Stewart Williams J. *Equity-Focused Health Impact Assessment Framework*. Australian Collaboration for Health Impact Assessment (ACHEIA), 2004 : 39 p. En ligne : http://www.hiaconnect.edu.au/files/EFHIA_Framework.pdf [dernière consultation le 04/04/2010].
Et
Welsh Health Impact Assessment Support Unit. *Improving Health and Reducing Inequalities. A practical guide to health impact assessment*. Cardiff : Welsh Health Impact Assessment Support Unit, 2004 : 33 p. En ligne : <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/568/ImprovingHealthReducingInequalitiesEng.pdf> [dernière consultation le 04/04/2010]
- [7] Mahoney M., Potter J., Marsh R. Participation in HIA: Discords in Teleology and Terminology. *Critical Public Health*, septembre 2007, vol. 17, n° 3 : p. 229-241.
- [8] Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. *L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) : répertoire des guides et outils*. Québec : INSPQ, 2008 : 20 p. En ligne : <http://www.ccnpps.ca/docs/%C3%89ISGuidesOutilsFr2008A.pdf> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [9] Gouvernement du Québec (Canada). *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chap. S-2.2*, art. 1 et 8. Éditeur officiel du Québec, 1^{er} décembre 2008.
- [10] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : MSSS, 1998 : 192 p. En ligne : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf
- [11] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *À la frontière des responsabilités des ministères et organismes publics : l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique. Bilan et perspectives*. Québec : MSSS, 2008 : 70 p.
- [12] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide pratique : évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlement au Québec*. Québec : MSSS, 2006 : 27 p.
- [13] Gouvernement du Québec (Canada). *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, L.R.Q., chap. L-7*, art. 20. Éditeur officiel du Québec, 1^{er} décembre 2008.
- [14] Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille. *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Québec : Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 2004 : 79 p.

Évaluation d'impact sur la santé pour réduire les inégalités : l'exemple de Genève

JEAN SIMOS

Résumé : Dans le cadre de son adhésion au réseau Villes-Santé de l'OMS-Europe, la ville de Genève (Suisse) a intégré une nouvelle priorité de lutte contre les inégalités de santé dans ses politiques urbanistiques, sanitaires et sociales. Conformément aux recommandations de l'OMS, des évaluations d'impact sur la santé (EIS) sont menées autant que faire se peut avant qu'un chantier ou une décision soit mis en œuvre. Trois évaluations sont présentées ici : sur l'interdiction de fumer dans les cafés/restaurants ; sur le dispositif de promotion du vélo électrique qui prévoit notamment un soutien financier à l'achat pour les moins favorisés. Et enfin sur la construction d'un nouveau quartier, pensé afin de ne pas creuser les inégalités, avec notamment une mixité sociale, une voirie adaptée aux personnes à mobilité réduite, des équipements sociaux et sanitaires de proximité.

Mots clés : Évaluation d'impact sur la santé, programme *Villes-Santé*, politique anti-tabac, aménagement, transport urbain.

INTRODUCTION

Avec cet exemple, nous souhaitons explorer le potentiel réel des évaluations d'impact sur la santé (EIS) en tant qu'outil efficace pour lutter contre les inégalités sociales de santé (ISS). En cela, rappelons que, par leur définition même, les EIS sont orientées vers la prise en compte des inégalités sociales de santé, puisqu'elles se préoccupent de la distribution des impacts sur la santé au sein

d'une population et de l'impact particulier sur certains groupes spécifiques de cette population.

La question des ISS est explicitement devenue à Genève un sujet de préoccupation et un objet de la politique cantonale de la santé pour la première fois en 1998. C'est à cette date qu'a été élaboré le premier programme structuré de promotion de la santé, intitulé *Planification sanitaire qualitative 1999-2002*. Ce programme définissait quatre priorités thématiques (les maladies transmissibles, les accidents et handicaps, les cancers et la santé mentale), deux axes transversaux (qualité de vie, ISS), ainsi que l'ébauche d'un système d'information sanitaire [1]. Un rapport sectoriel intitulé « Les inégalités sociales de santé : du constat à l'action » a été produit en 2002 concernant l'axe transversal des ISS. On y trouvait un état des lieux des connaissances scientifiques en la matière, une revue critique des politiques développées et des interventions menées dans d'autres pays et des propositions de pistes d'action en vue de réduire les ISS à Genève. Même si ces pistes n'ont pas vraiment été intégralement suivies par les décideurs politiques, ce rapport a grandement contribué à sensibiliser les acteurs politiques et technico-administratifs à la problématique des ISS.

Pratiquement, au même moment était décidée la candidature genevoise pour la phase III du programme *Villes-Santé* du bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS-Europe). Cette option a également contribué aussi bien à introduire les EIS à Genève qu'à faire de la question de la réduction des ISS une priorité sanitaire locale.

LE CADRE OFFERT PAR LE PROGRAMME EUROPÉEN VILLES-SANTÉ OMS

Le programme *Villes-Santé* de l'OMS-Europe, né dans le sillage de la chartre d'Ottawa sur la promotion de la santé, est un programme international à long terme qui vise à faire figurer la santé en bonne place parmi les préoccupations des décideurs en Europe. La mise sur pied de mécanismes pour initier des nouvelles politiques intersectorielles favorables à la santé se trouve au centre du concept *Villes-Santé*. C'est le seul programme de l'OMS dont les interlocuteurs sont les autorités locales et non les gouvernements nationaux. Il est structuré en phases d'une durée de cinq ans. En première position parmi les trois objectifs prioritaires assignés aux collectivités locales – membres du réseau européen *Villes-Santé* pour la phase III (1998-2002), figurait donc la réduction des ISS. Dans les exigences posées pour accepter la candidature d'une ville, il était demandé [2] :

« Les mesures visant à lutter contre les inégalités en matière de santé constituent une priorité toute particulière pour la phase III du réseau (et elles sont donc visées dans plusieurs des conditions relatives à cette phase). La ville doit montrer son adhésion au principe d'une plus grande équité en matière de santé. [...] Dans la demande d'admission, il convient de présenter une analyse des inégalités actuelles en matière de santé

dans la ville et de définir les méthodes que celle-ci a l'intention d'utiliser au cours de la phase III pour remédier à ces inégalités. [...] Chaque ville membre du programme doit être bien consciente des inégalités en matière de santé qui existent entre les différents groupes de sa population et entre les quartiers. »

Ainsi, dans les programmes de prévention et de promotion de la santé qui, dès 2003, ont pris le relais de la planification sanitaire qualitative, la volonté d'empoigner la question des ISS a donné naissance ou fortement influencé plusieurs des actions mises en œuvre dont par exemple : alimentation saine et équilibrée pour les migrants et les travailleurs pauvres, parentalité des jeunes toxicomanes, accessibilité urbaine pour les personnes à mobilité réduite, réduction de l'exposition au bruit pour les jeunes issus des groupes défavorisés. Toutefois, c'est la phase suivante – la phase IV (2003-2008) – qui a consolidé la prise de conscience que les ISS doivent faire partie intégrante de toute politique moderne de la santé. Cela s'est fait par la demande de l'OMS-Europe de mettre en place les évaluations d'impact sur la santé (EIS), une des quatre priorités de la nouvelle phase, les autres trois étant : vieillir en bonne santé, urbanisme favorable à la santé et promotion de l'activité physique. En effet, comme le montre le chapitre précédent dans cet ouvrage de Saint-Pierre, Jobin et Druet, l'EIS comporte une dimension constitutive qui se réfère aux ISS de par sa définition et de par ses principes [3]. Enfin, la phase V du programme européen *Villes-Santé* de l'OMS (2009-2013) s'est fixé comme but principal la lutte contre les ISS, toutes les autres priorités devant s'orienter en conséquence.

L'EIS COMME OUTIL DE PROMOTION DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ

Certes, l'EIS est un outil d'évaluation de politiques publiques, mais elle est aussi un outil de promotion de politiques publiques favorables à la santé dans la mesure où elle fait introduire les questions de santé dans d'autres politiques sectorielles. En ce sens, sa légitimité par rapport aux acteurs des secteurs non sanitaires est clairement renforcée si elle dispose d'une base légale. C'est cette option qui a été privilégiée à Genève. Après quelques modifications apportées pendant le processus législatif, un article de la loi cantonale sur la santé votée par le Parlement local le 7 avril 2006 prévoit :

« Si un projet législatif est susceptible d'engendrer des conséquences négatives sur la santé, le Conseil d'État (*NB : il s'agit du nom donné au gouvernement cantonal dans le système fédéraliste suisse ; les conseillers d'État sont directement élus par le peuple*) peut décider de l'accompagner d'une évaluation de son impact potentiel sur la santé. »

La loi est en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2006. Durant les trois premières années de sa mise en vigueur, quelques EIS ont été menées à Genève, en colla-

boration aussi avec Equiterre, une organisation non gouvernementale active dans le domaine du développement durable. Elles avaient plutôt un caractère expérimental, avec pour objectif de tester les performances et la pertinence de l'outil sur des objets divers quant à leur nature et leur thématique. Il était question, en premier lieu, d'acquérir des compétences et de consolider la légitimité de l'unité administrative en charge de la conduite des EIS.

Avant de présenter des cas concrets de l'exemple genevois, il faut clairement dire que ce n'est pas la préoccupation de la lutte contre les ISS qui a amené les autorités politico-administratives genevoises à adopter les EIS. Nous avons évoqué, ci-dessus, trois points d'accès à notre problématique : la question des ISS *per se*, le cadre du programme *Villes-Santé* de l'OMS et la loi sanitaire genevoise introduisant les EIS. La première, qui offrait un accès direct, pour diverses raisons que nous ne pouvons analyser ici, s'est révélée être une impasse. C'est donc par les voies détournées des deux autres points d'accès, reliés dans une dynamique commune les renforçant mutuellement, que la question des ISS a pu être abordée. Bien que les EIS que nous avons réalisées à Genève ne se focalisaient pas explicitement sur la dimension ISS, cette dernière ne pouvait être omise sans dénaturer l'outil lui-même. Ainsi, en lisant ci-après les quelques illustrations qui montrent comment la mise en œuvre des EIS à Genève a permis de prendre en compte les possibilités de réduction des ISS à travers différentes politiques publiques, il est important de garder à l'esprit qu'il s'agit là d'un impact secondaire positif du contexte créé par le programme *Villes-Santé* de l'OMS et par la loi sur la santé et non du résultat d'une politique délibérée de lutte contre les ISS. Néanmoins, cette analyse *ex-post* renversant la perspective du départ nous permet d'atteindre notre objectif d'exploration du potentiel des EIS dans les conditions réelles à aider à la lutte contre les ISS.

QUELQUES ILLUSTRATIONS DE L'EXEMPLE GENEVOIS

Cas d'une politique intersectorielle de santé publique : l'interdiction de fumer dans les cafés-restaurants

L'EIS sur le projet de loi d'interdiction de fumer dans les cafés-restaurants fut la première d'envergure menée à Genève [4]. Elle a aussi profité de la collaboration du réseau Villes-Santé de l'OMS-Europe, puisque la ville anglaise de Brighton & Hove, qui avait mené une évaluation similaire quelques mois auparavant, a fourni certains éléments qu'il n'y avait plus besoin de produire à nouveau comme ce fut le cas pour une synthèse de la littérature internationale sur les effets du tabagisme passif. La distribution des impacts potentiels dans la population, qui caractérise la dimension ISS dans la définition des EIS, mettait clairement en évidence la problématique du personnel travaillant dans les bars et autres cafés-restaurants.

En effet, les personnes travaillant dans le secteur de l'hôtellerie-restauration courent un risque de développer des maladies liées à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) plus élevé que celui des personnes travaillant dans

d'autres domaines. Certaines études [5] ont estimé des taux de cotinine de douze à seize fois supérieurs chez le personnel non fumeur du secteur de l'hôtellerie-restauration par rapport à d'autres travailleurs non fumeurs. Pour rappel, la cotinine est une substance résultant de la métabolisation de la nicotine par le corps, se retrouvant dans le sang et les urines. Sa permanence dans le sang est de quarante-huit à quatre-vingt seize heures et elle est considérée comme étant le meilleur marqueur biologique de l'exposition des non-fumeurs à la FTE. Une étude californienne fréquemment citée [6] a examiné la santé respiratoire de 53 employés de bar avant et après l'introduction de la loi anti-tabac. Le temps d'exposition à la FTE dont font état les personnes interrogées est passé de vingt-huit à deux heures par semaine. Le nombre de personnes se plaignant d'irritations respiratoires et des yeux a aussi diminué.

Il convient de souligner que l'introduction de mesures restrictives incomplètes, se combinant à des différences dans la durée et l'intensité de l'exposition, peut aboutir à des inégalités importantes entre différents groupes de travailleurs [7]. Parmi les travailleurs du secteur de l'hôtellerie-restauration, les employés des restaurants sont moins exposés que ceux des bars et des night-clubs [8]. Une récente étude irlandaise [9], comparant l'état de santé des employés de bar non fumeurs avant et après l'introduction de la loi bannissant la fumée, a mis en évidence une diminution de 80 % du taux de cotinine dans le sang. Ces valeurs sont concordantes avec les appréciations subjectives faites par les travailleurs quant à leur niveau d'exposition.

Les estimations faites sur la base des données disponibles en matière de mortalité donnaient pour Genève un rapport d'au moins un décès pour 100 000 personnes actives. En considérant les standards utilisés en matière de santé au travail, on pouvait affirmer que le niveau de risque toléré pour l'exposition au tabagisme passif était supérieur à celui admis pour d'autres substances. De même, en matière de morbidité, les estimations pour Genève indiquaient environ soixante-quinze cas de maladies dues au tabagisme sur le lieu de travail pour 100 000 personnes actives, correspondant à des coûts directs et indirects sur la santé supérieurs à 3 millions de francs suisses, CHF (environ 2 millions d'euros) par année qui représente la borne inférieure de la fourchette d'estimation.

La protection des travailleurs non fumeurs est inscrite dans une ordonnance (NB : dans le système suisse, l'ordonnance est un règlement d'application d'une loi fédérale, équivalent au décret ministériel français) relative à la Loi sur le travail : « L'employeur doit veiller, dans le cadre des possibilités d'exploitation, à ce que les travailleurs non fumeurs ne soient pas incommodés par la fumée d'autres personnes. » La directive du secrétariat d'État à l'économie précise les modalités de mise en œuvre de cet article. Elle indique que le fait d'être incommodé procède uniquement d'une appréciation subjective des personnes concernées. Partant, le principe général retenu est celui d'une cohabitation entre fumeurs et non-fumeurs par le biais de mesures d'aménagement comme des espaces séparés et des systèmes de ventilation et de filtrage. L'interdiction de fumer n'est préconisée qu'en dernier recours, au cas où aucune autre solution satisfaisante ne pourrait être mise en œuvre. Elle doit être introduite à la demande

spécifique des travailleurs non fumeurs. Dans un contexte conjoncturel – mais aussi structurel pour ce secteur d'activités – d'insécurité d'emploi, on imagine aisément la fragilité de la protection des travailleurs du secteur de l'hôtellerie-restauration. Ce qui est confirmé par leurs revendications : l'organisation des collaborateurs de l'hôtellerie et de la restauration, Hôtel et Gastro Union, a réalisé en 2005 un sondage auprès de ses membres. Parmi les répondants, 78,5 % se sont déclarés favorables à une interdiction de fumer dans les bars et les restaurants. Ce chiffre tranchait avec un autre sondage réalisé par GastroSuisse, l'organisation faîtière des employeurs du secteur, qui prétendait que les employés étaient majoritairement opposés à une telle interdiction. Une enquête plus étendue menée auprès de la population genevoise en 2005 montrait que les deux tiers de l'échantillon étaient en faveur d'un bannissement de la fumée dans les cafés-restaurants, parmi lesquels le quart justifiait sa réponse « pour protéger la santé des travailleurs ».

Finalement, de tous les arguments de santé publique en faveur de l'interdiction, le seul qui a été accepté par les opposants était celui de la protection de la santé du personnel des établissements concernés. Aussi bien le président des cafetiers-restaurateurs genevois, qui était membre du groupe d'accompagnement de cette EIS, que les autres opposants s'exprimant dans les débats publics et aux médias ont concédé que ce point représentait un véritable problème qui devait absolument être traité. L'EIS a ainsi mis en évidence et focalisé l'attention des décideurs et des simples citoyens sur cette inégalité sociale de santé qui a joué un rôle important dans la conclusion de cette affaire : lors de la votation populaire du 24 février 2008, le souverain a accepté cette interdiction de fumer par plus de 79 % des votants [10].

Cas d'une politique des transports et de l'environnement : la promotion des vélos à assistance électrique (VAE)

Cette EIS rapide a été réalisée sur un avant-projet de promotion du vélo à assistance électrique (VAE) soutenu par l'association Transports et Environnement [11]. L'analyse des impacts a porté sur la sécurité (accidents et traumatismes) et sur les impacts physiologiques, mentaux, environnementaux (consommation énergétique, qualité de l'air, bruit, déchets à cause de la batterie), et socioéconomiques. Parmi ces derniers, on retrouvait l'impact sur le système de santé (coûts sanitaires) et ceux sur les ISS.

Lorsqu'une action est globalement positive pour la santé, ce que tendaient à montrer les évaluations des autres impacts de la promotion du vélo à assistance électrique comme moyen de transport, lutter contre les ISS signifie veiller à une répartition équitable des effets sur les populations touchées. Autrement dit, il faut s'assurer que les groupes les plus vulnérables en bénéficient en priorité et que, de cette manière, les inégalités de santé entre groupes de populations soient réduites.

Le prix d'un VAE se situe, selon les modèles, dans une fourchette de 2 000 à 6 000 CHF (entre 1 300 et 4 000 euros). Le prix de la batterie, qui doit être

changée à des échéances régulières, se situe entre 600 et 900 CHF (entre 400 et 600 euros). Un tel investissement se révèle important en soi et pèse proportionnellement plus pour des individus ou des ménages à faible revenu que pour des individus ou des ménages à haut revenu. Il faut également considérer l'achat par rapport aux stratégies de mobilité en relation avec le revenu. L'acquisition d'un VAE en remplacement d'un scooter pour des individus ou des ménages qui, en parallèle, disposent d'une voiture, est relativement indépendante du niveau de revenu. Par contre, lorsque cette même acquisition est imaginée en remplacement du seul autre moyen de locomotion, elle demeure praticable pour les individus, mais pourrait être rédhibitoire, en particulier pour les ménages nombreux à faible revenu, dont les besoins de mobilité peuvent nécessiter un moyen de locomotion avec une plus grande capacité.

Par rapport à la problématique du coût, le projet *E-Tour (European Twowheelers on Urban Roads)* a souligné que ce facteur représente l'un des principaux obstacles à l'acquisition de véhicules électriques, qu'ils soient des voitures, des scooters ou des vélos. Ce projet, qui a concerné sept villes européennes et deux îles (en Italie et en Grèce), avait pour objectif d'évaluer et de promouvoir les avantages de véhicules électriques à deux roues en tant que moyen conséquent pour contribuer à une mobilité durable dans les zones urbaines [12]. Vu l'usage qui en est fait et les distances parcourues, le prix d'un VAE est à comparer avec celui d'un scooter plutôt qu'avec celui d'un vélo traditionnel. Ainsi, toute promotion des VAE doit demeurer attentive à la répartition inégale des effets positifs sur la santé des individus, qui pourrait résulter d'une difficulté économique à accéder au support même de l'activité physique. Cette explicitation des enjeux permet de souligner que la promotion des VAE ne constitue pas une action élitiste, mais bien au contraire vise à faire profiter des couches de la population qui en auraient difficilement les moyens.

Par conséquent, l'EIS a recommandé à l'autorité sanitaire de proposer aux instances fédérales et cantonales concernées de prévoir un mécanisme d'encouragement financier public qui soit proportionnel aux possibilités financières des individus, afin de permettre à tout un chacun de s'initier à la pratique du VAE. Un tel programme devrait faire l'objet d'une communication élargie à l'ensemble de la population.

À la suite de cette EIS rapide, l'association Transport et Environnement s'est lancée à fond dans la promotion du VAE, forte des appréciations positives apportées par l'évaluation d'impact et attentive à la question des ISS et des effets pervers potentiels – question à laquelle elle n'aurait pas été sensibilisée en l'absence de l'EIS. Plus concrètement, l'association Transport et Environnement Genève a commencé par mettre sur pied un programme de prêt de VAE, ce qui lui valut un succès populaire et le prix de la Bourse cantonale du développement durable en 2007. Ensuite, en partenariat avec Pro Vélo (une association de cyclistes) et la Banque alternative suisse, elle a créé un fonds d'encouragement pour une mobilité écologique. Grâce à un prêt du fonds d'innovation de la Banque alternative suisse, il est proposé de prêter aux personnes à bas revenus la somme nécessaire à l'acquisition d'un VAE.

Cette somme est remboursable sur trois ans au taux annuel très avantageux de 2,5 %. En outre, des rabais sur le prix d'achat d'un VAE sont possibles auprès des vendeurs partenaires.

Cas d'une politique d'aménagement du territoire : le périmètre d'aménagement coordonné MICA (Mon Idée - Communaux d'Ambilly)

Le canton de Genève connaît, depuis quelques années, un accroissement de sa population de l'ordre de 5 000 nouveaux habitants chaque année. Une des conséquences de cette croissance démographique est la pénurie en logements dans le canton. Le taux de vacance est de 0,15. En vue de répondre à cette crise du logement, le plan directeur cantonal 2001-2015 identifia les secteurs de Mon Idée, de Grands Prés et des communaux d'Ambilly comme l'une des réserves pour une extension urbaine aux abords de l'agglomération. La modification du régime de zone met en œuvre des mesures de densification de zones urbaines et une extension en zone agricole.

Ces trois secteurs proches de la frontière avec la France représentent une surface d'environ 60 hectares et devraient permettre la construction de quelque 4 000 logements et l'accueil d'environ 9 000 habitants. Le site MICA est inscrit dans un périmètre d'aménagement coordonné, dont le premier objectif affiché est de « satisfaire aux conditions du développement durable ». Ces périmètres sont des espaces porteurs d'enjeux de première importance, significatifs pour l'ensemble du canton. Ils ont pour but de garantir l'organisation cohérente des espaces stratégiques pour le développement de l'agglomération et d'assurer la concertation avec les communes et la population.

Dans une optique de mise en œuvre du concept de développement territorial durable, une EIS fut appliquée au projet d'aménagement MICA, conjointement à l'évaluation environnementale stratégique (EES) [13, 14]. La phase de cadrage de ces deux évaluations identifia quatre domaines (voir ci-après) où il fallait se focaliser pour l'analyse plus détaillée, avec un accent particulier sur les besoins spécifiques des groupes de la population les plus vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, enfants en bas âge, populations précarisées). Selon le principe de minorité, ce qui est favorable à ces groupes vulnérables en termes d'aménagement l'est aussi, dans la plupart des cas, pour le reste de la population.

Transports et déplacements

L'objectif était de favoriser la mobilité douce dans le périmètre MICA, notamment pour les personnes à mobilité réduite. Il a fallu s'assurer auprès des architectes-urbanistes qu'ils aient bien pris en compte – et qu'ils vont continuer à le faire pour les phases postérieures du projet – les éléments nécessaires à la sécurité des déplacements pour les personnes à mobilité réduite : sécurisation des croisements des itinéraires piétons avec le mail central et avec les axes à fort trafic, largeur et abaissement des trottoirs, revêtement du sol, bancs de repos, éclairage, etc.

Mixité

L'objectif était de promouvoir la mixité fonctionnelle et sociale dans les usages du sol ainsi que la décentralisation concentrée de l'habitat et des activités. L'EIS a permis de mettre en exergue la nécessité de s'assurer de la planification de logements facilement accessibles pour les personnes âgées et les personnes handicapées, ainsi que de celle de l'intégration dans le périmètre d'aménagement d'activités complémentaires au logement (commerces, activités de professions libérales, activités sociales). Ajoutons ici que, conformément à la loi genevoise, un tiers des futurs logements sera réservé au secteur subventionné et donc aux couches de population moins favorisées.

Équipements locaux

L'objectif était d'adapter l'offre des équipements de quartier à l'évolution des besoins des futurs habitants de MICA et de faciliter l'accès à ces équipements. La planification d'équipements de proximité à caractère social et sanitaire a donc été intégrée. Des propositions de localisation des équipements dans l'avant-projet en fonction de leur accessibilité ont été faites.

Espaces publics

L'objectif était de privilégier l'émergence d'espaces publics extérieurs de proximité et généreux pour des activités de détente, de loisirs, d'échanges et de rencontres. L'adaptabilité (par exemple la présence de bancs publics) et la sécurité des espaces extérieurs (y compris l'éclairage) constituent des enjeux importants, notamment pour les personnes âgées et les enfants. Une variante de la route principale reliant le nouveau quartier au réseau cantonal, et qui empiétait sur le parc de l'hôpital psychiatrique tout proche, a pu être écartée au bénéfice d'une autre variante.

Dans ce projet d'aménagement, l'enjeu spécifique des ISS est explicitement et directement relié avec la question de la mixité sociale. Toutefois, il concerne surtout la nature et le positionnement du projet et, ainsi, il traverse finalement l'ensemble des domaines. En effet, la question fondamentale est de savoir comment créer un nouveau quartier qui soit conçu de manière à être favorable à la santé de ses habitants et à l'environnement sans que cela devienne ou soit perçu comme un ghetto de riches. C'est la raison principale pour laquelle le terme de éco-quartier a été récusé, ce terme ayant la connotation d'un produit haut de gamme réservé à une élite qui a les moyens de payer plus cher le respect d'exigences plus strictes ou à une minorité militante prête à en faire un sacrifice financier conséquent, un peu comme les produits bio du marché. Pour éviter justement de creuser davantage les ISS et pour rendre accessibles à tous les principaux avantages du concept d'éco-quartier, une approche plus souple a été privilégiée. Elle poursuit les mêmes objectifs de haute qualité environnementale et sanitaire, mais elle s'appuie pour cela sur la valeur ajoutée apportée par des instruments comme les EES et les EIS, dans une démarche non discriminatoire.

Bibliographie

Les rapports complets des EIS présentées dans la dernière section (références numéros 4, 11 et 13) ainsi que d'autres EIS réalisées à Genève et en Suisse peuvent être consultés et téléchargés sur le site Internet de la plate-forme suisse EIS - www.impactsante.ch

- [1] Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève. *Planification sanitaire qualitative : bilan 1999-2002 et perspectives*. Genève : Direction générale de la santé, 2003.
- [2] Bureau régional de l'Europe, Centre pour la santé urbaine. *Programme Villes-Santé de l'OMS, Phase III : 1998-2002 ; Conditions à remplir par les villes et processus d'admission*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé, 1997.
- [3] World Health Organisation. *Health Impact Assessment : from theory to practice*. Report on the Leo Kaprio Workshop (1999). Göteborg : Nordic school of Public Health, 2000.
- [4] Cantoreggi N., Diallo T., Simos J. *Évaluation d'impact sur la santé : tabagisme passif - Rapport final*. Genève : Direction générale de la santé et Equiterre, 2006.
- [5] Jarvis M.J. *Quantitative survey of exposure to other people's smoke in London bar staff*. Londres : SmokeFree, 2001.
- [6] Eisner M.D., Smith A.K., Blanc P.D., *Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns*. JAMA, 1998, n° 280 : p. 1909-1914.
- [7] Howard G., Wagenknecht L.E., Burke G.L., Diez-Roux A., Evans G.W., McGovern P., *et al. Cigarette smoking and progression of atherosclerosis: the Atherosclerosis Risk in Communities study*. JAMA, 1998, n° 279 : p. 119-124.
- [8] Johnsson T., Tuomi T., Hyvärinen M., Svinhufvud J., Rothberg M., Reijula K. Occupational exposure of non-smoking restaurant personnel to environmental tobacco smoke in Finland. *American Journal of Industrial Medicine*, 2003, vol. 43, n° 5 : p. 523-531.
- [9] Allwright S., Paul G., Greiner B., Mullally B. J., Pursell L., Kelly A., *et al.* Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *BMJ*, 17 octobre 2005, Vol. 331, n° 7525 : p. 1117.
- [10] Simos J., Cantoreggi N. Les EIS à Genève et l'utilisation de leurs résultats dans le processus législatif : l'exemple de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. *Télescope*, printemps-été 2008. En ligne : http://www.enap.ca/OBSERVATOIRE/docs/Telescope/Volumes12-15/Telv14n2_simos_al.pdf [dernière consultation le 04/04/2010].
- [11] Cantoreggi N., Diallo T., Simos J. *Évaluation d'impact sur la santé : promotion du vélo à assistance électrique - Rapport final*. Genève : Direction générale de la santé et Equiterre, 2006.
- [12] European Commission. *E-Tour: electric two-wheelers on urban roads*. Final report. Rotterdam : European Commission, 2003 : 56 p. En ligne : <http://etecmc10.vub.ac.be/publications/etourfinal.pdf> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [13] Litzistorf N., Diallo T., Simos J. *Évaluation d'impact sur la santé PAC MICA : Rapport final - présentation de la démarche et évaluation/bilan du processus et des résultats*. Genève : Direction générale de la santé et Equiterre, 2006.
- [14] Simos J., Arrizabalaga P. Utiliser les synergies entre évaluation environnementale stratégique (EES) et évaluation d'impact sur la santé (EIS) pour promouvoir la prise en compte de l'environnement et de la santé dans les processus décisionnels publics. *Social & Preventive Medicine*, 2006, n° 51 : p. 1-4.

Cancers professionnels en Seine-Saint-Denis : une recherche-action pour réduire les inégalités

ANNIE THÉBAUD MONY, MICHÈLE VINCENTI DELMAS

Résumé : Dans le département de Seine-Saint-Denis, un programme de recherche-action sur les cancers d'origine professionnelle, porté par le conseil général, est à l'œuvre depuis plus de dix ans. Ce programme a la particularité d'associer tous les acteurs en dépassant les clivages politiques. Chercheurs, professionnels de la santé et de la prévention, collectivités territoriales et locales, services déconcentrés de l'État coopèrent, et toutes les institutions impliquées cofinancent cette action. Les patients atteints de cancers sont interrogés sur leur environnement professionnel. Sept cents l'ont été depuis six ans, ce qui a permis d'établir un lien très fort entre les cancers et les expositions en milieu professionnel, les ouvriers étant tout particulièrement touchés. Ce département est le plus atteint en France pour la mortalité prématurée par cancer. Comme le soulignent les chercheurs, l'ampleur des inégalités sociales de santé est fortement liée à l'impact des conditions de travail sur la santé. Ce programme s'articule autour de trois volets : amélioration des connaissances, amélioration de la reconnaissance et de l'indemnisation des victimes de cancer professionnel et enfin prévention. Il a mis au jour la sous-estimation des polyexpositions, le déficit majeur d'information, en particulier des salariés les plus précaires qui sont souvent les plus exposés aux substances cancérigènes. Cette recherche-action a permis d'améliorer la déclaration, la reconnaissance, la prise en charge et l'indemnisation de nombre de patients. Mais le plus dur reste à faire, qui va bien au-delà de cette initiative : développer une prévention en milieu de travail pour réduire les inégalités à la source, prévention qui passe par une non-exposition.

Mots clés : recherche action, cancers professionnels, prévention, mortalité, action intersectorielle.

INTRODUCTION

Il est rare qu'une collectivité locale s'engage dans le soutien à une recherche-action qui concerne les inégalités sociales de santé (ISS). Il est plus rare encore que cette recherche-action puisse donner lieu ensuite à des développements concrets. C'est ce qui s'est passé en Seine-Saint-Denis autour des cancers professionnels. Il faut noter que ce programme a été initié par une période d'observation et de construction de la problématisation de la question par plusieurs acteurs d'origines et d'institutions différentes du champ de la santé publique et de la santé au travail. Les principaux constats de ce travail préliminaire se déclinaient comme suit :

- Il existe une importante sous-déclaration et sous-reconnaissance des cancers d'origine professionnelle.
- La surmortalité par cancer est forte, significative et durable, notamment dans la population masculine, avec une surmortalité prématurée importante.
- Il existe une forte corrélation entre les caractéristiques sociodémographiques des territoires et la mortalité par cancer ; on note une surmortalité pour les territoires avec un pourcentage important de population d'origine ouvrière et pour les territoires marqués par des nuisances majeures liées à une histoire industrielle.

Ces constats, partagés entre institutions publiques, acteurs scientifiques et professionnels de santé, ont fait émerger la volonté de construire un programme de recherche-action sur les cancers d'origine professionnelle pour lutter contre leur invisibilité. En empêchant la visibilité des cancers professionnels, les obstacles à leur reconnaissance en limitent également la connaissance et la prévention.

Cet article vise à décrire les étapes d'une alliance qui s'est construite entre décideurs politiques, chercheurs, acteurs sociaux pour réaliser ce programme de recherche-action. Cette alliance conduit à l'intervention sur l'un des déterminants majeurs des ISS : les conditions de travail. On s'efforcera de repenser chacune de ces étapes à la lumière des résultats obtenus.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ DANS LE DOMAINE DU CANCER : LA CONSTRUCTION PROGRESSIVE D'UNE PRÉOCCUPATION PARTAGÉE (1988-1998)

La Seine-Saint-Denis est un territoire de 1,3 million d'habitants, géré à la fois par l'État par le biais d'une préfecture et par le conseil général qui est une assemblée départementale. Le conseil général est dirigé par un exécutif élu, et ses missions sont définies par différents textes législatifs dont notamment les deux grandes lois de décentralisation de 1983 et de 2004. Ces textes prévoient également la possibilité pour les collectivités territoriales de développer des actions d'intérêt général non encadrées par les compétences légales à l'échelle

du territoire départemental. La première loi de décentralisation de 1983 confère au département une responsabilité en matière sanitaire dans ce qui est appelé la lutte contre les fléaux sociaux et qui comprend, entre autres, le dépistage et le suivi des cancers. S'emparant de cette compétence au sens large, le conseil général de Seine-Saint-Denis choisit de développer une démarche de santé publique partant de l'observation et de l'analyse des besoins de santé des populations de ce territoire. Il recrute des médecins de santé publique et travaille avec des équipes de recherche de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

Dès 1988, des premières analyses sur l'épidémiologie des cancers menées dans les services départementaux montrent que la situation épidémiologique est préoccupante. La Seine-Saint-Denis est au premier rang des départements français pour la mortalité masculine par cancer et la mortalité prématurée par cancer, notamment pour les cancers du poumon. Parallèlement, le conseil général soutient un projet de recherche en sociologie mené entre 1985-1990 par une équipe de l'INSERM sur les inégalités de santé qui s'attache à approfondir la connaissance des cancers d'origine professionnelle et qui aboutit à deux constats importants. Le premier est qu'il existe une sous-déclaration et une sous-reconnaissance des cancers d'origine professionnelle. Le second constat dévoile l'existence d'une surmortalité forte, significative et durable par cancers.

Ces deux constats ont été mis en perspective et croisés avec un troisième qui a renforcé l'appréhension du lien déterminant entre les inégalités sociales de santé et les cancers d'origine professionnelle, lien déjà souligné par Pierre Aïach dans plusieurs travaux publiés par l'INSERM dès 1987 [1-4] et par M. Kogévinas au Centre international de recherche sur le cancer [5]. En effet, en 1997, soit un peu moins de dix ans avant le premier rapport de l'INSERM, l'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France publie un rapport sur la mortalité par cancer en Île-de-France, qui montre la corrélation au niveau cantonal, entre la mortalité par cancers et le profil sociodémographique des populations sur les territoires. Cette étude présente des résultats dont les faits saillants sont présentés à l'**encadré 1**, plusieurs fois confirmés depuis, et qui soulignent la situation particulière de la population de Seine-Saint-Denis. Celle-ci cumule un pourcentage important de population d'origine ouvrière et une surmortalité significative par cancer. L'ampleur des inégalités sociales de santé et leurs caractéristiques posent ainsi directement la question de l'impact des conditions de travail sur la santé.

Une dynamique mise en œuvre dans le cadre du conseil départemental d'hygiène (CDH) de Seine-Saint-Denis entre 1992 et 1998 a favorisé l'émergence des questionnements sur la problématique des cancers d'origine professionnelle dans le département, et ce, entre plusieurs acteurs d'origines et de disciplines différentes à partir des constats partagés. Le CDH a ainsi constitué un espace de réflexion et de discussion pour construire une volonté partagée de recherche et d'action. Dans cet espace d'échanges se sont retrouvés des acteurs pluriprofessionnels et pluri-institutionnels, représentant des institutions de

ENCADRÉ 1

Corrélation entre profil sociodémographique et surmortalité

En 1997, l'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France réalise une analyse approfondie de ces corrélations géographiques entre les caractéristiques sociodémographiques et les indices de mortalité et de mortalité prématurée, en caractérisant une population locale, au niveau cantonal, par le calcul d'un indicateur d'écart entre le pourcentage de population ouvrière et le pourcentage de population cadre [6]. Cet indicateur est le plus élevé en Seine-Saint-Denis où il atteint 11,2 ; à titre de comparaison, il est de 1,5 en Île-de-France et de 8,7 pour l'ensemble de la France. C'est donc le département de la région qui a le profil ouvrier le plus élevé. On peut également observer une corrélation linéaire très forte, chez les hommes ($r = 0,89$), entre

le profil socioéconomique de la population et les indices de surmortalité et de surmortalité prématurée. Pour les femmes, la corrélation ne s'observe que pour le cancer du sein.

Aujourd'hui, l'écart de l'espérance de vie entre cadres et ouvriers continue de se creuser. L'espérance de vie des ouvriers est significativement inférieure pour les moins de 60 ans à celle des cadres. Desplanques [7] et aussi Aïach [2] ont également confirmé ces résultats pour l'ensemble de la France. Les données récentes montrent que le risque de mourir d'un cancer avant 65 ans est dix fois plus élevé chez les ouvriers que chez les cadres, la France ayant, depuis plusieurs années, le record de mortalité masculine prématurée en Europe [8].

santé publique et de santé au travail, des chercheurs, des professionnels de santé hospitaliers.

Ce premier niveau de transversalité des échanges permet la construction d'une première étude de faisabilité d'un dispositif d'étude des cancers professionnels dans le département à partir de la reconstitution des parcours professionnels des patients cancéreux. Il faut souligner ici l'approche retenue faisant appel à la population concernée et ajoutant aux discours des différents experts celui des patients et de leur expérience. On notera que la démarche a été facilitée par une tradition déjà développée dans le département de Seine-Saint-Denis de programmes de santé publique et de construction de partenariats entre différents acteurs et autour des compétences des institutions publiques, d'observations scientifiques de type épidémiologique et sociologique et des orientations et volontés politiques.

Sur la base des résultats de cette étude de faisabilité menée de nouveau par l'équipe de l'INSERM, dans le cadre d'une meilleure prise en compte des problèmes de santé de la population de la Seine-Saint-Denis et face à l'importance préoccupante des indicateurs de mortalité par cancer sur ce département fortement industrialisé, le CDH de la Seine-Saint-Denis décida, en 1998, de donner un avis favorable au développement d'un projet de recherche en santé publique sur la problématique des cancers d'origine professionnelle. Cependant, à l'époque, les autorités locales de l'État ne souhaitent pas s'engager dans une participation active sur ce projet.

UN PROJET SCIENTIFIQUE PORTÉ PAR UN ENGAGEMENT DU POLITIQUE (1998-2001)

Le conseil général s'empare de cette question qui traduit une problématique plus générale de droit à la santé pour tous et porte la volonté politique de développer des programmes d'action pour mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par ces questions. Cette volonté est traduite en 1998 par le vote à l'unanimité de l'assemblée départementale du projet de recherche-action sur les cancers professionnels.

Pour mener ce projet, le département mobilise les partenaires déjà engagés dans une volonté d'action commune. De là est née une association chargée de porter des objectifs de recherche et d'action. L'autorité scientifique d'une chercheuse de l'INSERM, reconnue pour ses travaux et engagée dans ce projet, facilite l'engagement et le soutien du ministère du Travail. En janvier 2000, la création de l'association SCOP 93 réunit des institutions départementales, régionales et nationales de santé au travail, de santé publique et de recherche, pour réaliser des travaux de production de connaissances contribuant à l'amélioration des connaissances épidémiologiques sur les cancers professionnels en Seine-Saint-Denis, l'amélioration de la reconnaissance et de l'indemnisation des victimes de cancers professionnels, et enfin à la prévention. Mieux reconnaître les cancers, mieux les identifier, pour mieux les prévenir est l'ambition du programme soutenu par le département, le ministère du Travail et la direction régionale du Travail, l'université, la ligue contre le cancer et l'INSERM.

La problématique de recherche et les outils méthodologiques ont été élaborés par l'association SCOP 93. La méthodologie s'est appuyée sur les travaux de M. Gerin et J. Siemiaticky [9]. Y collaborent le Centre de recherche sur les enjeux en santé publique (CRESP), l'unité mixte de recherche INSERM – École des hautes-études en sciences sociales – Université Paris 13, le service Prévention et actions sanitaires du conseil général et trois hôpitaux de la Seine-Saint-Denis auxquels se joignent une association de malades, la Ligue contre le cancer, et des personnalités reconnues pour leur compétence tant au plan médical qu'au plan des conditions de travail des salariés. Cette large collaboration a permis la constitution d'une équipe de recherche et d'instances d'expertise, le démarrage effectif d'une enquête permanente dans les services concernés (oncologie, pneumologie, otho-rhino-laryngologie, urologie, hématologie) par le recrutement de malades cancéreux pour certaines localisations et la constitution d'un réseau d'institutions départementales et/ou régionales. Le protocole de recherche pour la mise en place d'une enquête permanente dans les services a été élaboré dans le cadre d'un conseil scientifique, construit sur le choix d'une analyse sociologique approfondie de l'activité de travail au poste de travail tout au long du parcours professionnel pour inscrire et approfondir en priorité dans la recherche les questions d'organisation du travail dans la construction des expositions. Le projet n'a pas retenu le développement d'une enquête de type épidémiologie analytique, mais s'est appuyé en ce domaine sur les résultats déjà publiés dans de nombreuses études internationales [5, 10].

En 2001 est venu le temps de l'action, avec la phase test de mise en place du dispositif, puis le développement et l'élargissement des partenariats avec les organismes d'assurance maladie, et les organismes d'expertise ou d'intervention notamment l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), le service des risques professionnels de la caisse régionale d'assurance maladie, des délégués des comités d'hygiène de sécurité et des conditions du travail, et des médecins du travail. Le dispositif s'est élargi en réseau tout en continuant à fonctionner dans un programme de recherche mais inscrit également dans une dimension opérationnelle. L'évaluation de la démarche est portée par les résultats de la recherche mais aussi la dimension de reconnaissance des travaux et la sortie de l'invisibilité publique des cancers professionnels [12-13].

DES RÉSULTATS POUR AGIR SUR LA PRÉVENTION, LA RECONNAISSANCE ET L'INDEMNISATION

Au terme de quelques années, les résultats portés par ce dispositif montrent l'impact des situations de travail et des formes d'organisation du travail sur les expositions des salariés aux substances cancérigènes [12, 14]. Aujourd'hui, les résultats portent sur plus de six années d'étude ; plus de 1 000 patients signalés dont 71 % ont pu être interrogés sur leurs parcours professionnels. La moitié des patients est âgée de moins de 60 ans au moment du diagnostic et un tiers d'entre eux étaient encore en activité. 85 % des patients étudiés ont présenté, dans leurs activités professionnelles, des expositions à des cancérigènes avérés inscrits sur la liste 1 du Centre international de recherches sur le cancer (CIRC) et, dans plus de la moitié des situations, il s'agit d'expositions multiples fortes et durables. Par exemple, 55 % des patients furent exposés à plus de trois substances cancérigènes pour une durée moyenne d'exposition de plus de vingt-cinq ans. La reconstitution des parcours montre que 65 % des postes occupés par l'ensemble des patients sont des postes d'ouvriers.

La reconstitution des parcours professionnels témoigne de l'impact de la précarisation du travail à l'œuvre depuis trente ans. Le nombre moyen d'emplois occupés par un même patient est de six. Quant aux situations d'exposition aux cancérigènes, les plus représentées dans l'enquête sont les suivantes :

- la maintenance, l'entretien, et la réparation, fonctions qui contribuent indirectement à la production (exemples : maintenance industrielle, réparation automobile) ;
- les chantiers du bâtiment et des travaux publics qui combinent tout un ensemble de fonctions, telles la démolition, la rénovation, la construction et la reconstruction, et de métiers dont la maçonnerie, la plomberie et l'électricité ;
- le nettoyage et la gestion des déchets (exemples : nettoyage des avions, gestion de déchets chimiques).

Il s'agit de fonctions le plus souvent sous-traitées et confiées à des intérimaires, fonctions souvent peu prises en compte par les acteurs de prévention [11].

Ces résultats sont directement mis en perspective de propositions d'actions pour les acteurs de la prévention que sont les inspecteurs du travail, les syndicats, les élus et les comités d'hygiène de sécurité et des conditions du travail. Ils soulignent la sous-estimation des polyexpositions dans les activités de production et de maintenance et le déficit majeur d'information et de formation des premiers acteurs des entreprises que sont les salariés, et notamment les plus précaires, soit ceux qui assurent les intérim, la sous-traitance et la maintenance. De nombreuses rencontres et présentations des résultats aux acteurs de la prévention au travail, notamment des inspecteurs du travail, ont été organisées pour ouvrir de nouvelles pistes de travail [15].

Une retombée significative et tangible de cette recherche est son impact sur les conditions de déclaration et de reconnaissance des cancers professionnels avec des conséquences directes pour les malades suivis qui ont bénéficié de ce soutien pour les procédures d'indemnisation au titre de la maladie professionnelle. À ce jour, 133 patients ont bénéficié d'une procédure de reconnaissance, soit 66 % des patients qui ont fait une déclaration, mais seulement 47 % des patients qui auraient pu en bénéficier au regard de leur pathologie et de leurs conditions de travail. Ce travail a mis également en évidence les écarts entre les procédures et les dispositifs législatifs et administratifs et leur utilisation réelle par les patients et les salariés.

Le dispositif mis en place est maintenant reconnu et bénéficie de soutiens financiers pour plusieurs projets de recherche portés par les autorités scientifiques françaises, notamment l'Agence nationale de la recherche et l'Institut national du cancer qui ont mis dans leur programme les questions des cancers professionnels. L'ensemble des partenaires initiaux est resté actif et mobilisé dans le projet qui a su élargir son partenariat et la base des acteurs engagés. La nécessité d'approfondir les axes de recherche et de renforcer l'assise du dispositif a été reconnue et a conduit ses promoteurs à une transformation juridique en un Groupement d'intérêt scientifique, le Groupement d'intérêt scientifique de surveillance des cancers d'origine professionnelle (GIS COP 93) porté par l'Université Paris 13 dans son projet d'établissement, et par le ministère du Travail. On peut aussi souligner que, dans le plan cancer national publié en 2003, avait été également inscrite la référence à la nécessité d'améliorer les connaissances, de « créer les moyens d'une véritable action de prévention de terrain en matière de cancer » et de « renforcer la lutte contre les cancers professionnels », notamment par la mise en réseau des structures et des professionnels concernés. C'était bien l'objectif de l'association GIS COP 93 à sa création en 2000. Les recommandations issues du rapport Grünfeld [16] en vue de la préparation du second plan cancer rejoignent ces pistes d'actions sur la prise en compte des expositions cancérigènes en lieu de travail.

Parallèlement, et afin de ne pas perdre la dimension participative et ancrée dans la réalité des conditions de travail, le conseil général entre 2006 et 2008, a soutenu la création d'un réseau élargi à d'autres acteurs. Ce réseau s'est engagé dans une réflexion et une mobilisation collective avec l'ensemble des acteurs du monde du travail dont notamment des acteurs syndicaux, des élus

et des comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail pour favoriser l'information et la prise en compte du droit à la santé des salariés à partir de leur formation sur ces questions. Cette mobilisation s'est traduite concrètement par l'organisation de plusieurs débats entre 2006 et 2008. En mai 2008, à la suite des échanges dans le réseau, les organisations syndicales avec leurs représentants départementaux et régionaux se sont engagés avec les associations, les mutuelles, le conseil général et le GISCOP 93, dans l'organisation d'une Journée qui a rassemblé plus d'une centaine de personnes représentantes des comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail, et de comités d'entreprise. Des nombreux échanges qui ont eu lieu lors de cette Journée et qui ont donné lieu à une restitution écrite non publiés dans une revue officielle mais disponible auprès de l'équipe GISCOP 93, on retiendra un réel besoin de rompre l'invisibilité des cancers professionnels, et de partager la connaissance autour de ces cancers. Les participants ont également souligné la nécessité de s'emparer de leurs droits existants et de les faire progresser en appuyant sur les leviers et appuis institutionnels existants.

CONCLUSION

Au terme de quelques années, les résultats portés par ce dispositif montrent l'impact des situations de travail et des formes d'organisation du travail sur les expositions des salariés aux substances cancérigènes, le poids sous-estimé des polyexpositions et le déficit majeur d'information et de formation des premiers acteurs des entreprises que sont les salariés. Le travail réalisé a produit également des résultats importants sur les conditions de déclaration et de reconnaissance des cancers professionnels avec des conséquences directes pour les malades suivis qui ont bénéficié de ce soutien pour les procédures d'indemnisation en maladie professionnelle. Ce projet joue donc pleinement son rôle de veille à l'articulation de la recherche et de l'action. Ces résultats sont aussi portés par un système de production de connaissance originale qui part du patient et de son expérience. Cette méthodologie de croisement des savoirs experts et issus de l'expérience vécue du travail permet un éclairage nouveau et précis sur la dynamique des expositions réellement subies.

La démarche et les espaces de réflexions croisés opportunément ouverts et appropriés par des acteurs d'horizons et de disciplines multiples ont favorisé et facilité l'initiation de ce projet construit dans la convergence de constats et des analyses. Il s'est développé avec le soutien d'une volonté politique locale et nationale qui s'est maintenue au cours du temps, dépassant en cela le seul temps du mandat politique et les clivages partisans. Dans cette dynamique, le politique a été régulièrement éclairé des enjeux sociaux et des nécessités d'approfondir la connaissance pour construire de nouvelles réponses sociales ; l'action politique a soutenu le projet de recherche qui a pu dépasser un certain nombre de difficultés liées à son originalité d'approche transversale entre sociologie, sciences de la vie et santé publique. Ce soutien s'est manifesté tant sur le plan financier que formel par des accords conventionnels sur des partenariats institutionnels inscrits dans une certaine durée.

Ce projet s'est enrichi des regards spécifiques de chercheurs en sciences sociales, des acteurs du monde du travail, d'acteurs institutionnels et professionnels de santé, en trouvant des motivations et des langages communs pour sa réalisation. N'eût été cette conjugaison d'acteurs, les résultats tangibles pour la population visée n'auraient pu être obtenus. Le dispositif poursuit ses travaux dans la perspective de renforcer la mise en visibilité des cancers professionnels pour soutenir l'enjeu d'une autre politique de prévention des cancers sur les lieux de travail.

Bibliographie

- [1] Aiach P. *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. Analyse et étude comparative*. Paris : La Documentation française, 2007 : 205 p.
- [2] Aiach P. La société au miroir des inégalités. *Prévenir*, 1995, n° 28 : p. 29-35.
- [3] Aiach P. Processus cumulatifs et effets multiplicateurs. In : *Le Nord-Pas-de-Calais et le cancer : « comprendre pour mieux agir »*. Actes de la journée scientifique du 27 mars 2001. Lille : DRASS du Nord-Pas-de-Calais, coll. PRS cancer, 2001 : 132 p.
- [4] Aiach P. De la mesure des inégalités : enjeux socio-politiques et théoriques. In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., dir. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : INSERM, La Découverte, 2000 : p. 83-92.
- [5] Kogevinas M., Pearce N., Susser M. et Boffeta P., dir. *Social inequalities and cancer*. Lyon : International Agency for Research on Cancer, vol. 138, 1997 : 420 p.
- [6] Pépin P. *La mortalité par cancer en Île-de-France 1993-1994*. Paris : Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 1997 : 140 p.
- [7] Desplanques G. L'inégalité sociale devant la mort. In : Champsaur P., dir. *La société française - Données sociales 1993*. Paris : Institut national de la statistique et des études économiques, 1993 : p. 251-256.
- [8] La mortalité prématurée en France [numéro thématique]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, juillet 2003, n° 30-31 : p. 133-152. En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEh/2003/30_31/beh_30_31_2003.pdf [dernière consultation le 06/12/09].
- [9] Gérin M., Siemiatycki J., Kemper H., Bégin D. Job classification and utilization of complete work histories in occupational epidemiology. *Journal of Occupational Medicine*, 1985, n° 27 : p. 420-426.
- [10] Boffeta P., Kogevinas M., Westerholm P., Saracci R. Exposure to occupational carcinogens and social class differences in cancer occurrence. In : Kogevinas M., Pearce N., Susser M., Boffeta P., dir. *Social Inequalities and Cancer*. Lyon : International Agency for Research on Cancer, 1997, n° 138 : p. 331-341.
- [11] Héry M. Besoins de recherche en santé au travail pour les salariés d'entreprises de sous-traitance interne. *Pistes*, mai 2002, vol. 4, n° 1 : p. 21-41.
- [12] Kunst A.E., Groenohof F., Mackenbach J.-P. Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens. In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., dir. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : INSERM, La Découverte, 2000 : p. 53-68.
- [13] Thébaud-Mony A., Boujasson L., Levy M., Lepetit C., Goulamaly P., Carteron H., Vincenti M. Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine Saint Denis (France). *Pistes*, 2003, n° 5 : 25 p. En ligne <http://www.pistes.uqam.ca/v5n1/pdf/v5n1a2.pdf> [dernière consultation le 06-12-09].
- [14] Breau J.L., Andeol M., Spano J. P., Bobbio A., Boujasson L., Carteron H., et al. Occupational cancer surveillance in the Paris suburb of Seine Saint Denis, France : Results of the preliminary methodological study. *Proceedings of American*

Society of Clinical Oncology, 2002, vol. 21, abstract 2623.

- [15] Oddone I., Re A., Briante G. *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail ?* Paris : Éditions sociales, 1981 : 258 p.

- [16] Grunfeld J.-P. *Rapport au Président de la République. Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013. Pour un nouvel élan.* Paris : Ministère de la Santé et des Sports, 2009 : 104 p.
En ligne : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grunfeld_-_recommandations_pour_le_plan_cancer_2009_2013_-_mars_2009.pdf [dernière consultation le 22/10/ 2009].

Développement social local à Montréal : approche concertée de lutte contre les inégalités

Jocelyne Bernier, Carole Clavier et Geneviève Giasson

Résumé : À Montréal, la démocratie locale prend des allures de « tables de concertation de quartier ». Ces forums réunissent habitants et décideurs autour de la même table, c'est le fer de lance de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local. Objectif : mobiliser les acteurs locaux dans des actions concertées de réduction des inégalités sociales de santé (ISS). Et prendre en compte le point de vue des habitants pour développer des stratégies intégrées d'action sur les déterminants sociaux de santé, et, pourquoi pas, leur donner un contrôle réel sur les décisions locales qui influencent leur santé et leur qualité de vie. Vingt-huit tables de concertation fonctionnent. À titre d'exemple, l'une d'elles a obtenu l'annulation de l'ouverture d'un casino dans un quartier très populaire. Une autre a fait retoquer un projet de centre commercial, pour défaut de consultation de la population. En parallèle de ces tables-forums, des actions locales sont menées pour réduire les ISS. Cette initiative a donné lieu à de nombreuses controverses, car elle bouscule l'ordre établi. Néanmoins, elle a réussi à s'imposer et bénéficie de financements qui assurent sa pérennité. Ici, le local est le lieu privilégié de l'intervention de santé publique pour réduire les inégalités sociales de santé. Seul inconvénient mais de taille : l'action locale n'a pas d'impact sur les grands déterminants des inégalités que sont le contexte socioéconomique et les politiques publiques.

Mots clés : concertation, développement local, gouvernance locale, action intersectorielle, partenariat.

INTRODUCTION

La Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS [1] recommande de soutenir des modèles novateurs de gouvernance publique dépassant les modes plus traditionnels de coopération intersectorielle, ceci pour développer des stratégies intégrées d'action sur les déterminants sociaux de la santé. Elle compte également sur la participation sociale, l'*empowerment* des populations concernées et leur contrôle réel sur les décisions qui influencent leur santé et leur qualité de vie. Une telle perspective s'accommode mal d'une planification centralisée et sectorisée par ministère. Comment concilier les contraintes de l'administration publique et la création d'espaces de participation citoyenne ? Comment planter une approche globale et intégrée de développement social et mobiliser des acteurs locaux dans des projets d'action concertée en vue de réduire les inégalités sociales de santé ?

Dans ce chapitre, nous présentons une approche nouvelle qui tente de concilier, d'une part, des initiatives locales de développement qui émergent de la volonté des populations et des organismes communautaires et, d'autre part, les modes d'intervention plus traditionnels d'institutions publiques, telles que la santé publique et la ville, marqués surtout par des programmes centralisés, sectorisés et mis en œuvre de façon descendante. Cette approche se caractérise par le développement de nouveaux modes de relation entre les agents impliqués, comme l'a constaté Didier Fassin [2] à propos de l'action locale en santé publique. Après avoir présenté brièvement l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local, ce chapitre situe l'évolution des rapports entre les acteurs, illustre certains enjeux que les partenaires ont rencontrés dans la négociation et conclut sur le potentiel d'une approche intégrée de développement local en vue de réduire inégalités sociales de santé.

L'INITIATIVE MONTRÉLAISE : UN PARTENARIAT RÉGIONAL MISANT SUR DES CONCERTATIONS LOCALES

L'Initiative montréalaise de soutien au développement social local est une entente négociée entre, d'une part, la ville de Montréal, la Direction de santé publique de Montréal (DSPM), Centraide du Grand-Montréal – une fondation qui recueille des dons des entreprises et du public pour le soutien de l'action communautaire –, à titre de partenaires financiers, et, d'autre part, la Coalition montréalaise des Tables de quartier (CMTQ) regroupant vingt-huit Tables de concertation locale présentes sur tout le territoire de l'île de Montréal, à titre de mandataires. Cette entente inusitée a pour but de financer un processus de concertation et de participation citoyenne plutôt que la mise en œuvre d'un programme déjà planifié. Cette initiative se positionne en soutien à l'action des communautés locales en dehors de programmes ou d'objectifs ciblés. Les priorités d'action et leur orientation demeurent une prérogative locale.

Ce processus de concertation locale est piloté par des Tables de concertation de quartier qui ont le mandat de promouvoir et de soutenir la participation des divers acteurs locaux, y compris les citoyennes et citoyens, dans une démarche

collective visant à faire un diagnostic de la situation, établir des priorités, développer un plan d'action et favoriser la réalisation d'actions concertées entre les partenaires issus de divers secteurs et réseaux d'intervention, pour répondre aux besoins de la population. L'essentiel du travail des Tables est d'offrir un espace de dialogue, de permettre l'émergence d'une vision partagée du développement du quartier et de définir des actions collectives permettant d'atteindre cette vision. Ce travail vise à permettre l'exercice d'une démocratie participative en proposant aux citoyennes et citoyens un lieu d'expression sur les questions qui les concernent.

Ces Tables de concertation regroupent les représentants de plusieurs organismes communautaires ou associatifs ainsi que des institutions locales qui interviennent dans les quartiers sur une base sectorielle, tels le logement, la sécurité alimentaire, l'éducation, des centres de femmes, maisons de jeunes et autres. Devenues les interlocuteurs privilégiés des partenaires institutionnels, ces Tables « se reconnaissent autour d'une identité collective. Elles sont des organismes de concertation communautaire qui visent à améliorer les conditions de vie de la population du quartier dans une perspective de lutte contre la pauvreté, l'exclusion et les inégalités de développement sur leur territoire » ([3], p. 2-3). Les activités et les processus mis en œuvre par ces concertations locales sont en réalité très diversifiés selon le contexte et les enjeux locaux.

Le champ d'application de l'Initiative se situe donc à l'intersection des missions particulières de trois acteurs régionaux : la DSPM responsable de l'état de santé de la population et de la réduction des écarts de santé, la ville de Montréal, responsable du développement local et de la qualité du milieu de vie, et Centraide qui a un mandat de soutien de l'action communautaire. La portée de ce programme au plan intersectoriel est très large et vise « l'amélioration de la qualité et des conditions de vie de la population montréalaise dans les domaines de la vie sociale et communautaire, la santé, l'aménagement urbain, l'environnement, l'éducation, l'économie, l'habitation, le transport, la sécurité, l'emploi, la sécurité alimentaire, la culture, les sports et les loisirs » ([4], p. 9). La concertation et la participation citoyenne autour de projets de développement social local qui touchent plusieurs de ces domaines sont autant de moyens de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

LES RAPPORTS ENTRE LES ACTEURS ET L'INSTITUTIONNALISATION DE L'INITIATIVE MONTRÉLAISE

Pour comprendre la portée du partenariat entre la ville de Montréal, la Santé publique, Centraide et le milieu communautaire, il convient de replacer l'émergence de l'Initiative montréalaise dans le contexte de l'histoire récente des relations entre l'État et les réseaux communautaires au Québec, en particulier dans le champ de la santé et des services sociaux [5].

Des notions telles que la concertation et le partenariat, qui sont au cœur de cette initiative, ne sont pas nouvelles dans le milieu de la santé. Elles sont

inscrites dans la réforme de la santé et des services sociaux, entreprise à la fin des années 1980, et qui reconnaît la contribution des réseaux communautaires. De plus, au cours des années 1990, l'approche de développement social a été mise de l'avant à l'occasion d'une série de forums sur le développement social, organisés par le Conseil de la santé et du bien-être, un organisme conseil – dissous depuis – auprès du ministère de la Santé et des services sociaux. Le secteur de la santé publique a participé à ce processus en prônant une action intersectorielle concertée au niveau local, mais la planification centralisée par programme reste la norme. Dans la période précédant la négociation qui a mené à la formalisation de l'Initiative montréalaise, la DSPM, qui doit justifier sa participation au financement des Tables de concertation locale, a cherché à imposer un modèle d'évaluation indiquant notamment l'impact de ces concertations sur la santé de la population. Cela a donné lieu à des tensions, car certaines Tables refusent de se voir imposer un modèle uniforme de fonctionnement et d'évaluation par les bailleurs de fonds.

Au début des années 2000, le gouvernement du Québec entreprit une restructuration du réseau sociosanitaire avec la création de centres de santé et de services sociaux (CSSS) regroupant divers types d'établissements de soins et services tels les centres locaux de services communautaires, centres hospitaliers et centres d'hébergement et de soins de longue durée. La grande nouveauté de cette réforme, en matière de santé publique, tient au fait que les CSSS se sont vu confier une responsabilité à l'égard de l'état de santé de la population de leur territoire. Ils sont alors tenus d'établir des réseaux locaux de services impliquant le milieu communautaire ou associatif. Cette réforme redéfinit les relations entre le réseau sociosanitaire et les organismes communautaires qui doivent travailler en partenariat.

Il est aussi intéressant d'examiner dans quel contexte la ville de Montréal en est venue à s'impliquer dans un partenariat pour le développement social avec le milieu communautaire et la santé publique. Quand la ville adhère au *mouvement des Villes Santé* de l'OMS dans les années 1990, elle décide de reconnaître les concertations locales, dont certaines existent déjà depuis une dizaine d'années, surtout dans les quartiers centraux en déclin. Ces concertations, issues de mouvements citoyens impliqués dans les luttes urbaines depuis les années 1960, sont diversifiées autant dans leur composition que dans leurs actions qui sont principalement centrées sur les dynamiques locales. Ces concertations se regroupent d'abord au milieu des années 1990 pour réclamer une reconnaissance politique et financière par la ville. En 1997, la ville de Montréal s'associe à la DSPM et à Centraide pour assurer le financement des Tables existantes.

En 2002, le maire de Montréal organise un sommet de Montréal, impliquant une grande diversité d'acteurs de tous les milieux. Deux chantiers intéressent particulièrement les Tables de concertation locale qui s'impliquent activement dans le sommet : celui sur le développement social et la revitalisation urbaine intégrée et celui sur le soutien à la vie des communautés qui proposera de consolider le financement des Tables. Ces domaines de responsabi-

lités sont confiés aux dix-neuf arrondissements municipaux, ce qui ajoute à la complexité des rapports entre les acteurs dans le cadre de l'Initiative montréalaise.

Le financement des Tables de concertation locale a été étendu à l'ensemble du territoire de l'Île de Montréal en 2003, notamment dans les banlieues, récemment fusionnées à la ville, où de nouvelles Tables sont créées sur le modèle des villes et villages en santé. Une partie de ce financement provient du gouvernement du Québec qui signe, avec la ville de Montréal, un contrat de ville soutenu par une contribution annuelle de 5 millions de dollars (environ 3 millions d'euros), pour développer divers projets qui s'inscrivent dans les priorités du sommet, notamment en matière de lutte contre la pauvreté. Ce financement est l'un des piliers d'une approche territoriale plus globale promue par la ville et qui comprend aussi des stratégies davantage soutenues dans certains quartiers particulièrement défavorisés, avec des projets de revitalisation urbaine intégrée. Forts de l'appui officiel des autorités politiques municipales et de responsabilités accrues en matière de développement local, les représentants du service de développement social de la ville de Montréal ont exercé un leadership important dans la négociation de l'Initiative montréalaise.

Cette négociation s'amorce donc en 2003 dans un contexte de changements structurels importants au sein des institutions publiques et de controverses sur les modes de fonctionnement et d'évaluation des Tables de concertation locales. Par contre, la volonté des pouvoirs publics de décentraliser les interventions de développement social et de lutte contre la pauvreté, la reconnaissance des réseaux communautaires, l'allocation de nouvelles ressources et l'appui explicite des autorités politiques de la ville, suite au sommet de Montréal, créent des conditions favorables à une redéfinition des orientations et des rapports entre les acteurs. Ce processus, cependant, ne va pas sans heurts, et la négociation de l'Initiative montréalaise a été marquée par plusieurs controverses.

LES ENJEUX ET LA RÉOLUTION DES CONTROVERSES PAR LA NÉGOCIATION

L'Initiative montréalaise donne lieu à des changements dans la façon d'aborder la réduction des inégalités sociales de santé, en misant essentiellement sur une approche décentralisée et globale. Les Tables de concertation locale animent des espaces de proximité où des réseaux communautaires mobilisent les populations concernées sur des enjeux qui les touchent directement et favorisent la prise de parole citoyenne, y compris avec les gens appauvris et exclus des lieux de décision publique. Il s'agit de lieux stratégiques qui modifient le rapport de force entre les décideurs publics et les acteurs de la société civile, y compris les citoyennes et citoyens concernés par les décisions. Par exemple, un projet de déménagement d'un casino à proximité d'un quartier ouvrier fit face à une vive résistance de la population résidente qui craignait les impacts négatifs d'un tel voisinage. L'opposition à ce projet, mis en avant par un organisme parapublic et appuyé par la ville de Montréal, était pilotée par

la Table de concertation locale. Celle-ci avait déjà développé une autre vision du développement du quartier à travers une opération populaire d'aménagement, favorisant ainsi l'expression des besoins et des attentes de la population [6-7]. Lors de consultations publiques, des mémoires de la DSPM et du service de sécurité publique notamment, sont venues réitérer bon nombre des appréhensions exprimées par les résidents [8]. Finalement, le jeu des acteurs a fait en sorte que le projet a été abandonné et que l'arrondissement a accepté, non sans résistance, de consulter la population sur les balises de développement avant l'implantation de nouveaux projets.

Dans une approche de développement territorial intégré, des stratégies d'action intersectorielle s'imposent ; elles se situent dans un univers complexe de responsabilités et d'intérêts et elles ont aussi des effets sur les modes sectorisés de planification et de gouvernance des administrations publiques. L'exemple suivant illustre cette dynamique : un vaste projet de développement commercial privé fut lancé dans un quartier avec le soutien du service d'urbanisme et de développement économique de la ville, et ceci, sans consultation avec la population ou les réseaux communautaires locaux. La Table de concertation locale, soutenue et financée par le service de développement social de la ville et qui jouit d'une bonne crédibilité dans le milieu, a réclamé des consultations et des modifications du projet. Deux services municipaux appuyaient alors des visions divergentes sur le terrain. La résolution de cette controverse a impliqué des discussions aux échelons supérieurs de l'administration municipale, entre des directions internes de la ville, dans le but de trouver une solution acceptable pour tous les acteurs et assurer une cohérence stratégique dans l'implantation de ce projet de développement local, en tenant compte des besoins et des attentes de la population du quartier. On voit donc se dessiner une modification des rapports entre des services municipaux qui ont des missions différentes mais complémentaires afin d'implanter une approche intégrée de développement social local. Une telle approche intersectorielle est aussi nécessaire dans l'implantation des projets municipaux de revitalisation urbaine intégrée combinant l'apport des citoyens, des représentants de secteurs privés et publics, des élus et des organismes communautaires en vue d'améliorer les conditions socioéconomiques et la qualité de vie de quartiers défavorisés.

Ces exemples illustrent quelques-uns des enjeux au cœur des questions de développement des communautés : comment concilier les contraintes de l'administration publique et la création d'espaces de participation citoyenne ? Comment assurer l'équilibre entre l'intégrité d'un programme régional de soutien au développement social et la souplesse d'adaptation aux dynamiques locales dans les quartiers ? Dans la négociation de l'Initiative montréalaise, la reconnaissance de l'autonomie et de la diversité des Tables de concertation, quant à leur fonctionnement et à leurs périmètres d'identification des quartiers qui parfois diffèrent de ceux des institutions publiques partenaires, fut l'objet de vives discussions. La Coalition montréalaise des Tables de quartier (CMTQ) a été reconnue comme porte-parole légitime des Tables locales. La CMTQ était perçue par certains représentants des bailleurs de fonds comme

un véhicule de la revendication d'autonomie du mouvement communautaire et considérée comme non représentative de l'ensemble des Tables de quartier. D'une part, cette controverse a mené la CMTQ à réagir en développant des consensus internes sur la mission commune et sur les principaux axes d'intervention des Tables, au-delà de leur hétérogénéité [3], et en se structurant avec une adhésion formelle de chacune des Tables locales ; ce qui lui a valu d'acquérir une reconnaissance formelle comme partenaire régional de l'Initiative montréalaise. Par ailleurs, les partenaires financiers ont abandonné l'idée d'un modèle unique d'organisation de la concertation dans les quartiers et ont accepté une approche souple et respectueuse des dynamiques locales en acceptant de financer un processus de concertation plutôt que l'organisme mandataire dont le fonctionnement et la structure peuvent varier. Le fait que les partenaires aient choisi de parler d'une initiative plutôt que d'un programme traduit cette souplesse dans l'application.

De plus, l'articulation des actions entre les niveaux régional et local, dans un contexte d'incertitude lié à la décentralisation des structures de la municipalité et du réseau de la santé, interroge les paramètres de gestion de l'Initiative montréalaise. La diversité des missions des institutions inscrites dans le partenariat régional et le nombre important d'acteurs présents au palier local posent un défi. D'une part, Centraide, qui est un partenaire financier régional, ne veut pas traiter avec dix-neuf arrondissements et douze CSSS dont les points de vue peuvent varier. Par ailleurs, les Tables de concertation expriment des craintes face à une trop grande proximité des élus dans les arrondissements avec qui elles doivent traiter des dossiers parfois litigieux et qui exercent un pouvoir décisionnel quant à la sélection de l'organisme responsable et à l'octroi du financement de la concertation locale. Cette question met en évidence le paradoxe d'un financement public visant à favoriser l'implantation de démarches de participation citoyenne.

Comment structurer une initiative de développement intégré de manière à respecter les dynamiques locales tout en lui assurant la pérennité nécessaire à la réalisation de ses objectifs ? La conclusion d'une entente de cofinancement et de cogestion entre les trois partenaires financiers régionaux est apparue comme une condition nécessaire à la mise en œuvre cohérente et à la pérennité de l'Initiative montréalaise. Tout en restant autonomes dans leurs décisions, les partenaires régionaux ont conclu une entente de trois ans, renouvelable, et s'engagent à donner un préavis minimal d'un an avant tout retrait. L'adoption de l'entente à tous les échelons de l'administration municipale, du niveau de l'arrondissement jusqu'au comité exécutif de la ville, poursuit le même objectif d'assurer la viabilité d'une stratégie de long terme, nécessitant du temps pour s'implanter. Les partenaires régionaux ont aussi accepté que l'Initiative montréalaise se dote d'outils particuliers et différents de ceux qui correspondent aux modes de gestion habituels. L'ensemble des Tables produit un rapport commun et une évaluation triennale conjointe négociée avec la CMTQ qui représente les organismes mandataires. La gestion de l'Initiative montréalaise est placée sous la responsabilité d'un comité de gestion regroupant les trois partenaires financiers régionaux et d'un comité de pilotage où

siègent ces trois partenaires, des représentants d'instances locales, soit les arrondissements pour la ville de Montréal et les CSSS pour le réseau de la santé, ainsi que des porte-parole de la CMTQ. De plus, les partenaires régionaux ont entrepris, avec la CMTQ, divers travaux en vue de mieux identifier les compétences requises pour l'animation de la concertation locale et ils ont créé un groupe d'expertise visant la mise en commun de pratiques et d'outils pouvant servir de modèles afin de soutenir les Tables intersectorielles locales qui disposent de peu de moyens en regard des objectifs qui leur sont assignés en matière de lutte contre la pauvreté et la réduction des inégalités.

CONCLUSION : LE POTENTIEL D'UNE APPROCHE INTÉGRÉE DE DÉVELOPPEMENT LOCAL POUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS

Dans un contexte d'accroissement des inégalités sociales avec une économie axée sur la référence au marché et la prédominance de courants en faveur d'une réduction du rôle de l'État, on assiste, dans la période récente, à une dévolution des compétences et des responsabilités politiques vers le local. Toutefois, en santé publique, l'approche par programme ciblant des problématiques particulières tend à multiplier les lieux de concertation au palier local et crée une congestion de la concertation en sollicitant souvent les mêmes réseaux communautaires aux ressources limitées. De plus, les limites constatées des politiques et programmes sectoriels ont amené la santé publique à s'intéresser de plus en plus aux politiques urbaines et de développement social, élargissant ainsi le champ d'action de ses intervenants. On observe alors une territorialisation de l'intervention de santé publique caractérisée par le fait que le local devient un lieu privilégié d'intervention en vue de réduire les inégalités sociales de santé.

La mise en œuvre de cette approche exige des gestionnaires une capacité de gérer dans un contexte d'incertitude où les objectifs à atteindre et les modalités d'action ne sont pas établis au préalable mais se définissent en cours de processus. Dans cette approche, les institutions publiques rendent des comptes aux échelons supérieurs, et les agents locaux font de même vis-à-vis de la population impliquée. Loin d'une approche normative et quantitative de reddition de compte qui cherche à répondre principalement aux attentes et aux questionnements des institutions responsables, l'Initiative montréalaise appelle une démarche critique d'évaluation qui peut stimuler la réflexion des acteurs et inspirer leur action. Les critères d'évaluation doivent alors prendre en compte le fait qu'un tel processus de concertation et d'appropriation par le milieu local est lui-même un résultat. En effet, des études sur la concertation locale à Montréal [9-10] montrent que cette approche novatrice peut contribuer à consolider les réseaux communautaires, à favoriser la cohésion et l'inclusion sociale, à mettre en valeur les connaissances issues de l'expérience et à accroître un sentiment de contrôle des participants sur le développement de leur milieu de vie. Comme l'indiquent d'autres études [2, 11-12], ces effets sont des marqueurs d'une démarche d'*empowerment*.

Si l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local permet de bien prendre en compte les conditions qui déterminent directement la vie des citoyens et des citoyennes, un tel parti pris envers le local n'offre cependant pas de prise sur certains des grands déterminants des inégalités sociales de santé, comme le contexte socioéconomique ou les politiques publiques. Les Tables de concertation de quartier animent des démarches de concertation et de planification impliquant de larges segments de la population de leur quartier pour développer des perspectives de développement local. Ces démarches traitent de plusieurs enjeux qui touchent aux déterminants de la santé, tels la qualité du logement, les parcs et espaces verts, la sécurité alimentaire et l'intégration de groupes marginalisés, pour n'en nommer que quelques-uns. Cet espace de participation citoyenne offre la possibilité de faire l'apprentissage d'une citoyenneté active et permet à des gens de développer de nouveaux liens sociaux et d'accéder à d'autres ressources du milieu. Cet espace social, où des institutions et des acteurs locaux se trouvent en relation autour d'enjeux communs et selon des règles plus ou moins formelles, adopte des configurations multiples et changeantes selon les milieux et les enjeux traités. L'espace de réflexion et d'élaboration d'une stratégie de soutien au développement social local, adaptée au contexte particulier d'une ville et d'une région, peut être plus importante que le modèle particulier qui en découle.

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé. *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (résumé). Genève : OMS, 2008 : 40 p. En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf [dernière consultation : 2 septembre 2009].
- [2] Fassin D. Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique. In : Fassin D., dir. *Les figures urbaines de la santé publique : enquête sur des expériences locales*. Paris : La Découverte, 1998 : p. 7-46
- [3] Coalition montréalaise des Tables de quartier. *Construire des solidarités pour bâtir des communautés. Base d'intervention collective : les concepts et les pratiques*. Texte photocopié. Montréal : Coopérative de travail Interface, 2001 : 15 p.
- [4] Initiative montréalaise de soutien au développement social local. *Orientations et paramètres de gestion et d'évaluation*. Montréal : Initiative montréalaise de soutien au développement social local, 2006 : 14 p. En ligne : <http://www.cdcrdp.org/5-references/INITIATIVE-MTL.pdf> [dernière consultation : 19 octobre 2009].
- [5] Vibert S. *La communauté au miroir de l'État. La notion de communauté dans les énoncés québécois de politiques publiques en santé*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2007 : 123 p.
- [6] Collectif quartier. Section expériences locales : développement communautaire et participation citoyenne. L'opération populaire d'aménagement à Pointe St-Charles : « une invitation à imaginer le quartier ». Montréal : Collectif quartier, 2007. En ligne : <http://www.collectifquartier.org/menu-de-gauche/experiences-locales/developpement-social/> [dernière consultation : 19 octobre 2009].
- [7] Sévigny M. *Et nous serions paresseux ? Résistance populaire et autogestion libertaire*. Montréal : Les éditions Écosociété, 2009 : 216 p.
- [8] Chevalier S., Montpetit C., Biron J.-F., Dupont M.-A., Caux C. *Avis sur la modification de l'offre*

- de jeu à Montréal. La construction d'un casino au bassin Peel.* Montréal. Direction de santé publique de Montréal, 2006. En ligne : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfjeu/aviscasino2006.pdf> [dernière consultation : 19 octobre 2009].
- [9] Lachance É., Bernier J. *Étude exploratoire sur les Tables de quartier.* Montréal : CACIS, Université de Montréal, 2004. En ligne : http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/rapport_e.pdf [dernière consultation : 19 octobre 2009].
- [10] Sénécal G., Cloutier G., Herjean P. Le quartier comme espace transactionnel : l'expérience des Tables de concertation de quartier à Montréal. *Cahiers de géographie du Québec*, septembre 2008, vol. 52, n° 146 : p. 191-214.
- [11] Minkler M., dir. *Community organizing & community building for health.* New Brunswick (Canada) : Rutgers University Press, 1997 : 407 p.
- [12] Ninacs W.A. *Empowerment et intervention.* Québec : Presses de l'Université Laval, 2008 : 225 p.

Ateliers Santé Ville : intersectorialité et réduction des inégalités à l'échelon local

MICHEL JOUBERT, PIERRE CHAUVIN ET CATHERINE RICHARD

Résumé : Créé en 1999 en France, le dispositif des Ateliers Santé Ville (ASV) a pour première mission de réduire les inégalités sociales de santé. À ce jour, 240 villes françaises ont leur Atelier. Les ASV sont une approche globale et collective de la santé au niveau local, articulée avec la politique de la ville. Ils développent des actions locales de tous types (information, prévention, promotion de la santé, accès aux soins, logement, emploi...) au bénéfice des plus démunis et cherchent à agir sur les déterminants sociaux de santé. Pour ce faire, les autorités et collectivités, les professionnels (santé, social, éducation et insertion) travaillent de manière intersectorielle. Préalable incontournable au travail d'un ASV, un diagnostic local doit être établi pour identifier ces déterminants et leur impact sur la santé des habitants. À partir de là, un programme d'actions est mis en place. À titre de bilan, les ASV ont incontestablement modifié et enrichi les politiques de santé publique. En effet, outre leur action quotidienne au plus près des populations, ils ont démontré l'intérêt d'articuler les actions spécifiques contre les inégalités entre les niveaux national/régional et local. Ils ont aussi démontré les dangers d'une approche trop sectorielle et spécialisée qui risque de renforcer l'isolement et le repli sur soi chez les publics vulnérables. Mais ces ASV sont très hétérogènes dans leur action contre les inégalités. Certains travaillent en profondeur sur les déterminants, d'autres ont une stratégie d'action plus limitée.

Mots clés : Atelier Santé Ville, intersectorialité, contrats urbains de cohésion sociale, diagnostic participatif, accès aux soins, proximité, politiques locales, mobilisation des acteurs.

INTRODUCTION

Les Ateliers Santé Ville (ASV) sont nés d'une convergence d'idées et d'expériences : pour réduire les inégalités sociales de santé et les difficultés d'accès à la prévention et aux soins, il apparaissait nécessaire de développer une approche globale et collective de la santé au niveau local. En phase avec la problématique générale de la politique de la ville, les ASV ont pour mandat d'assurer la promotion de démarches transversales à l'organisation sectorisée des compétences dans le champ sanitaire et social. Pour les territoires concentrant le plus de difficultés, l'enjeu est central car la précarisation vient brouiller fortement les frontières entre les différents compartiments de la vie sociale. Dans le contexte de la politique de renforcement de la cohésion sociale développée sur ces territoires, cela suppose de développer des articulations entre le volet santé et les quatre autres volets des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) que sont : 1) le développement urbain, l'habitat et le cadre de vie, 2) l'emploi, 3) l'éducation, 4) la citoyenneté et la prévention de la délinquance. L'intersectorialité se trouve donc au cœur de la problématique des ASV à partir du moment où l'objet de l'action est constitué des processus à l'œuvre dans la production et la reproduction locale des inégalités spatiales et sociales de santé. Ces dernières renvoient à des processus sur lesquels il est possible d'agir car, si l'intersectorialité à elle seule ne permet pas d'infléchir les tendances, elle constitue cependant une condition pour que s'engagent des dynamiques de travail prenant en compte les principaux déterminants de ces inégalités. Nous allons essayer de montrer en quoi l'approche des ASV modifie sur ce plan la manière d'agir en santé publique.

Repères historiques et fondements des ASV

Les Ateliers Santé Ville (ASV) ont été créés par le comité interministériel des villes de décembre 1999 et sont aujourd'hui présents dans près d'un contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) sur deux. Ils tendent à devenir un support structurant du volet santé de ces contrats. Ils ont connu plusieurs phases dans leur développement. Après une mise en place expérimentale sur deux régions pilotes, ils ont connu une période de montée en charge à partir de la confirmation des orientations de la politique de santé publique en 2003 et du déploiement des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Ils ont été relancés à l'occasion de la mise en place des CUCS qui intégraient un volet santé comme cinquième axe structurant. Moins d'une trentaine en 2002, ils étaient 118 en 2004, 155 en 2006, et près de 240 en 2009.

Les ASV se proposent d'agir sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé à l'articulation de la politique de santé publique avec les politiques locales. Dans le cadre de la lutte contre les exclusions, ils contribuent au développement de projets locaux menés au bénéfice des publics démunis et d'actions cherchant à agir sur les déterminants sociaux de santé. Ils reposent sur une démarche participative associant les usagers et bénéficient d'une légitimité assurée par un pilotage conjoint entre la ville, avec de plus

en plus d'établissements publics de coopération intercommunale, l'État et les départements.

La mobilisation des professionnels des secteurs de la santé, du social, de l'éducation et de l'insertion qui interviennent sur un territoire donné doit permettre d'établir le diagnostic de l'état de santé local des populations et d'élaborer des programmes de santé adaptés et articulés aux programmes régionaux. Dans le prolongement des ASV, les agences régionales de santé (ARS) pourront conclure un contrat local de santé (circulaire du 20 janvier 2009) avec les collectivités territoriales portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médicosocial.

La démarche promue par les Ateliers Santé Ville conduit donc à constituer un cadre permettant d'articuler au plus près du terrain plusieurs politiques publiques : le volet santé des CUCS, les PRAPS, les programmes régionaux du secrétariat d'État à la lutte contre l'exclusion et les autres composantes des politiques territoriales de santé. L'**encadré 1** ci-après (principes et terminologie de référence...) présente une brève description des éléments qui fondent la politique de la ville. Cette convergence renvoie à la volonté de travailler sur plusieurs registres d'échelle territoriale pour améliorer la cohérence et

ENCADRÉ 1

Principes et terminologie de référence en matière de politique de la ville

En France, la politique de la ville intègre un ensemble d'actions ayant pour objectif de lutter contre les phénomènes d'exclusion des populations urbaines défavorisées. Elle est territorialisée, c'est-à-dire qu'elle concentre ses efforts sur les quartiers en difficulté : on parle d'une géographie prioritaire. Elle est aussi contractuelle en se fondant sur une convergence de projets et de moyens entre l'État, la région et les villes. Elle se veut aussi globale, dans le sens où les phénomènes d'exclusion sociale embrassent tous les compartiments de la vie économique et sociale. C'est la raison pour laquelle cette politique est interministérielle. En germe dans la première moitié des années 1970, elle trouve sa forme avec le programme de développement social des quartiers à partir de 1984, puis avec les contrats de ville entre 2000 et 2006. Les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) leur succèdent de

2006 à 2010. Il s'agit de contrats globaux de trois ans, reconductibles, qui regroupent l'ensemble des programmes et des contrats existants signés entre l'État, le maire et l'agglomération en associant le département et la région.

La prise en compte des difficultés cumulées des populations vivant dans ces quartiers conduit à développer de nombreux dispositifs spécifiques ajoutant leurs effets à ce qu'on appelle les politiques de droit commun, c'est-à-dire les actions et services s'adressant à l'ensemble de la population dans les différents champs d'activité que sont l'emploi, la sécurité, l'éducation, la justice ou la santé. Le principal enjeu pour la politique de la ville est de réussir à faire évoluer les conditions d'accès au droit commun des populations connaissant des difficultés, sans s'y substituer. Les actions visent toujours, théoriquement, à réduire ces écarts.

l'efficacité des politiques travaillant à la réduction des inégalités sociales de santé. La recherche de la forme locale d'action la plus appropriée résulte d'un processus associant le diagnostic, la mobilisation intersectorielle et la négociation.

DIAGNOSTICS LOCAUX ET INTERSECTORIALITÉ

Les diagnostics locaux constituent l'outil incontournable dans l'engagement et le développement des Ateliers Santé Ville. Loin de se contenter de compiler des données, ces diagnostics tendent à s'inscrire dans une perspective pragmatique qui cherche à identifier les facteurs de vulnérabilité des populations en difficulté, ceux qui amenuisent leurs possibilités d'agir [1], en même temps que les leviers qui permettraient de les réduire ou de les compenser.

Les vulnérabilités sont multiples et entretiennent des rapports systémiques : incidences de la précarité sociale sur la santé et l'éducation, influence des facteurs éducatifs et écologiques, notamment ceux liés aux environnements de résidence, sur les conditions d'accès aux soins, et importance des réseaux sociaux et familiaux de relations sur le rapport à la santé et aux soins. La compréhension des liens et des processus conduisant à produire, à entretenir et à exacerber les facteurs de vulnérabilité, permet d'agir sur les inégalités sociales de santé et d'adapter les priorités d'action, de même que les politiques et les programmes nationaux de santé, aux besoins des territoires concernés. C'est pourquoi, lors de la mise en place d'un ASV, un diagnostic général doit permettre d'identifier les déterminants sociaux qui pèsent le plus sur la santé des habitants et d'établir une cartographie des modes et des difficultés d'usage des ressources telles que les droits, l'information et les services. Ce diagnostic général cherche également à saisir, par le biais de la consultation des professionnels des différents secteurs et d'enquêtes auprès des habitants des quartiers concernés, les incidences observées et ressenties de ces déterminants sur le plan local. Les ASV, bénéficiant de démarches santé antérieures, les combinent avec des diagnostics plus ciblés, en direction de publics particuliers.

Selon l'étude de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) [2], plus des deux tiers des ASV partent d'une démarche diagnostique. L'analyse critique, effectuée pour le Secrétariat général du comité interministériel des villes en mai 2009, montre plus largement que la moitié des 384 CUCS étudiés disposent d'un volet santé articulé à un diagnostic participatif [3]. L'appellation diagnostic recouvre des pratiques assez différenciées mais tend, au fil des années, à regrouper des exigences et des méthodes communes : associer au maximum la population à la démarche, conjuguer les efforts sur des actions permettant d'améliorer la situation des personnes les plus en difficulté, et, s'agissant des déterminants de santé, de mobiliser les professionnels sur un plan intersectoriel, de façon à identifier ces déterminants et à sensibiliser le droit commun. De plus, les groupes de réflexion thématique, qui se mettent en place à l'occasion de ces diagnostics, cherchent souvent à intégrer un panel de professionnels en prise sur les

facteurs sur lesquels l'ASV se propose d'agir. Les coordinateurs jouent un rôle central à cet égard comme opérateurs de mise en relation et en synergie des acteurs des secteurs pertinents pour agir sur les besoins identifiés.

Pour réduire les difficultés d'accès aux soins, de nombreux acteurs peuvent se mobiliser. En premier lieu, il faut nommer les assistants sociaux et les médecins travaillant sur les territoires concernés qui peuvent être considérés comme des acteurs de première ligne. Ils connaissent les situations et ont l'expérience des arrangements et des blocages auxquels les personnes sont confrontées. Localement, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), les mutuelles et les associations travaillant sur les droits contribuent à l'étude des aménagements et des évolutions pouvant aider les personnes tout en restant adossées au droit commun. D'autres acteurs permettent de partir des situations concrètes de gestion des difficultés par les personnes. On pense notamment aux structures hospitalières accueillant aux urgences les personnes qui pensent ne pas pouvoir s'adresser aux professionnels de ville à cause notamment de problèmes de papiers. Dans le cadre de mises au point négociées intégrant les acteurs de droit commun, les effets de seuil, c'est-à-dire le niveau de ressources au-delà duquel une personne ne peut plus bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU) et de la couverture complémentaire, sont identifiés, et des aménagements sont recherchés avec les caisses d'assurance maladie. L'identification de personnes éloignées des soins, en lien avec une précarisation économique, sociale ou communicationnelle, conduit à engager des actions de proximité destinées à rapprocher les logiques de droit, de protection et de prévention des personnes en ayant le plus besoin. Ces actions prennent généralement la forme de dispositifs mobiles, de connexions avec des agents chargés des droits ou avec des réseaux de professionnels, et d'orientation vers des personnes-relais. Ces actions ne bouleversent pas directement le système des inégalités : elles l'interrogent et contribuent à modifier les logiques et les pratiques participant à l'entretien et à l'exacerbation des inégalités sociales de santé, tels l'éloignement des ressources, l'isolement social, le sentiment de ne pas être en droit, les négligences par manque d'information et de proximité, ou les discriminations à l'œuvre dans le système de soins. Des démarches similaires de diagnostic sont mises en œuvre pour renseigner d'autres problèmes, notamment la santé mentale et les conduites à risque, et permettent de préfigurer des actions conjointes, en particulier sur le plan de la prévention.

C'est sur la base de ce diagnostic que les acteurs et les secteurs concernés poursuivent ensuite une réflexion en dégageant et en cherchant à stabiliser les synergies de coopération susceptibles de réellement prendre en compte les difficultés répertoriées. Cette méthodologie [4-5], mise en œuvre au départ par des prestataires extérieurs, a fini par devenir un élément central de la démarche ASV. En sensibilisant, puis en mobilisant les acteurs travaillant localement dans les domaines de la santé, du social, de l'éducation et de l'insertion, le processus diagnostique engage de fait, sous l'impulsion du coordinateur, au sein d'une équipe responsable localement de la démarche ASV pilotée par les élus, un travail sur l'articulation et l'ajustement des acteurs

relevant de secteurs très différenciés. Leurs échanges, pour un même territoire, sur les moyens de porter une réflexion et une action plus soutenue et globale en faveur des populations fragilisées – telles les familles monoparentales, les personnes vieillissantes, les personnes handicapées, ou les immigrés –, permettent de réduire l'amplification des difficultés et de restaurer les ressources propres des personnes sur le plan de leurs capacités de résistance et de recours aux biens de santé et de soins. L'approche globale poursuivie dans la durée, et que l'on qualifie de communautaire quand elle associe les publics plus systématiquement à la démarche, permet de ne pas retomber dans les approches catégorielles, dont les effets pervers ont bien été identifiés : réduction des personnes à leurs difficultés ou stigmatisation, coupure à l'égard des ressources sociales de soutien, et médicalisation. Le coordinateur ASV, en principe en position transversale à l'égard des enjeux sectoriels, peut acquérir une légitimité favorisant ce type d'approche. Sa compétence sur le plan du diagnostic stratégique et opérationnel favorise les liens établis avec les autres volets du CUCS.

DIMENSIONS DE L'ACTION

Une dimension méthodologique et analytique importante de l'action des ASV porte sur le fait que, dans le cadre de démarches ASV, les liens entre situation sociale, économique, familiale et difficultés rencontrées sur le plan de la santé peuvent être appréhendés à partir des trajectoires singulières des personnes, avec identification des moments clés ayant pu contribuer à les déstabiliser, les affaiblir ou à voir leur précarité s'exacerber. La proximité des publics, la mobilisation des données et le croisement des regards des professionnels permettent d'approcher cette dimension des vulnérabilités et de sortir d'un certain fatalisme ou déterminisme social. Si les statistiques apparaissent difficiles à infléchir sur le court terme, toute histoire singulière abordée dans son contexte constitue un challenge pour les acteurs sanitaires et sociaux [6-7]. Qu'il s'agisse de personnes ayant des difficultés avec l'alcool, dont on connaît les vulnérabilités et les risques sanitaires, ou des personnes confrontées à une maladie connue, la mobilisation intersectorielle tournée vers l'optimisation de l'aide et du suivi peut conduire à modifier d'une manière significative leur situation et leur devenir. Cette manière de travailler n'est pas propre aux ASV. Elle existe, d'une façon souvent informelle et sans être nécessairement valorisée, dans beaucoup de secteurs ainsi que dans la plupart des réseaux [8]. Ce que les ASV apportent, c'est le support d'un cadre d'action publique susceptible de contribuer à modifier ou à enrichir les politiques de santé publique, tant sur le plan de la dynamique instaurée sur le territoire par l'articulation entre les différents volets du CUCS que sur celui de l'articulation nécessaire avec les politiques régionales et nationales dans le champ des actions spécifiques visant à agir sur les inégalités sociales de santé.

Les effets de contexte tendent aussi à être pris en considération. Les problèmes de voisinage, de logement, de chômage, de mobilité, de relations intergénérationnelles, quand ils se cumulent, ont des effets sur la manière dont les

personnes appréhendent leur santé avec des risques de potentialisation des vulnérabilités individuelles et collectives pouvant éloigner encore plus les personnes des lieux d'aide et de soins. Dans ces conditions, il est possible d'agir aussi sur les contextes de manifestation et de production des difficultés au travers de postures visant à prendre soin des personnes et à les aider à prendre soin d'elles-mêmes [9]. La mobilisation sur des quartiers prioritaires, à l'échelle communale ou intercommunale, conduit à voir se développer des compétences et une vigilance à l'égard de certaines problématiques venant ébranler le fonctionnement ordinaire des actions de droit commun : des jeunes qui ne sont pas en état d'entrer dans les dispositifs de prévention pour causes de mal-être, violences, ou prise de risques, des adultes qui ne sont plus en état de profiter des dispositifs d'insertion suite à des problèmes d'alcoolisme, de dépression, ou de perturbation du rapport au temps, ou d'autres encore qui ont le sentiment de ne plus avoir la force ou les moyens de modifier leur place et d'utiliser les aides à cause d'un handicap, du vieillissement, ou d'une souffrance psychique. Ne plus se sentir en état ou en situation d'agir [11] est une composante sur laquelle l'action locale peut agir, mais *a contrario* une prise en compte trop sectorielle et spécialisée risque de ne faire que renforcer l'enfermement sur les difficultés.

Le différentiel qui s'exprime entre les publics vulnérables et les dispositifs sectoriels constitue un terrible fixateur et amplificateur des inégalités sociales de santé. Beaucoup d'ASV travaillent à dénouer ce type de boucle en recherchant des modalités d'approches alternatives et plurielles aux traitements spécialisés et médicalisants. Les actions sur le cadre de vie prenant en compte les difficultés liées à l'habitat, aux relations sociales, à la qualité de vie en sont une illustration particulièrement éclairante. Sur les quartiers nord de Marseille, les pathologies otho-rhino-laryngologiques, les problèmes d'hygiène, l'isolement et les problèmes de cohabitation, comme la question de l'insertion des malades psychiques dans la cité, sont abordés d'une manière intersectorielle autour de l'écosystème habitat-cadre de vie. L'information et la sensibilisation des habitants et des professionnels et des autres acteurs concernés permettent d'aborder les problèmes émergents dans la proximité, en particulier ceux qui articulent la dégradation des conditions de vie avec la souffrance psychique. La régulation des troubles du voisinage, l'aide à l'insertion de personnes souffrant d'un handicap mental dans la cité sont quelques exemples du genre d'actions qui touchent ces questions.

Dans ce même domaine de la santé mentale, des espaces de travail intermédiaires ont été coproduits par des acteurs locaux dans le cadre d'une réflexion collective impulsée par les ASV. On citera notamment les réunions d'évaluation de situations d'adultes en difficulté à Aubervilliers [9], une initiative reprise aujourd'hui dans de nombreuses communes, les conseils locaux de santé mentale, les réseaux de santé mentale, comme autant d'exemples de ces espaces intermédiaires. Le cadre ASV permet de penser une stratégie globale d'action à l'échelle d'un territoire qui intègre les différents registres de difficultés et leurs déterminants sociaux, et permet de positionner des actions de prévention, d'aide et de réduction des risques. Ce cadre permet également

de faire évoluer les manières de travailler d'une manière durable avec une certaine légitimité politique, au travers de concertations institutionnelles, en articulation avec les programmes régionaux.

EXEMPLES

La prévalence socialement différentielle du surpoids chez les enfants fournit un exemple intéressant de l'action des ASV. À l'échelle française, cette prévalence, qui est de 18,6 % des élèves de CM2 en dehors des zones urbaines sensibles (ZUS), augmente en atteignant 22,5 % des enfants résidant en ZUS avec un effet majoré pour les familles monoparentales pour lesquelles ce taux passe à 25 % et atteint 30,8 % dans les zones d'éducation prioritaires (ZEP) [10].

Les actions relatives à la nutrition et au surpoids représentent 60 % des programmes locaux de santé publique initiés dans le cadre des ASV [3]. Les liens avec la précarisation sont aujourd'hui bien établis. L'obésité touche préférentiellement les immigrés et les pauvres et, au-delà des effets de composition liés à la concentration de ces populations dans les quartiers en difficulté, des effets du contexte de résidence, notamment de l'offre alimentaire, sont mis évidence [11]. Les actions, en lien avec le Programme national nutrition santé (PNNS) et avec les objectifs du Plan régional de santé publique (PRSP), tendent à mobiliser des acteurs très différents qui conjuguent leurs efforts et leur expertise pour agir au plus près des publics concernés. Parmi ces actions, on note des actions d'information dans les établissements ZEP et les quartiers sensibles, la prise en compte des déterminants au sein des programmes de réussite éducative et des politiques de restauration scolaire, l'animation de groupes intersectoriels de travail associant des professionnels de la santé, du social et de l'éducation destinés à mieux identifier les besoins et à engager des campagnes de sensibilisation, la promotion des activités sportives. Certains déterminants contextuels sont considérés, comme l'accessibilité géographique des magasins d'alimentation de détail et la proportion de commerces de restauration rapide (*fast food*) parmi les restaurants qui participent à une standardisation des modes d'alimentation qui contribue à une précarisation nutritionnelle.

L'articulation et l'organisation des actions, au sein d'un programme pour un territoire donné, créent des synergies qui augmentent la visibilité et la proximité de ces actions pour les populations visées. Ces programmes permettent également de sortir des actions ponctuelles pour introduire de la continuité et des possibilités d'évaluation. Lorsqu'elles tiennent compte de la prévalence de la précarité et des habitudes culturelles, les actions qui interagissent ainsi sur les modes de vie ont le potentiel de modifier certains des facteurs structurants des inégalités sociales de santé. Il serait possible d'en dire autant des démarches qui travaillent sur les conduites à risques et les addictions. Il s'agit à nouveau de problèmes multifactoriels qui supposent, pour être abordés, d'engager des actions intersectorielles mobilisant de nombreux acteurs à l'échelle d'une communauté, soit l'ensemble des personnes résidant sur un territoire donné. Dans un tel cadre, les actions concertées peuvent produire

des changements d'échelle et de perception dans l'approche de ces questions de santé publique et contribuer à moyen terme à faire évoluer les pratiques. Si les déterminants sociaux sont ici complexes à identifier, ils ont fortement à voir avec les conditions de vie, la qualité des relations sociales et de l'environnement, le rapport à la santé et aux professionnels et les perturbations enregistrées au niveau des trajectoires individuelles. Dans un tel système, le développement des compétences préventives des professionnels relevant des instances de droit commun comme l'éducation, l'insertion, les droits et la citoyenneté, peut réduire la tendance à la fixation sur une difficulté ou un stigmate. Les échanges entre professionnels de secteurs différents autour de la santé des habitants d'un quartier participent à l'élargissement de leur espace de compétence sans pour autant les écarter de leur mission. La place des structures qui offrent des services spécialisés en ressort dynamisée, à condition qu'une réflexion collective et qu'une clarification de la place et du rôle de chacun aient été effectuées. Les ASV, de ce point de vue, ont apporté une contribution indéniable sur le plan méthodologique [12], mais aussi sur le plan de la délimitation du territoire opérationnel permettant de développer des actions intersectorielles dans les champs de la santé mentale et de la prévention.

CONCLUSION

La description que nous venons de faire des ASV doit cependant être nuancée, au regard de la persistance d'une hétérogénéité importante dans leur mise en œuvre. Si la tendance dominante travaille bien de cette manière, d'autres modalités de travail coexistent. Certains ASV se concentrent sur la production et la diffusion d'informations généralistes sur les risques et les bons comportements, alors que d'autres se réduisent à la mise en place de la coordination d'actions dispersées qui ne sont pas portées sur un plan politique. Ces inégalités de développement s'expliquent en raison du choix de ne pas constituer un dispositif rigide et reproductible [13]. Sur chaque territoire, un agencement singulier est recherché, tenant compte de l'histoire locale, du contexte social, du système de facteurs particulier alimentant les inégalités [14] et des ressources mobilisables. Ce pragmatisme, propre à la démarche ASV, constitue un des gages de l'instauration d'actions de proximité inscrites dans l'espace potentiel de la réduction des inégalités sociales de santé [15].

Bibliographie

- [1] Châtel V., Soulet M.-H., dir. *Agir en situation de vulnérabilité*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2003 : 214 p.
- [2] Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances. *Ateliers Santé Ville. Note de synthèse des résultats de l'enquête menée par la société Kynos*, Paris : ACSE, 2009 : 6 p.
En ligne : http://www.lacse.fr/ressources/files/pol_ville__new/Enquete_ASV_-_Les_points-cles.pdf [dernière consultation le 11-11-2009].
- [3] Bertolotto F., Joubert M., Mannoni C., Vincent M.-A. *Analyse critique du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale. Synthèse du rapport final*. Saint-Denis : Secrétariat

- général des CIV, 2009 : 17 p. En ligne : http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/P074AnalyseCUCS_Sante.pdf [dernière consultation le 11-11-09].
- [4] Joubert M., Mannoni C. *Les Ateliers Santé Ville. Expérimentations en Seine-Saint-Denis*. Saint-Denis : Profession Banlieue, 2003 : 151 p.
- [5] Mannoni C. *Politique de la ville, territoire et santé*. Saint-Denis : Profession Banlieue, 2004 : 111 p.
- [6] Allonier C., Debrand T., Lucas-Gabrielli V., Pierre A. Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage. *Questions d'économie de la santé*, février 2009, n° 139 : 6 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Oes/Oes139.pdf> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [7] Chauvin P. Environnement social et santé : avancées et perspectives dans l'étude des effets du contexte sur la santé. In : Chauvin P., Parizot I., dir. *Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social*. Paris : Éditions INSERM-Vuibert, 2005 : p. 187-200.
- [8] Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V., dir. *Précarisation, risque et santé*. Paris : Éditions INSERM, 2001 : 474 p.
- [9] Arcella-Giroux P. Une expérience de travail pluridisciplinaire à l'échelle ville. *Rhizome*, 2004, n° 16. En ligne : <http://www.ch-le-vinatier.com/orspere/fichiers/rhizome/Rhizome16.pdf> [dernière consultation le 15 octobre 2009].
- [10] Tronto J. *Un monde vulnérable. Pour une politique du CARE*. Paris : Éditions La Découverte, 2009 : 235 p.
- [11] Chauvin P., Parizot I. *Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS*. Paris : Éditions de la DIV, coll. Les documents de l'ONZUS, 2009 : 105 p.
- [12] Gueniffey A. Regard sur les fonctions en jeu dans le projet local de santé publique. *Santé publique*, 2007, vol. 19, supplément n° 1 : p. 579-586.
- [13] Agamben G. *Où est-ce qu'un dispositif ?* Paris : Éditions Petite Bibliothèque Rivage, 2007 : 50 p.
- [14] Bihl A., Pfefferkorn R. *Le système des inégalités*. Paris : La Découverte, 2008 : 128 p.
- [15] Délégation interministérielle à la Ville. *Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Compte rendu de la rencontre, 6-8 octobre 2008*. Bordeaux : Les Éditions de la DIV, 2009 : 330 p.

Section III | **Systèmes de soin et prévention**

CONCEPTS CLÉS

Système de santé

Ensemble des ressources et des acteurs privés, associatifs ou publics, qui contribuent, dans une société donnée, au maintien et à l'amélioration de la santé de la population, par des actions curatives et préventives sur les facteurs de risque de maladie, et, par extension, sur les déterminants de la santé.

Système de soins

Ensemble des ressources et des acteurs privés, associatifs ou publics qui, dans une société donnée, assurent les services médicaux et paramédicaux aux personnes en vue de : 1) prévenir l'occurrence de certaines affections, 2) guérir les conditions pathologiques qui peuvent l'être, 3) rééduquer les fonctions physiologiques rendues déficientes suite à un accident ou un épisode aigu de maladie, 4) gérer les actions qui préviennent les complications des maladies chroniques, et 5) soulager la douleur.

Promotion de la santé

Ensemble des actions et processus mis en œuvre pour renforcer les capacités de chacun, individuellement et collectivement, à agir dans un sens favorable à la santé. De plus, la promotion de la santé met en avant certains principes et valeurs, tels une conception positive et globale de la santé, l'empowerment, la participation et l'équité qui doivent fonder l'action.

Équité d'accès

Qualité d'un système de soins qui garantit à chacune des personnes éligibles et desservies par le système, un accès à des soins appropriés et de qualité en fonction des besoins exprimés.

Populations vulnérables

Segment d'une population qui, à cause du partage d'une caractéristique définie socialement et associée avec la structure de stratification d'une société, concentre plusieurs facteurs de risque et de complications pour certaines affections. Les catégories sociales associées à la vulnérabilité varient selon les sociétés, mais, en général, les femmes, les personnes âgées, les personnes de minorités visibles, les personnes ayant eu des démêlés avec la justice, les personnes vivant avec un handicap et les autochtones forment des populations plus vulnérables.

Soins de santé primaire

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de leur communauté par des moyens acceptables pour eux et à un coût que les communautés et le pays puissent assumer. Ils font partie intégrante du système de santé national, dont ils sont le principal point d'interface avec les communautés.

Introduction

MARIE-JOSÉ MOQUET ET PIERRE LOMBRAIL

Résumé : La France a généralisé l'accès aux soins par sa politique de protection sociale étendue à toute la population depuis 2000 via la couverture maladie universelle (CMU). Mais, en dépit de cette avancée incontestable, dans la réalité quotidienne, des inégalités d'accès et de recours aux soins persistent et continuent d'être socioéconomiquement marquées. Or, l'accès à la prévention et aux soins fait partie des déterminants de santé parmi les plus influents sur la constitution d'inégalités sociales de santé. Cette section « Systèmes de soins et prévention » documente le rôle que le système de soins peut avoir dans la réduction des inégalités sociales de santé. Sont notamment présentés : le rôle de l'hôpital mais aussi du médecin généraliste dans la réduction de ces inégalités, l'adaptation depuis plusieurs décennies du service de protection maternelle et infantile (PMI) de Paris pour une prise en compte plus égalitaire des populations les plus défavorisées ; l'expérience pilote de prévention et de prise en charge de la santé mentale à Lille et sa région, validée comme « bonne pratique » par l'OMS. Et, enfin, le programme de dépistage du cancer du sein en Seine-Saint-Denis qui fait intervenir des « visiteurs de santé publique » pour tenter d'inclure dans la prévention les femmes en situation socioéconomique défavorable.

La France a généralisé l'accès aux soins par sa politique de protection sociale étendue à toute la population par la mise en place en 1999-2000 de la couverture maladie universelle (CMU) et de la CMU-Complémentaire ainsi que des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour les personnes en situation de précarité. De nombreux indicateurs de santé

témoignent d'une évolution favorable de la santé des Français. Cependant, les données épidémiologiques montrent des différences de l'état de santé (voir section III, Lang et Leclerc) et des différences d'accès et de recours aux soins qui sont socioéconomiquement marquées [1-4]. De même, des résultats concernant des actions de prévention en population générale, tels des campagnes d'information ou des programmes de dépistage par exemple, tendent à montrer qu'il existe des différences socioéconomiques dans le recours aux soins et à la prévention ainsi qu'un gradient social dans l'adoption de comportements favorables à la santé (voir section I, Potvin, Ginot et Moquet).

Si les stratégies qui apparaissent prioritaires pour la réduction des inégalités de santé passent par la mise en œuvre de politiques publiques, au niveau économique, social, fiscal, éducatif, culturel ou environnemental comme le montre la section II, « Les politiques publiques », ces politiques publiques ne peuvent ignorer que l'accès à la prévention et aux soins fait partie des déterminants sociaux de la santé et qu'il s'agit d'une mesure d'équité sociale. Les pays, qui ont développé des stratégies de lutte contre les inégalités sociales de santé, ont d'ailleurs inscrit la nécessaire mobilisation du système de santé, notamment au travers des dispositifs de prévention et de la médecine de soins primaires [5-6]. Cette nécessaire mobilisation du système de santé est également prise en compte dans la nouvelle structuration des agences régionales de santé (ARS), et un guide, entièrement dédié à la prise en considération de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques régionales de santé par les ARS, a été élaboré [7]. Cette troisième section a pour objectif de documenter le rôle que le système de santé peut avoir dans la réduction des inégalités sociales de santé à travers la prévention et la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé ou de promotion de la santé. Le rôle du système de soins est questionné, tant dans l'amélioration globale de l'état de santé de la population que dans la réduction des inégalités sociales de santé qui sont avérées. Même si le rôle de l'accès aux soins et à la prévention est difficilement quantifiable, comme celui des autres déterminants sociaux de la santé, il n'en reste pas moins qu'il existe et ne peut être négligé [8-9].

Le premier chapitre de cette section décrit le « rôle des soins dans les stratégies visant à réduire les inégalités sociales de santé ». Il démontre que l'accroissement de la participation financière des ménages, les franchises médicales, les difficultés d'accès au secteur conventionné¹ (médecins), sans dépassement des tarifs de l'assurance maladie, aggravent les inégalités d'accès aux soins. Mais la question de l'accès financier ne représente pas l'ensemble de la problématique de l'accès aux soins. Pierre Lombraïl analyse le fait que ces inégalités traduisent également la non-prise en compte de la dimension sociale des problèmes de santé qui conduit à deux types d'inégalités : des inégalités par omission produites par un fonctionnement fondé sur la dominance de soins curatifs et la réponse à la demande individuelle ; des inégalités par construction, produites par l'utilisation de référentiels de pratiques ou de programmes qui méconnaissent ces inégalités.

L'offre de soins et de prévention repose sur deux grands secteurs : le secteur d'activité libéral de médecine générale et de médecine spécialisée, et le secteur hospitalier. Le chapitre sur la médecine générale face aux inégalités sociales de santé d'Hector Falcoff décrit le rôle des médecins généralistes à la lumière des modèles étrangers d'organisation des soins de santé primaires et de la qualité du service rendu à la population. Puis Pierre Lombrail et Jean Pascal analysent le rôle de l'hôpital. L'évolution des modes de recours aux services de santé fait de l'hôpital public une source privilégiée de soins pour les catégories modestes de la population, ce qui lui confère une responsabilité particulière dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Il est d'autant plus important de l'acter que le contexte budgétaire n'est guère favorable au développement des actions nécessaires.

Dans le chapitre sur les évolutions de la politique de protection maternelle et infantile de Paris, Marcelle Delour et Laurence Desplanques montrent comment le système de protection maternelle et infantile (PMI) s'est organisé et adapté depuis 1945, pour permettre l'accès à un dispositif de droit commun aux femmes les plus défavorisées. Le rôle primordial des dispositifs en périnatalité et pour la petite enfance est largement explicité, et les données scientifiques confirment l'importance de cette période dans la construction des inégalités sociales de santé. Au cours de cette période primordiale, l'enjeu est de travailler au repérage de situations à risque et à la mise en œuvre de réponses qui permettent à toutes les femmes de bénéficier d'un dispositif de droit commun de qualité.

Dans leur chapitre sur les réseaux de partenariats en santé mentale, Jean-Luc Roelandt, Pauline Rhenter, Aude Caria et Pierre Surault donnent les éléments d'une démarche systémique prenant en compte les déterminants sociaux de la santé tels le logement, le travail ou l'insertion sociale, afin de réduire les inégalités sociales de santé dans ce champ. La description des actions, dans le cadre du dispositif de droit commun que le secteur psychiatrique peut mettre en œuvre, montre l'importance du travail intersectoriel avec tous les dispositifs permettant le maintien d'une vie sociale des personnes souffrant de maladie mentale, que ce soit dans la cité, dans la famille ou en milieu de travail.

Enfin, dans sa contribution sur le dépistage organisé du cancer du sein en Seine-Saint-Denis, Youcef Mouhoub montre le rôle des actions de proximité en éducation pour la santé et du travail intersectoriel pour soutenir l'efficacité de dispositifs nationaux de dépistage, en développant des outils adaptés au transfert de connaissances, de l'information et de leur appropriation. Il décrit le travail de proximité réalisé par des acteurs relais, dans des quartiers en difficulté, auprès des personnes les plus éloignées du système de soins et de prévention.

Cette courte collection d'expériences et de données probantes montre que l'action dans le système de santé est possible et que ce dernier peut, et donc doit, apporter sa contribution à la réduction des inégalités sociales de santé.

Bibliographie

- [1] Boisguérin B. État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003. *Études et résultats*, mars 2004, n° 294 : 8 p. En ligne : www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er294.pdf [dernière consultation le 10/12/2009].
- [2] Allonier C., Guillaume S., Rochereau T. Enquête Santé et Protection sociale 2004 : premiers résultats. *Questions d'économie de la santé*, juillet 2006, n° 110 : 6 p. En ligne : www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes110.pdf [dernière consultation le 10/12/2009].
- [3] Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS). *Les Documents de l'ONZUS : les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles*. La Plaine-Saint-Denis : DIV, Les documents de l'Onzus, mai 2009, n° 1 : 150 p. En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/Documents_01_2009_cle2112ab.pdf [dernière consultation le 10/12/2009].
- [4] Marical F., De Saint Pol T. La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités. *INSEE Première*, juin 2007, n° 1142 : 4 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1142®_id=0 [dernière consultation le 10/12/2009].
- [5] Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., et al. Politiques de réduction des inégalités de santé. Quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Questions d'économie de la santé*, février 2005, n° 92 : 6 p. En ligne : www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes92.pdf [dernière consultation le 10/12/2009].
- [6] Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. *Questions d'économie de la santé*, février 2005, n° 93 : 8 p. En ligne : www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes93.pdf [dernière consultation le 10/12/2009].
- [7] Basset B., dir. *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Dossiers Varia, 2009 : 203 p. En ligne : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf [dernière consultation le 10/12/2009].
- [8] Arblaster L., Lambert M., Entwistle V., Forster M., Fullerton D., Sheldon T., et al. A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1996, vol. 1, n° 2 : p. 93-103.
- [9] Paterson I., Judge K. Equality of access to healthcare. In: Mackenbach J., Bakker M., dir. *Tackling inequalities in health: A European perspective*. Londres : Routledge, 2002 : p. 169-187.

Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ?

HECTOR FALCOFF

Résumé : Quel rôle le médecin généraliste peut-il jouer dans la réduction des inégalités sociales de santé ? Le praticien a un rôle majeur mais n'est pas toujours en capacité de l'assumer, pour de multiples raisons. De nombreux travaux scientifiques montrent que les soins primaires – y compris les consultations des généralistes – peuvent réduire ces inégalités, à condition toutefois que la consultation ne soit pas trop courte et qu'elle soit interactive, que des protocoles soient respectés et que le médecin généraliste travaille en réseau – avec infirmières et travailleurs sociaux par exemple –, ce qui va permettre un suivi et une prise en charge plus large et plus adaptée du patient. À titre d'exemple, un programme d'éducation thérapeutique pour patients insuffisants cardiaques a permis de réduire le nombre de décès et d'hospitalisations et, chose rare, ceux qui en ont le plus bénéficié sont les patients de faible niveau d'alphabétisation. Les études scientifiques mettent en avant une panoplie de moyens qui permettraient au médecin généraliste de jouer un rôle accru dans la réduction des inégalités de santé. Ainsi les « rappels automatiques » des patients constituent l'intervention la plus efficace pour les soins protocolisés (maladies chroniques) et la prévention. Cette technique, qui permet d'assurer la continuité de la prise en charge, a permis d'améliorer la qualité des soins des populations défavorisées. Autres techniques scientifiquement validées : rendre le patient plus actif pendant la consultation. Par ailleurs, au Royaume-Uni, le paiement des médecins à la performance, liée à l'examen de 150 indicateurs, a permis de réduire les écarts de soins entre zones riches et pauvres. En France, entre autres mesures envisageables, la réduction des inégalités de santé pourrait être inscrite comme priorité pour les organismes scientifiques et professionnels de médecine générale.

Mots clés : prévention, médecine générale, données probantes, soins primaires, amélioration de la qualité.

INTRODUCTION

Dans les zones économiquement défavorisées, les patients ont plus souvent des maladies chroniques, des facteurs de risque, des problèmes psychologiques et sociaux [1-2]. Alors que les besoins sont plus importants, les médecins généralistes qui exercent dans ces zones sont moins nombreux, ont une charge de travail plus élevée et disposent de moins de ressources humaines et techniques [3]. La durée des consultations est inversement associée à la charge de travail du médecin généraliste et au niveau socioéconomique local [1, 4-6]. L'effet combiné de consultations plus courtes et de l'accumulation de problèmes accroît la probabilité que les questions non urgentes, et notamment la prévention et l'éducation thérapeutique, soient laissées de côté [7-9].

En 1971, un généraliste anglais, Julian Tudor Hart, énonça le principe de l'*inverse care law* : la disponibilité de soins médicaux de bonne qualité tend à varier de manière inversement proportionnelle au besoin de la population concernée [10]. Cette loi se vérifie encore aujourd'hui dans notre pays. C'est le cas, par exemple, pour les maladies cardiovasculaires comme l'hypertension artérielle [11] ou la maladie coronaire [12]. De nombreux travaux étrangers montrent cependant qu'il est possible d'agir en soins primaires pour réduire les inégalités sociales de santé. Nous examinerons successivement ce qui a fait ses preuves à l'étranger, ce qui paraît immédiatement transposable en médecine générale et ce qui ne peut l'être qu'au terme de transformations systémiques qui dépendent de choix collectifs dans lesquelles la profession doit être partie prenante.

DES INTERVENTIONS MENÉES EN MÉDECINE GÉNÉRALE/SOINS PRIMAIRES PEUVENT-ELLES RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?

Les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé, ou de qualité des soins, sont difficiles à construire et à évaluer [13], et leur niveau de preuve est inégal. Les interventions peuvent chercher à agir au niveau des patients, des professionnels, de l'organisation du système, ou à plusieurs niveaux en même temps [14]. L'analyse de la littérature permet de distinguer six approches : 1) l'éducation des patients ou des professionnels ; 2) les outils informatiques incluant des rappels destinés aux professionnels et/ou aux patients ; 3) la modification du déroulement des consultations ; 4) l'intervention de nouveaux acteurs et la réorganisation des soins ; 5) l'utilisation d'indicateurs de qualité des soins ; 6) les démarches d'amélioration continue de la qualité. Les interventions combinent souvent plusieurs de ces approches, et il est difficile d'établir des preuves de l'efficacité de chaque élément considéré séparément.

L'éducation des patients

Dans quelques études, la diffusion de documents d'information aux patients ayant un niveau d'éducation faible a amélioré leur adhésion à des soins préventifs : dépistage du cancer du col utérin [15], du cancer colorectal [16], vaccination antipneumococcique [17]. Les documents doivent être minutieusement mis au point et testés. Ils doivent être brefs, clairs, écrits dans un niveau de langage adapté au niveau de lecture des patients ciblés.

L'éducation thérapeutique des patients a fait la preuve de son efficacité [18], et peut aussi contribuer à la réduction des inégalités. Un programme éducatif à destination de malades insuffisants cardiaques a permis de réduire le nombre de décès et d'hospitalisations à un an. L'analyse par sous-groupes montrait que ce bénéfice concernait les patients de faible niveau d'alphabétisation, alors que pour les patients de haut niveau d'alphabétisation il n'y avait pas de différence entre les deux groupes de l'étude, ceux soumis aux programmes et les autres [19].

L'éducation des professionnels

Aux États-Unis, certains programmes ont été mis au point pour améliorer la compétence culturelle des professionnels. L'impact de tels programmes sur les inégalités n'est pas démontré à ce jour. Il semble que, sous certaines conditions, les individus peuvent consciemment écartier les a priori associés de manière plus ou moins automatique à la catégorisation sociale. Un professionnel de santé est moins influencé par ses a priori si : 1) il a pris conscience de leur existence, 2) il est fortement motivé pour les remplacer par des informations objectives, 3) il dispose du temps et des ressources cognitives suffisantes pour accomplir ce travail [20].

Les dispositifs basés sur des rappels destinés aux professionnels et/ou aux patients

Ces dispositifs associent de manière diverse quatre types de dispositifs. Un dispositif de type *register* consiste en une liste des patients pour lesquels certaines procédures de prévention ou de soins sont recommandées selon une périodicité bien définie. Un dispositif de type *reminder* est un programme qui déclenche des rappels automatiques destinés au médecin ou à l'infirmière lorsque le moment de réaliser la procédure approche. Un dispositif de *recall* est un système de rappels téléphoniques ou postaux des patients. Finalement, un dispositif de type *outreach* est une intervention d'un professionnel qui va sur le terrain pour informer les patients concernés, au lieu d'attendre qu'ils se présentent spontanément en consultation.

Les interventions réalisées au niveau des professionnels, et destinées à améliorer la qualité des soins reçus par les minorités ethniques, ont fait l'objet d'une revue systématique de la littérature [20]. Le résultat principal est que les rappels automatiques constituent l'intervention la plus régulièrement

efficace pour les soins protocolisés et la prévention. Les rappels automatiques se sont montrés capables d'améliorer la qualité des soins des populations défavorisées aussi bien dans les interventions ciblées sur ces populations que dans les interventions universelles.

Une revue Cochrane (*Cochrane Review*) de 2005 a conclu que les dispositifs de type *reminder / recall* étaient efficaces pour améliorer la couverture vaccinale de la population des enfants et des adultes, pour diverses vaccinations [21]. La synthèse ne s'intéressait cependant pas à l'efficacité des systèmes pour réduire des gradients sociaux.

Les modifications du déroulement des consultations

Les études d'intervention publiées dans ce domaine sont rares, et n'ont pas été conçues spécifiquement pour montrer une réduction des inégalités sociales de santé. L'efficacité de deux types d'interventions semble probable et mérite d'être connue. Appliquée de manière ciblée à des populations défavorisées, chacune de ces interventions pourrait contribuer à réduire les inégalités de santé.

Le premier type d'intervention, rapporté dans une revue systématique [22], vise à rendre le patient plus actif pendant la consultation. Pour cela, il lui est demandé de compléter, en salle d'attente, un questionnaire préparatoire à la consultation, ou de lire une brochure d'information, ou un bref document signé du médecin, l'incitant à poser des questions et à exprimer ses idées sur le diagnostic et le traitement pendant la consultation. Certaines interventions visent à rendre plus actif le médecin, par exemple en lui faisant prendre connaissance d'un questionnaire rempli par le patient en salle d'attente. Plus de la moitié des études d'activation des patients et des médecins montrent des résultats positifs comme une réduction de l'anxiété ou une amélioration de l'état fonctionnel des patients. Le caractère peu coûteux de ce type d'intervention doit être souligné.

Le deuxième type d'intervention concerne la durée des consultations. Plusieurs études d'observation ont montré une association positive entre la durée des consultations et la qualité des procédures et des résultats des soins [23]. Toutefois, en 2006, une revue Cochrane des interventions visant à modifier la durée des consultations conclut à la faiblesse méthodologique des études et à l'absence de preuves suffisantes des bénéfices de cette modification [24].

L'intervention de nouveaux acteurs et la réorganisation des soins

Le *disease management* est un modèle d'organisation des soins développé initialement aux États-Unis par les assureurs de la santé, puis en Angleterre et en Allemagne. Il concerne les principales pathologies chroniques. C'est une tentative pour à la fois réduire le coût des prises en charge et améliorer la conformité des soins aux recommandations [25]. Les programmes de *disease management* associent constamment quatre éléments : 1) l'identifica-

tion d'une population de patients atteints de la pathologie par la constitution et la tenue d'un registre ; 2) des recommandations et/ou une protocolisation des soins ; 3) une aide offerte aux patients pour les aider à gérer leur maladie ; 4) un système d'information pour suivre en continu l'évolution des patients et la qualité des soins. Par rapport aux autres approches décrites plus haut, le *disease management* se caractérise par la tentative d'intégrer les différentes approches et surtout, par l'apparition de nouveaux acteurs qui peuvent être des infirmières, des travailleurs sociaux, des *case managers* ou gestionnaires de cas.

Le concept du *chronic care model* a été développé depuis une dizaine d'années [26-27]. Il comprend six éléments interdépendants, qui se renforcent réciproquement et qui sont décrits dans l'encadré 1 (ci-après).

ENCADRÉ 1

Le modèle de prise en charge des maladies chroniques, *chronic care model*

Ce modèle de prise en charge des maladies chroniques repose sur six éléments. Le premier est le rapport contractuel avec les financeurs qui donne priorité à la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques. Le deuxième est l'articulation avec les ressources extérieures, telles que les centres d'accueil de personnes âgées, les lieux où les patients peuvent pratiquer une activité sportive adaptée, les groupes d'entraide mutuelle des patients ayant une addiction, les équipes spécialisées en éducation des patients, etc.. Le troisième élément est l'orientation de l'éducation des patients vers l'acquisition d'attitudes et de compétences leur permettant d'être actifs dans la prise en charge de leur maladie chronique. Le quatrième élément est une réorganisation des soins avec un partage

des tâches dans lequel le suivi planifié et protocolisé des pathologies chroniques est assuré par des infirmières, celles-ci orientant vers les médecins, les patients les plus difficiles et ceux pour qui les objectifs de la prise en charge ne sont pas atteints. Le cinquième élément est l'aide à la décision qui comprend la formation de l'équipe, la mise à disposition de recommandations sous forme opérationnelle pendant la consultation et parfois des accords avec des experts extérieurs qui peuvent être sollicités par téléphone pendant les consultations. Le sixième élément est le système informatique qui contribue à l'aide à la décision par des rappels automatiques, qui fournit le registre des patients pour la planification des soins, et qui assure un retour d'information au groupe sur la qualité des prises en charge.

Au-delà des pathologies chroniques, le modèle est considéré comme pertinent pour l'organisation des soins de prévention [28]. Une revue générale de la littérature [29], une revue portant sur le diabète [30], et une revue portant sur la bronchopneumopathie chronique obstructive [31], ainsi qu'une méta-analyse portant sur l'asthme, l'insuffisance cardiaque, la dépression et le diabète [32], ont conclu que des interventions mettant en œuvre un ou plusieurs éléments

du *chronic care model* peuvent améliorer la qualité des procédures et des résultats des soins délivrés aux patients atteints de pathologies chroniques en soins primaires.

Les études évaluant spécifiquement l'impact du *chronic care model* sur les inégalités sociales de santé sont peu nombreuses. Certains travaux suggèrent que le modèle peut réduire les inégalités de prise en charge des malades dépressifs [33].

Les indicateurs de qualité des soins

Les indicateurs de qualité des soins sont des éléments mesurables d'une pratique, de la survenue d'un événement, ou d'un état de santé, et qui permettent d'apprécier de manière valide et fiable la qualité des soins, et ses variations dans le temps et dans l'espace [34]. Aux États-Unis, depuis 1997, toutes les organisations de soins qui participent au programme *Medicare* doivent rendre publique leur performance, basée sur la mesure d'indicateurs de qualité des soins définis au niveau national [35]. En 2004, le Royaume-Uni a mis en route un programme de paiement à la performance destiné aux médecins généralistes, le *Quality and Outcomes Framework*. Le principe consiste en une augmentation des revenus des médecins en fonction de la performance réalisée par les cabinets médicaux, mesurée par 146 indicateurs portant sur dix pathologies chroniques, l'organisation des soins et la satisfaction des patients [36]. Plusieurs études ont évalué l'impact de ce dispositif sur les inégalités sociales de santé. La réduction des inégalités a été plus sensible pour les procédures de soins que pour les résultats intermédiaires tels que les valeurs de l'hémoglobine glyquée ou de la pression artérielle [37-38]. Cependant, alors que, sur l'ensemble des indicateurs, la première année montrait une différence entre les zones les plus riches et les plus pauvres, l'amélioration dans ces dernières a été plus importante, permettant un rattrapage réel et une réduction substantielle des écarts, voire leur disparition pour certains indicateurs [39-41]. La condition d'implantation incontournable pour ce type de programme est le développement d'un système d'information efficace dans les cabinets de médecine générale [42].

L'amélioration continue de la qualité des pratiques

Les démarches d'amélioration continue de la qualité peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales de santé à trois conditions : 1) poser comme principe que l'équité est une dimension essentielle de la qualité des soins ; 2) mesurer systématiquement la position sociale des patients ; 3) mesurer les indicateurs de qualité en les stratifiant systématiquement en fonction de la position sociale [43].

QUE PEUVENT FAIRE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LEUR CABINET DÈS AUJOURD'HUI ?

Aujourd'hui, la majorité des médecins généralistes français sont payés à l'acte, exercent en solo ou dans des structures de petite taille, sans collaboration avec des infirmières ou des assistants, avec des moyens en secrétariat réduits. Ces conditions favorisent la réponse à la demande plus qu'au besoin. Les inégalités sociales de santé ont leur origine en dehors du système de santé, mais celui-ci tend à les accentuer *via l'inverse care law*. Pourtant, un médecin généraliste peut souhaiter faire partie de la solution plutôt que du problème [44].

Par où commencer ?

La réponse à cette question ne peut pas se baser uniquement sur des données scientifiques. Dans le domaine de l'organisation des soins, le poids de chaque contexte est encore plus important que dans le domaine clinique. Il faut construire l'action en se basant à la fois sur les preuves disponibles, sur la théorie et sur ce qui paraît raisonnable [45] dans chaque contexte d'exercice. Pour le médecin isolé, probablement la première chose à faire est de susciter la motivation parmi des collègues proches. Cabinet de groupe, association locale de formation médicale continue, groupe de pairs, maison médicale peuvent servir de base à un projet commun. La dynamique de groupe entretient la motivation. La définition claire des objectifs, la répartition des tâches, l'analyse commune des expériences, la mutualisation des moyens augmentent aussi les chances de succès, comme dans tout projet.

Faut-il intervenir de manière universelle ou ciblée ?

Le risque des interventions universelles, c'est-à-dire celles qui s'appliquent à tous les patients concernés par le thème, est de ne pas réduire, voire d'accentuer les inégalités (voir section I, Potvin, Ginot et Moquet). Par exemple, si un médecin met en place un rappel automatique pour un dépistage, qui s'affiche à l'ouverture du dossier informatique du patient, il est possible que cette action bénéficie plus fortement aux patients en position sociale favorisée, ou aux plus éduqués, qui ont plus de facilité pour comprendre l'intérêt de ce dépistage et le réaliser.

Les interventions ciblées sur une catégorie défavorisée de la clientèle ne présentent pas le risque d'accentuer les inégalités, mais on imagine mal un médecin intervenir chez certains patients et pas chez d'autres en faisant le tri sur un critère social. La solution à ce dilemme dépend de la composition de la clientèle, qui est elle-même largement liée à la zone géographique d'exercice. Si la grande majorité de la clientèle est défavorisée, l'intervention peut être universelle. Si la clientèle est diversifiée, il faut définir soigneusement le groupe cible. Par exemple, si on cible les patients qui ont au moins trois facteurs de risque cardiovasculaire, ou ceux qui relèvent de la prévention secondaire, ou les diabétiques dont l'hémoglobine glyquée est supérieure à

8 %, on fait porter l'effort sur un segment de la clientèle dans lequel il y a très probablement une majorité de patients du bas de la hiérarchie sociale.

Une série d'actions spécifiques et réalisables

En ce qui concerne les outils informatiques, leur apport a été largement démontré. Aujourd'hui, tout logiciel de gestion du dossier médical est, ou devrait être, en mesure d'offrir ces possibilités [46]. La solution qui consiste à dégager plus de temps pour la consultation est compliquée. Qu'il consulte sur rendez-vous ou pas, le médecin généraliste devrait se donner les moyens de dégager du temps pour les cas complexes, soit en faisant des consultations longues, ce qui est pénalisant pour lui dans le système de paiement à l'acte, soit en faisant revenir les patients aussi souvent que nécessaire et de manière aussi rapprochée que nécessaire tout en étant gérable par le malade.

L'importance d'un bon carnet d'adresses n'est pas à négliger. Un outil probablement incontournable, quelles que soient la cible et l'action planifiée, est le réseau du médecin, matérialisé par un carnet d'adresses comprenant services sociaux, consultations spécialisées et plateaux techniques de secteur 1, secteur psychiatrique, réseaux ou services hospitaliers offrant des cycles d'éducation thérapeutique, diététique et physique, consultation de tabacologie et d'alcoologie, centres de soins spécifiques pour toxicomanes et encore bien d'autres. Au-delà du carnet, il est important de connaître les intervenants et leur manière de travailler, et de définir avec eux les circuits de prise en charge.

La référence aux spécialistes reste controversée. Il est prouvé que les patients du haut de la hiérarchie sociale recourent plus souvent aux spécialistes, soit directement, soit adressés par des médecins généralistes [47]. Outre l'obstacle financier, il est possible que les patients des catégories défavorisées soient moins demandeurs d'avis et de soins spécialisés. Une manière de lutter contre les inégalités dans ce domaine pourrait être, pour chaque médecin généraliste, de définir précisément les situations justifiant l'envoi systématique aux spécialistes, et de choisir des correspondants accessibles aux patients défavorisés.

En ce qui concerne les documents pour informer les patients et les rendre plus actifs pendant les consultations, le cabinet peut diffuser de tels documents pour informer les patients, et aussi pour les inciter à aborder des problèmes avec le médecin en consultation. Ce type d'action peut contribuer à lutter contre les inégalités de santé à condition que : 1) les documents soient conçus et rédigés pour les personnes ayant un niveau de lecture faible ; 2) les documents ciblent des problèmes de santé, ou de qualité des soins, pour lesquels les inégalités sociales en médecine générale sont marquées ; 3) le médecin prenne le temps de répondre si le patient aborde le problème.

Enregistrer systématiquement la position sociale des patients dans les dossiers

Il y a deux raisons principales pour le médecin de s'intéresser à la position sociale de chaque patient. La première est que cette position exprime un

risque social plus ou moins élevé et que la connaissance de ce risque oriente la prise en charge. Prenons un exemple : un homme de 45 ans vient consulter en urgence pour une infection respiratoire fébrile banale, et il est reçu entre deux consultations sur rendez-vous ; son examen clinique est normal. Cette consultation pourrait être très brève. Mais quelques questions sur sa position sociale montrent que ce patient exerce un métier manuel, qu'il n'a pas de mutuelle, est célibataire, n'a pas vu de médecin depuis quelques années. L'enjeu de la consultation change : il faut évaluer l'ensemble de ses facteurs de risque et essayer d'amorcer un suivi.

La seconde raison de s'intéresser à la position sociale des patients et de l'enregistrer dans le dossier, est que, si on veut réduire les inégalités, il faut d'abord les mesurer. Les indicateurs portant sur la qualité des procédures et des résultats des soins doivent pouvoir être mesurés séparément pour chaque groupe social afin de permettre les comparaisons, d'évaluer l'équité des pratiques et de suivre l'évolution des gradients sociaux de la qualité dans le temps. On peut proposer d'enregistrer a minima deux groupes de caractéristiques. Le premier est constitué de la profession formulée en clair, suivi de la catégorie socioprofessionnelle utilisant la nomenclature de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) de niveau 1, en huit postes et attribuant aux retraités le code de leur profession antérieure. La seconde catégorie renseigne sur la protection sociale du patient. Les médecins généralistes savent bien à quel point cette information est déterminante pour beaucoup d'aspects de la prise en charge, par exemple pour les patients qui ne bénéficient pas d'une mutuelle complémentaire, ni de la CMU.

Autoévaluer la pratique.

À un premier niveau on peut s'interroger sur le caractère égalitaire de la pratique médicale. Met-on en œuvre les mêmes procédures chez tous les patients, et leur donne-t-on accès de la même manière aux soins, indépendamment de leur position sociale ? À un second niveau on peut aussi s'interroger sur le caractère équitable de la pratique. Les soins ont-ils été dosés en fonction des besoins, afin que les résultats soient les moins différents possibles entre les catégories de patients ?

L'autoévaluation peut recourir à l'audit, méthode qui a montré sa capacité à détecter des inégalités de qualité des soins [48]. Pour les thèmes fréquents et importants, l'idéal serait l'approche par le suivi d'indicateurs. Cette approche aurait trois avantages sur l'audit : elle éviterait l'extraction manuelle des données à partir des dossiers, elle informerait sur toute la population concernée, et non sur un échantillon, elle permettrait de répéter la mesure aussi souvent que le médecin le souhaite, sans aucun effort. Il faudrait disposer d'un logiciel adapté permettant la saisie d'informations structurées dans les dossiers et la réalisation de statistiques de base comme des fréquences et tableaux croisés. En croisant l'information clinique avec celle, structurée également, sur la position sociale du patient, chaque médecin pourrait savoir s'il y a des gradients sociaux de qualité dans sa pratique et agir en conséquence.

ET POUR CONCLURE : QUE POURRIONS-NOUS FAIRE COLLECTIVEMENT ?

La question des inégalités sociales de santé est malheureusement quasi absente du discours et de l'action des structures scientifiques et professionnelles de la médecine générale. À quelques exceptions près, le thème ne figure pas dans les programmes de formation médicale initiale et continue des médecins généralistes. L'impact des inégalités sociales de santé sur la mortalité est difficile à percevoir au niveau d'une clientèle. La plupart des médecins se sentent responsables de l'acte de soin qu'ils délivrent, et non de la qualité de la prise en charge d'un segment de la population. L'idée que chaque patient est libre de se soigner bien ou mal, d'adopter ou non des comportements nocifs pour la santé est rarement abordée, alors même que cette liberté se distribue inégalement dans la société. Le dispositif du médecin traitant, malgré ses faiblesses et les entorses quotidiennes qu'il subit, peut être un premier pas vers la définition pour chaque médecin d'un segment de population vis-à-vis duquel il aurait une responsabilité.

Certaines initiatives pourraient être prises dès maintenant. La première serait d'inscrire le thème des inégalités sociales de santé parmi les thèmes prioritaires du développement professionnel continu des médecins généralistes. Il serait aussi très réaliste de solliciter l'assurance maladie afin qu'elle aide chaque médecin à constituer ses registres de patients par pathologie. Il suffirait de lui donner accès à la liste de patients l'ayant choisi comme médecin traitant, complétée, pour les patients concernés, par les diagnostics des affections de longue durée. Une action de plaider auprès du Conseil national de l'ordre des médecins serait envisageable afin d'obtenir une prise de position officielle sur la possibilité pour les médecins généralistes de rappeler les patients dont ils sont les médecins traitants, afin d'assurer la continuité de la prévention et de la prise en charge des pathologies chroniques. Plus difficile et demandant une coordination et un leadership à identifier est l'élaboration de recommandations pour la mesure et l'enregistrement de la position sociale des patients en routine en médecine générale accompagnée de la définition d'une série d'indicateurs simples et acceptables pour les principaux problèmes de prévention et les principales pathologies chroniques pour lesquelles il y a des inégalités. Enfin, il faudrait mettre en place un groupe de travail sur les logiciels de dossier médical, avec les structures scientifiques et professionnelles de la médecine générale, les éditeurs de logiciels, des représentants de la Haute Autorité de santé et de l'assurance maladie.

Le monde de la recherche devrait aussi être mobilisé pour répondre à certaines questions urgentes et dont les réponses permettraient d'importantes avancées pour que les pratiques de médecine généraliste contribuent à réduire les inégalités sociales de santé. Suit une liste non exhaustive de questions prioritaires. Que peut-on observer des effets de la position sociale et du niveau d'éducation sur les interactions entre médecins généralistes et patients ? Faut-il améliorer ces interactions, et si oui, comment ? Comment prendre en compte le risque social dans le processus de décision médicale, comme par

exemple dans la prévention cardiovasculaire ? Faut-il privilégier les interventions sur des zones défavorisées, sur des catégories de patients défavorisés, sur des catégories de patients définies par une accumulation de facteurs de risque ? Peut-on introduire, dans la rétribution des médecins généralistes, un paiement à la performance qui prenne en compte l'équité de celle-ci ?

Quelles que soient les réponses à ces questions, les médecins généralistes doivent montrer leur volonté collective de jouer un rôle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Dans certains pays, les sociétés scientifiques de médecine générale se sont engagées et ont pris position publiquement, affirmant le rôle que la médecine générale devait jouer face à ce problème [49-51]. Ce thème pourrait être un des axes de travail prioritaires du futur Collège de la médecine générale en cours de constitution aujourd'hui.

Bibliographie

- [1] Mercer S.W., Watt G.C. The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *Annals of Family Medicine*, 2007, n° 5 : p. 503-510.
- [2] Varkey A.B., Manwell L.B., Williams E.S., Ibrahim S.A., Brown R.L., Bobula J.A., *et al.*, MEMO Investigators. Separate and unequal: clinics where minority and nonminority patients receive primary care. *Archives of Internal Medicine*, 2009, n° 169 : p. 243-250.
- [3] Bach P.B., Pham H.H., Schrag D., Tate R.C., Hargraves J.L. Primary care physicians who treat blacks and whites. *New England Journal of Medicine*, 2004, n° 351 : p. 575-584.
- [4] Stirling A.M., Wilson P., McConnachie A. Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice. *The Journal of General Internal Medicine*, 2001, n° 51 : p. 456-460.
- [5] Furler J.S., Harris E., Chondros P., Powell Davies P.G., Harris M.F., Young D.Y. The inverse care law revisited: impact of disadvantaged location on accessing longer GP consultation times. *The Medical Journal of Australia*, 2002, n° 177 : p. 80-83.
- [6] Deveugele M., Derese A., Van Den Brink-Muinen A., Bensing J., De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *British Medical Journal*, 2002, n° 325 : p. 472.
- [7] Jaen C.R., Stange K.C., Nutting P.A. Competing demands of primary care: a model for the delivery of clinical preventive services. *Journal of Family Practice*, 1994, n° 38 : p. 166-171.
- [8] Nutting P.A., Baier M., Werner J.J., Cutter G., Conry C., Stewart L. Competing demands in the office visit: what influences mammography recommendations? *Journal of the American Board of Family Practice*, 2001, n° 14 : p. 352-361.
- [9] Rost K., Nutting P., Smith J., Coyne J.C., Cooper-Patrick L., Rubenstein L. The role of competing demands in the treatment provided primary care patients with major depression. *Archives of Family Medicine*, 2000, n° 9 : p. 150-154.
- [10] Hart J.T. The inverse care law. *The Lancet*, 1971, n° 1 : p. 405-412.
- [11] de Gaudemaris R., Lang T., Chatellier G., Larabi L., Lauwers-Cances V., Maitre A., *et al.* Socioeconomic inequalities in hypertension prevalence and care: the IHPAF Study. *Hypertension*, 2002, n° 39 : p. 1119-1125.
- [12] Lang T., Ducimetiere P., Arveiler D., Amouyel P., Ferrieres J., Ruidavets J.B., Montaye M., Haas B., Bingham A. Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality? Results from the French WHO-MONICA Project in men aged 30-64. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, n° 52 : p. 665-671.
- [13] Cooper L.A., Hill M.N., Powe N.R. Designing and evaluating interventions to eliminate racial and

- ethnic disparities in health care. *The Journal of General Internal Medicine*, 2002, n° 17 : p. 477-486.
- [14] Peek M.E., Cargill A., Huang E.S. Diabetes health disparities: a systematic review of health care interventions. *Medical Care Research and Review*, 2007, n° 64 : p. 101S-156S.
- [15] Michielutte R., Bahnson J., Dignan M.B., Schroeder E.M. The use of illustrations and narrative text style to improve readability of a health education brochure. *Journal of Cancer Education*, 1992, n° 7 : p. 251-260.
- [16] Meade C.D., McKinney W.P., Barnas G.P. Educating patients with limited literacy skills: the effectiveness of printed and videotaped materials about colon cancer. *American Journal of Public Health*, 1994, n° 84 : p. 119-121.
- [17] Jacobson T.A., Thomas D.M., Morton F.J., Offutt G., Shevlin J., Ray S. Use of a low-literacy patient education tool to enhance pneumococcal vaccination rates. A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 1999, n° 282 : p. 646-650.
- [18] Pauchet-Traversat A-F. *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique*. Saint-Denis : HAS-INPES, 2007 : 112 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_604958/etp-structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-guide-methodologique [dernière consultation le 04/04/2010].
- [19] DeWalt D.A., Malone R.M., Bryant M.E., Kosnar M.C., Corr K.E., Rothman R.L., et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized, controlled trial. *BMC Health Services Research*, 2006, n° 6 : p. 30.
- [20] Beach M.C., Gary T.L., Price E.G., Robinson K., Gozu A., Palacio A., et al. Improving health care quality for racial/ethnic minorities: A systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. *BMC Public Health*, 2006, n° 6 : p. 104.
- [21] Jacobson V.J., Szilagyi P. Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, n° 3 : CD003941.
- [22] Griffin S.J., Kinmonth A.L., Veltman M.W., Gillard S., Grant J., Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*, 2004, n° 2 : p. 595-608.
- [23] Wilson A., Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: A systematic review. *The Journal of General Internal Medicine*, 2002, n° 52 : p. 1012-1020.
- [24] Wilson A.D., Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, n° 1 : CD003540.
- [25] Bras P.L., Duhamel G., Grass E. *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*. Rapport IGAS. Paris : IGAS, 2006 : 136 p. En ligne : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=064000763&brp_file=0000.pdf [dernière consultation le 04/04/2010].
- [26] Wagner E.H., Austin B.T., Davis C., Hindmarsh M., Schaefer J., Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, 2001, n° 20 : p. 64-78.
- [27] Bodenheimer T, Wagner E,H, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *The Journal of the American Medical Association*, 2002, n° 288 : p. 1775-1779.
- [28] Glasgow R.E., Orleans C.T., Wagner E.H. Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? *Milbank Quarterly*, 2001, n° 79 : p. 579-612.
- [29] Minkman M., Ahaus K., Huijsman R. Performance improvement based on integrated quality management models: What evidence do we have? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 2007, n° 19 : p. 90-104.

- [30] Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *The Journal of the American Medical Association*, 2002, n° 288 : p. 1909-1914.
- [31] Adams S.G., Smith P.K., Allan P.F., Anzueto A., Pugh J.A., Cornell J.E. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Archives of Internal Medicine*, 2007, n° 167 : p. 551-561.
- [32] Tsai A.C., Morton S.C., Mangione C.M., Keeler E.B. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care*, 2005, n° 11 : p. 478-488.
- [33] Smith J.L., Rost K.M., Nutting P.A., Elliott C.E. Resolving disparities in antidepressant treatment and quality-of-life outcomes between uninsured and insured primary care patients with depression. *Medical Care*, 2001, n° 39 : p. 910-922.
- [34] Regroupement des Sociétés scientifiques de médecine générale et Haute Autorité de santé. *Glossaire pour l'évaluation des pratiques professionnelles. Document de travail*. Saint-Denis : HAS, 2009 : 6 p.
- [35] Trivedi A.N., Zaslavsky A.M., Schneider E.C., Ayanian J.Z. Trends in the quality of care and racial disparities in Medicare managed care. *The New England Journal of Medicine*, 2005, n° 353 : p. 692-700.
- [36] Doran T., Fullwood C., Gravelle H., Reeves D., Kontopantelis E., Hiroeh U., et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 2006, n° 355 : p. 375-384.
- [37] Gray J., Millett C., Saxena S., Netuveli G., Khunti K., Majeed A. Ethnicity and quality of diabetes care in a health system with universal coverage: population-based cross-sectional survey in primary care. *The Journal of General Internal Medicine*, 2007, n° 22 : p. 1317-1320.
- [38] Millett C., Gray J., Saxena S., Netuveli G., Khunti K., Majeed A. Ethnic disparities in diabetes management and pay-for-performance in the UK: The Wandsworth Prospective Diabetes Study. *PLoS Medicine*, 2007, n° 4 : p. 191.
- [39] Doran T., Fullwood C., Kontopantelis E., Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England : Analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *The Lancet*, 2008, n° 372 : p. 728-736.
- [40] Millett C., Gray J., Wall M., Majeed A. Ethnic disparities in coronary heart disease management and pay for performance in the UK. *The Journal of General Internal Medicine*, 2009, n° 24 : p. 8-13.
- [41] Ashworth M., Medina J., Morgan M. Effect of social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: A survey of data from the quality and outcomes framework. *British Medical Journal*, 2008, n° 337 : p. 2030.
- [42] Hutchison B. Pay for Performance in Primary Care: Proceed with Caution, Pitfalls Ahead. *Health Policy*, 2008, n° 4 : p. 10-22.
- [43] Fiscella K. Eliminating disparities in healthcare through quality improvement. In : Williams R.A., dir. *Eliminating healthcare disparities in America : Beyond the IOM report*. Totowa: Humana Press Inc, 2007 : p. 141-178.
- [44] Smeeth L., Heath I. Why inequalities in health matter to primary care. *The British Journal of General Practice*, 2001, n° 51 : p. 436-437.
- [45] Mackenbach J.P., Gunning-Schepers L.J. How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated? *The Journal of Epidemiology and Community Health*, 1997, n° 51 : p. 359-364.
- [46] Falcoff H., Benainous O., Gillaizeau F., Favre M., Simon C., Desfontaines E., et al. Développement et étude d'impact d'un système informatique de « Tableaux de bord » pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale. *Pratiques et Organisation des soins*, 2009, n° 40 : p. 177-189.
- [47] Van Doorslaer E., Koolman X., Jones A.M. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics*, 2004, n° 13 : p. 629-647.

- [48] Aubert J.P., Falcoff H., Florès P., Gilberg S., Hassoun D., Pétrequin C., Van Es P. Dépistage mammographique individuel du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Audit de la pratique de 41 médecins généralistes d'Île-de-France. *Revue du praticien - Médecine générale*, 1995, n° 300 : p. 40-51.
- [49] Groman R., Ginsburg J. Racial and ethnic disparities in health care: A position paper of the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 2004, n° 141 : p. 226-232.
- [50] Health Inequalities Standing Group. Ali A., Wright N., Rae M., dir. *Addressing health inequalities. A guide for general practitioners*. Londres : Royal College of General Practitioners, 2008 : 18 p.
- [51] Furler J. *Action on health inequalities through general practice III : enhancing the role of the Royal Australian College of General Practitioners. Summary report*. South Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners, 2005 : 96 p.

S'adapter pour réduire les inégalités : l'exemple du service de protection maternelle et infantile de Paris

MARCELLE DELOUR ET LAURENCE DESPLANQUES

Résumé : Comment assurer aux femmes enceintes en situation de précarité un suivi égalitaire de leur grossesse et une qualité de prise en charge répondant au droit commun ? Depuis plus de trente ans, les services de protection maternelle et infantile (PMI) de la ville de Paris ont restructuré leur fonctionnement suite à l'identification des lacunes du système, pour atteindre cet objectif, qui est l'une de leurs missions essentielles. Nombre de ces femmes ne disposent pas de protection sociale et ne peuvent assurer aucune avance sur frais ; elles sont alors contraintes de renoncer à un suivi de qualité. Autre difficulté à résoudre : les refus d'inscription pour le suivi et l'accouchement pour des raisons économiques de rentabilité des hôpitaux et maternités. Depuis 1996, le dispositif de PMI a été adapté pour corriger ces graves difficultés. À titre d'exemple, un dispositif d'aide à l'ouverture des droits des femmes enceintes est mis en place dans chaque maternité. Si le dispositif a été amélioré, nombre de femmes parmi les plus précaires demeurent exclues des procédures de droit commun et des bonnes pratiques de prise en charge. Depuis 2004, le nouveau schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de périnatalité tente de remédier à ces insuffisances, avec des résultats encourageants. Mais ceci demande une vigilance permanente, qui repose notamment sur le travail en réseau des professionnels de PMI et des maternités.

Mots clés : Protection maternelle et infantile, suivi prénatal, femmes vulnérables, couverture assurance, Paris, sages-femmes.

INTRODUCTION

Conformément à l'ordonnance du 2 novembre 1945, et à toutes les dispositions législatives ultérieures, le service départemental de protection maternelle et infantile (PMI) doit, au titre de ses missions de protection maternelle, s'assurer de l'accès au suivi de la grossesse pour toutes les femmes enceintes de son territoire, en organisant ou faisant organiser des consultations de suivi prénatal gratuites. Outre le suivi obstétrical, le service de PMI doit proposer aux femmes enceintes une information et un accompagnement adaptés pendant la grossesse et à l'accueil de l'enfant, en portant une attention particulière aux femmes qui présentent des vulnérabilités médico-psychosociales [1]. Pour répondre à ces obligations, et permettre à toutes les femmes un accès aux soins d'égale qualité, l'organisation de la protection maternelle du service de PMI de Paris a évolué selon trois grandes périodes successives. Ce chapitre retrace cette évolution qui a permis la mise en place de dispositifs destinés à améliorer l'accès des femmes enceintes sans protection sociale à des services de protection maternelle et à un suivi de grossesse de qualité.

PREMIÈRE PÉRIODE : DE 1945 À 1996

En 1945, le service de PMI de Paris, alors département de la Seine, organise la protection maternelle à partir du double dispositif existant. Celui-ci comprenait, d'une part, les vingt dispensaires du bureau d'aide sociale de la ville de Paris et des associations d'assistance humanitaire ou caritative, et, d'autre part, les maternités de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui accueillent les femmes enceintes dans leurs consultations externes. L'importance exceptionnelle de l'offre locale de suivi prénatal alors accessible incite le service de PMI à privilégier un dispositif à gestion déléguée pour la protection maternelle. Le développement de l'activité de PMI en gestion directe, c'est-à-dire la mobilisation des équipements et des ressources humaines du service PMI, est donc exclusivement concentré sur la protection infantile.

En 1975, à l'occasion du nouveau découpage territorial administratif, le service de PMI de Paris nouvellement créé confirme la délégation de l'exercice de la protection maternelle aux maternités parisiennes de l'AP-HP, aux maternités contribuant au service public hospitalier et à quelques associations, tels la Croix Rouge et certains centres de santé. Une convention prévoit les modalités de remboursement des dépenses de fonctionnement affectées à cette activité, tels les personnels des consultations externes, les examens complémentaires et autres. Les femmes parisiennes sont accueillies dans ces consultations sans avance de frais, quelle que soit leur couverture sociale.

Ce dispositif est consolidé en 1977 par le rattachement à ces maternités des sages-femmes de PMI recrutées par le département, conformément aux prescriptions du plan périnatalité de 1970. Intégrées aux équipes hospitalières des maternités conventionnées, les sages-femmes participent à la prévention de la prématurité en suivant à domicile des femmes enceintes devant garder le

repos et présentant une pathologie stabilisée. Cette délégation fonctionne sans attirer l'attention sur des difficultés d'accès aux soins des femmes enceintes jusqu'au début des années 1980. C'est alors que les médecins de PMI sont alertés sur l'émergence de situations générées par des obstacles à l'entrée dans le système de suivi des grossesses. Des refus d'inscription pour le suivi et l'accouchement sont signalés par le réseau des associations humanitaires et par les services sociaux. Les centres de protection infantile reçoivent des bébés nés de grossesses non suivies et des femmes enceintes qui demandent de l'aide pour leur inscription en maternité. Le positionnement des sages-femmes de PMI, qui ne rencontrent que des patientes déjà inscrites en maternité, ne leur permet pas de détecter ces difficultés. Il leur est alors demandé de se rapprocher des quatre centres de consultations prénatales extrahospitalières associatives, qui reçoivent essentiellement des femmes sans protection sociale, pour aider à leur inscription en maternité, et contribuer à identifier les obstacles à ces procédures.

L'analyse de ces situations amène à prendre acte d'importants changements dans le contexte de l'organisation du dispositif sanitaire public parisien. Le premier de ces changements est la fermeture brutale, en 1983, des dispensaires du bureau d'aide sociale de la ville de Paris, réduisant massivement les possibilités d'accueil en service public extrahospitalier. Le second changement concerne la dotation, depuis 1981, d'un budget global pour les services hospitaliers. Ceux-ci s'efforcent donc d'équilibrer recettes et dépenses. Pour les maternités, les accouchements des femmes sans couverture sociale génèrent des créances non recouvrables qui induisent rapidement des procédures d'éviction des patientes à risque administratif, et ce, dès l'inscription. Simultanément, la composition sociodémographique de la population évolue, avec des femmes plus précaires, moins protégées, peu familiarisées avec le système de soins français qu'elles rencontrent dans le contexte de la nouvelle politique de regroupement familial.

La question des grossesses peu ou pas suivies apparaît alors comme un problème de santé publique à prendre en considération. De même, la prise en compte des facteurs psychosociaux de l'environnement de la grossesse, et la qualité de l'accueil de l'enfant, entrent dans le champ de préoccupation des professionnels de la périnatalité.

L'enquête, conduite par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en 1993 sur les grossesses peu ou pas suivies, confirme l'impact péjoratif d'un suivi de grossesse insuffisant sur les indicateurs de morbidité périnatale pour la mère et l'enfant [2]. Les facteurs qui font obstacle au suivi sont autant administratifs que psychosociaux. Le dispositif parisien, extrêmement dépendant des capacités d'accueil hospitalières, se révèle peu performant. Le taux parisien des grossesses peu ou pas suivies à 1,4/1 000 naissances est très supérieur au taux national qui se situe à 1,1 /1 000 naissances. De plus, l'analyse du devenir des enfants parisiens issus de ces grossesses met en avant un risque plus important de séparation mère-enfant à la naissance, et de maintien en placement à l'Aide sociale à l'enfance de ces enfants à l'âge de 9 mois [3].

Il est clair alors que le dispositif de protection maternelle parisien n'est plus pertinent, et que les dépenses engagées ne bénéficient plus au public visé par le service de PMI, c'est-à-dire les femmes qu'il faut aider à entrer dans le système de soins. Il s'agit pourtant d'une recommandation cardinale du nouveau plan national de périnatalité pour la sécurité de la naissance de 1992, qui met l'accent sur la nécessité de faciliter l'accès aux soins et l'accompagnement des femmes en situation de vulnérabilité psychosociale [4].

DEUXIÈME PÉRIODE : DE 1996 À 2004

Les évolutions du contexte et les orientations du plan de périnatalité national amènent le département de Paris et l'AP-HP à redéfinir les bases de leur coopération. Le dispositif de protection maternelle parisien d'accès aux soins et d'accompagnement pour la grossesse doit rester accessible à toutes les femmes, quelle que soit leur situation administrative. Le principe d'un dispositif unique, ouvert à toutes, et en particulier aux plus vulnérables, s'impose pour deux raisons fortes et convergentes. Premièrement, les femmes vulnérables sont aussi celles qui présentent les facteurs de risque périnataux les plus importants et pour lesquelles le recours aux plateaux techniques hospitaliers s'impose. Deuxièmement, la politique du conseil général de Paris privilégie un choix d'organisation qui ne discrimine pas les parcours de soins en fonction des situations sociales. À partir de ces principes et des résultats de l'enquête de l'INSERM, les mesures correctrices engagées sont de trois ordres.

Premièrement, on assiste à la mise en place d'un nouveau dispositif conventionnel de prise en charge financière des dépenses de protection maternelle pour supprimer les créances non recouvrables des maternités et affecter les dépenses du département au bénéfice des femmes à la couverture sociale absente ou partielle. Le mécanisme de remboursement des dépenses hospitalières passe d'un remboursement de dépenses de fonctionnement sur présentation de factures à un remboursement à l'acte. Un dispositif d'aide à l'ouverture des droits des femmes enceintes est mis en place dans chaque maternité. Des agents administratifs recrutés par le département, implantés dans les maternités, rencontrent chaque nouvelle consultante, s'assurent de leur statut, et, si nécessaire, engagent les mesures de régularisation administrative en lien avec les services compétents. Ces mesures bénéficient également au nouveau-né, et au-delà aux autres ayants droit. Rapidement, ces structures d'accueil PMI vont également apporter une aide précieuse aux démarches en vue de l'inscription des consultantes en maternité. L'objectif étant de lever l'obstacle des créances non recouvrables des maternités, le service de PMI assure la prise en charge des dépenses de suivi en attente des ouvertures de droit, des tickets modérateurs des femmes dépourvues de mutuelle, et même des frais d'accouchement, ce qui outrepassa ses obligations réglementaires. Cette période verra d'ailleurs, avec la couverture médicale universelle (CMU) et l'aide médicale d'État (AME), se réduire considérablement les situations relevant de la seule ressource départementale [5-7].

Deuxièmement, il s'agit d'adapter les pratiques professionnelles des sages-femmes de PMI pour accompagner les femmes en situation de vulnérabilité sociale vers le dispositif de soin et les ressources du réseau de proximité. Les sages-femmes de PMI redéploient une partie de leur activité vers le secteur. Dès 1994, elles se rapprochent des équipes sociales, des médecins et des puéricultrices de PMI, et assurent des permanences d'information et d'orientation dans les centres de protection infantile ou les services sociaux. Elles contribuent efficacement à faciliter l'accès des femmes dans le système de soins. Cette évolution très sensible du profil d'activité des sages-femmes a été facilitée par leur découverte de la dimension extra-hospitalière de la prise en charge de la grossesse à l'occasion de l'enquête de l'INSERM. Elles ont conduit les entretiens décrivant le parcours de soins des femmes non suivies et ont mesuré alors l'importance des accompagnements et des actions à mettre en œuvre.

Le rapprochement des sages-femmes des équipes de secteur permet également le développement d'actions de promotion de la santé en périnatalité pour la population générale. Elles organisent des séances de préparation à la naissance et d'information pour les futurs et jeunes parents, participent à l'accueil en centre de protection infantile des mères avec des nouveau-nés à la sortie de maternité, et au soutien au démarrage de l'allaitement. Elles restent par ailleurs rattachées aux équipes obstétricales pour les suivis au domicile de femmes enceintes, en situation de difficultés sociales, avec des pathologies stabilisées.

Troisièmement, on tente d'assurer l'accès aux soins de toutes les femmes enceintes. La nouvelle convention ne concerne plus que les maternités de l'AP-HP et une maternité participant au service public hospitalier. Le dispositif associatif n'est pas renouvelé. On s'attend à ce que la levée des obstacles financiers permette à toutes les femmes qui se présentent d'être admises dans le dispositif de suivi.

C'est alors que sont mis en évidence les obstacles d'accès aux soins en relation avec les modalités de gestion des inscriptions pour l'accouchement, mais aussi pour le suivi. De nombreuses femmes, en particulier celles qui ne se présentent pas dès le début de la grossesse, ne peuvent trouver de place dans le cadre du suivi hospitalier leur permettant une dispense d'avance de frais, ou doivent faire face à des délais importants pour leur première consultation. Pour celles qui sont inscrites, certaines rencontrent des difficultés à honorer les frais des bilans, notamment échographiques, qu'il faut effectuer dans le système libéral de ville. Pour ces femmes, le service de PMI doit organiser une prise en charge relais dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), où les gynécologues et les sages-femmes assurent le début du suivi de la grossesse. Les premiers dépistages échographiques et biologiques sont effectués dans les dispensaires de la ville de Paris. Les conditions de suivi sont cependant problématiques, en particulier du fait du nombre important de grossesses présentant des pathologies ou nécessitant un suivi particulier qu'il est parfois difficile de réorienter vers les plateaux techniques hospitaliers.

L'analyse effectuée en 2006 par le service de PMI de la file active des femmes enceintes suivies en CPEF permet d'objectiver, dans ses dimensions quantitative et qualitative, l'importance du dysfonctionnement du dispositif, au détriment des femmes les plus précaires, exclues des procédures de droit commun et des bonnes pratiques de prise en charge qui prévoient qu'une grossesse pathologique doit être prise en charge par le plateau technique hospitalier. Le **tableau I** présente les résultats les plus éclairants de cette analyse. La situation de ces femmes, qui sont essentiellement recrutées dans le secteur du nord-est parisien, va être portée à l'attention des responsables institutionnels, administratifs et médicaux, pour susciter une réflexion sur la nécessité d'instaurer une régulation des procédures d'inscription dans le dispositif hospitalier, qui est également celui de la PMI. La mise en place des réseaux de périnatalité va offrir une opportunité pertinente de résoudre le problème.

TABLEAU I

Principaux résultats de l'analyse de la file active des femmes enceintes suivies dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) du département de Paris (année 2005 et 1^{er} semestre 2006)

	N	%
Total des femmes enceintes suivies	617	
Femmes enceintes sans couverture sociale à la première consultation au CPEF (ni régime général, ni CMU, ni AME)	579	94
Femmes ayant leur première consultation (déclaration de grossesse) après le 1 ^{er} trimestre de la grossesse	310	50
Femmes présentant une pathologie médicale ou obstétricale identifiée à la première consultation au CPEF	120	19
Femmes prises en charge par une équipe hospitalière plus de trente jours après la première consultation en CPEF	386	63

TROISIÈME PÉRIODE : À PARTIR DE 2004

Le troisième schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de périnatalité organise le territoire parisien en trois réseaux ville-hôpital. Les maternités publiques de l'AP-HP, les maternités des services publics hospitaliers et les établissements privés s'organisent avec les praticiens de ville. Le secteur hospitalier se recentre normalement sur les grossesses à risque, et la ville accueille le bas risque et les explorations complémentaires.

Le secteur de périnatalité du nord-est parisien est le premier à s'organiser. Les maternités de Robert-Debré, Bichat et Lariboisière, qui assurent les missions de protection maternelle et qui couvrent les trois niveaux de soins existants pour les maternités en France, se mettent en réseau de transfert avec trois maternités privées. Dans le partenariat ville-hôpital qui s'instaure, le service de PMI partage le souci d'attention particulière aux femmes en situation de vulnérabilité psychosociale, qui est inscrite dans les objectifs du réseau. Ce rapprochement des secteurs public et privé va avoir des effets contrastés pour les femmes en difficulté sociale.

Un premier effet bénéfique concerne l'amélioration des procédures d'inscription. Prenant acte de la nécessité d'orienter dans le dispositif les femmes accueillies dans les CPEF, les cadres de santé des maternités du réseau et le service de PMI élaborent un dispositif permettant de ne pas laisser une femme sans solution. Dès la première rencontre, une fiche de demande d'inscription est remplie, comportant des informations médicales et psychosociales permettant de repérer les femmes les plus vulnérables. Au regard de ces informations, la surveillante décide de l'inscription en soutenant particulièrement les femmes les plus précaires. Quand l'inscription n'est pas possible, faute de place ou absence de couverture sociale dans le secteur privé, la consultante n'est pas, comme autrefois, renvoyée sans solution, mais orientée sur la structure d'accueil PMI de la maternité la plus proche, qui lui trouve une place. Ces fiches servent également à l'évaluation du système d'inscription et contribuent au tableau de bord du réseau. La file active des femmes suivies en centre de planification a pu ainsi être annulée en quelques semaines, toutes les femmes ayant trouvé une inscription et un lieu de suivi dans une maternité, publique ou privée, acceptant les CMU et les AME.

Par contre, un effet négatif apparaît rapidement : les femmes socialement vulnérables ne présentant pas de risque obstétrical sont renvoyées sur la ville, où aucun dispositif de dispense d'avance de frais n'est organisé au titre de la prise en charge par la PMI pour les femmes sans protection sociale ou sans couverture complémentaire. De plus, pour les femmes bénéficiant de la CMU ou de l'AME, la dispense d'avance de frais est conditionnée par la télétransmission des feuilles de soins à partir des cabinets libéraux vers les caisses de l'assurance maladie. Or, peu de médecins sont équipés de ce dispositif, excluant ces femmes de cette possibilité. Souvent incapables d'assurer ces dépenses de consultations et de bilans complémentaires, elles renoncent au suivi de grossesse. Pour autant, le suivi dans le dispositif hospitalier public ne peut plus leur être proposé de principe. Une adaptation est de nouveau nécessaire. Partenaire des réseaux de périnatalité dont il a signé la convention constitutive, le service de PMI est en mesure de proposer la mise en place de deux dispositifs nouveaux.

Le premier dispositif réside dans une nouvelle convention établie entre le département et l'AP-HP. C'est une convention d'objectifs et de moyens, qui prévoit, au-delà des dispositions financières de remboursement de dépenses pour les femmes enceintes dépourvues de protection sociale ou de mutuelle, des objectifs partagés pour la qualité des soins et des accompagnements des femmes enceintes. L'élaboration de cette convention a été l'occasion de réaffirmer le choix de ne pas organiser de parcours de soins particulier et discriminant pour les femmes ayant des problèmes de protection sociale. Ce principe s'appuie toujours sur des raisons d'éthique et d'efficacité médicale, mais il est désormais conforté par des arguments économiques, la création de dispensaires de protection maternelle se révélant plus coûteuse que la consolidation de la procédure de droit commun du dispositif à gestion déléguée.

Dans ce cadre, la redéfinition des modalités d'intervention des sages-femmes de PMI est précisée dans des référentiels annexés à la convention. D'une part,

les indications et les modalités des suivis à domicile qu'elles effectuent à la demande des équipes hospitalières sont clairement différenciées des interventions du service d'hospitalisation à domicile périnatal, et recentrées sur les femmes en situation de vulnérabilité psychosociale. D'autre part, les sages-femmes de PMI participent désormais à l'activité des consultations externes des maternités dans deux types de consultations précisées par des référentiels également annexés à la convention. Il s'agit d'abord de faciliter l'entrée des femmes les plus fragiles comme les primo-consultantes qui consultent tardivement, en leur offrant des accueils réservés avec des délais courts et un relais rapide pour une prise en charge dans le dispositif de droit commun des consultations externes de l'hôpital ou de la ville, conformément à leurs besoins. Il s'agit également de proposer aux femmes confrontées à des difficultés complexes de bénéficier de consultations longues, permettant d'engager des prises en charge pluridisciplinaires en lien avec les ressources locales médico-psychosociales de la maternité et du secteur. Les inscriptions dans les consultations des sages-femmes de PMI sont contrôlées par le cadre de santé du service des consultations externes. Enfin, il est envisagé de proposer à ces femmes de bénéficier d'un entretien prénatal précoce par la sage-femme de PMI de son secteur, dans le cadre de ses permanences.

Cette nouvelle adaptation des pratiques des sages-femmes de PMI marque la contribution du service au maintien d'un dispositif unique de suivi capable d'accueillir les femmes en difficulté, en mettant en place des mécanismes facilitateurs internes au système lui-même, et en veillant à ce que ne se reconstituent pas des circuits d'exclusion à l'intérieur du système. Le **tableau II** présente l'analyse des consultations hospitalières des sages-femmes de PMI du département de Paris dans les maternités publiques du réseau nord pour l'année 2008.

TABLEAU II

Principaux résultats de l'analyse des consultations hospitalières des sages-femmes de PMI du département de Paris dans les maternités publiques du réseau Nord (année 2008)

	N	%
Femmes enceintes vues pour la première fois par une sage-femme de PMI dans le cadre de la consultation hospitalière du réseau nord	525	
Femmes sans couverture sociale à la première consultation avec la sage-femme de PMI (ni régime général, ni CMU, ni AME)	170	32
Femmes ayant leur première consultation avec la sage-femme de PMI après le 1 ^{er} trimestre de la grossesse	383	73
Femmes présentant une pathologie médicale ou obstétricale identifiée à la première consultation de la sage-femme de PMI	210	40
Femmes orientées vers un autre professionnel de l'équipe hospitalière ou du réseau après la première consultation avec la sage-femme de PMI	273	52

Prenant acte du caractère irréversible de l'orientation sur la ville des grossesses à bas risque, le service de PMI propose un second dispositif de dispense d'avance de frais pour les femmes adressées en ville par le réseau, pour le

suivi clinique et les examens complémentaires comme les échographies et les bilans sanguins. Ce dispositif, organisé par une convention entre le département et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Paris est à ce jour encore en cours de déploiement sur le réseau nord et devra être évalué. Il devrait contribuer à développer la télétransmission par les praticiens de ville adhérents au réseau. En cas de confirmation de son efficacité technique et de la maîtrise des flux financiers, il pourrait être ensuite étendu à l'ensemble du réseau.

CONCLUSION

Lutter contre les inégalités sociales de santé, en permettant aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale de bénéficier de soins adaptés à leurs besoins dans le cadre du dispositif de droit commun, est le choix fermement défendu par le service de PMI de Paris et approuvé par son encadrement politique. Dans une organisation du système de soins qui tend à la spécialisation des tâches et subit la contrainte des équilibres économiques, le parcours de soins des personnes sans protection sociale est semé d'obstacles et de rejets. Leur permettre de bénéficier des mêmes services que les personnes normalement protégées suppose, à l'intérieur du système de droit commun, de mettre en place des dispositifs adaptés et de déployer une vigilance permanente sur l'irruption des signes de résistance et de mise en échec du système.

Identifier et corriger en permanence les pratiques déviantes, trouver pour chaque femme les solutions les plus adaptées ne sont possibles que parce que les professionnels de PMI et des maternités ont construit, au fil du temps et des échanges, un partenariat de grande qualité, fondé sur des convictions éthiques et des objectifs fortement partagés, et consolidé dans le cadre des réseaux. Le partenariat établi dans le champ administratif est également très important, car chaque institution doit pouvoir répondre de ses engagements financiers et de leur cohérence avec ses missions et ses compétences, et constater qu'elle a contribué à atteindre l'objectif partagé.

Enfin, le management rigoureux des services est une condition indispensable pour maintenir la qualité des pratiques professionnelles et du service aux femmes rencontrées. C'est également au niveau des directions des services techniques et administratifs que se construisent la cohérence des organisations mises en place et la communauté des acteurs engagés dans la politique périnatale d'un territoire.

Bibliographie

- [1] Articles L1423-1, L2112-1, L2112-2 du Code de la Santé publique.
- [2] Blondel B. *Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. Étude réalisée avec*

les services de PMI de 21 départements. Paris : Direction générale de la santé, INSERM U149 et services départementaux de PMI, 1994.

- [3] Alfaro C., Bonnefoi M.-C., Brodin M., Delour M. *Un bon suivi de la grossesse peut-il participer à la prévention de l'enfance en danger ?*

- Le devenir des enfants nés de femmes peu ou pas suivies en 1993.* In : Congrès européen de l'enfance maltraitée, Barcelone, 1997.
- [4] Haut Comité de Santé publique, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance. Pour un nouveau plan périnatalité.* Rennes : Éditions de l'École nationale de santé publique, coll. Avis et rapports du HCSP, 1994 : 276 p.
- [5] Van Dem Borghe J. Bureau de la PMI-DASES. *Réforme de la PMI à l'AP-HP. Bilan de l'année 1997* [Rapport interne Assistance publique-Hôpitaux de Paris]. Paris : APHP, 1997.
- [6] Delour M., Blondel B., Brodin M. Du constat épidémiologique à l'adaptation du dispositif de prise en charge : l'expérience parisienne d'accès aux soins périnatal à partir de 1996. In : Serfaty A., Papiernik E., dir. *L'action collective périnatalité en Île-de-France (1996-2000).* Rennes : Éditions de l'École nationale de santé publique, 2005 : p. 140-151.
- [7] Delour M., Blondel B., Alfaro C., Bonnefoi M.-C., Lombrail P., Marchand-Butin F. Des collectivités territoriales s'impliquent dans les politiques périnatales. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1998 : p. 319-328.

Rôle des soins dans les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé

PIERRE LOMBRIL ET JEAN PASCAL

Résumé : L'hôpital est le maillon central du système de soins pour lutter contre les inégalités de santé. Depuis trente ans en France, l'hôpital public est de plus en plus le lieu de recours pour les personnes les plus vulnérables. Mais le système de financement des hôpitaux pénalise les établissements qui prennent en charge ce type de patients, lesquels requièrent des interventions et un suivi plus importants. Depuis 1998, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont progressivement été ouvertes dans nombre d'hôpitaux pour prendre en charge les plus précarisés. Elles rendent un service indéniable, mais leur action est limitée à la prise en charge de situations aiguës. Elles n'ont pas les moyens d'assurer un travail médicosocial en profondeur pour gérer la santé des personnes au long cours. Par ailleurs pour assurer la continuité de la prise en charge, les PASS ont besoin d'un maillage avec la médecine de ville ou associative. Plus qu'un dispositif de lutte contre les inégalités, les PASS sont donc un filet de sécurité procurant un accès ponctuel aux soins pour les plus démunis. Plus largement, l'hôpital peut remplir un rôle accru pour réduire les inégalités, comme en témoignent plusieurs initiatives remarquables en France, par exemple à Bobigny et à Nantes. Mais deux écueils importants sont à prendre en compte : les restrictions budgétaires et la clarification des rôles respectifs de l'hôpital et de la médecine de ville.

Mots clés : accès aux soins, prévention, recommandations professionnelles, hôpital, médecine libérale.

INTRODUCTION

Il est habituellement admis, sur la base de statistiques anciennes de mortalité, que les soins contribuent marginalement à la constitution des états de santé. Pourtant, dès son premier rapport sur la santé en France, le Haut Comité de la Santé publique estimait qu'un tiers des décès évitables pouvait être attribué à des dysfonctionnements de notre système de soins du fait de défauts de prévention médicalisée. Il serait trop commode d'exonérer ce système de toute responsabilité dans la survenue des deux autres tiers, attribués à des comportements à risque, quand on sait par exemple l'efficacité du conseil rapide de réduction d'une consommation excessive d'alcool ou de tabac, dispensé à la population. Par ailleurs, la réduction de la mortalité évitable n'est qu'un des enjeux de l'accès à des soins préventifs de qualité, et il est probable qu'un inégal accès à des soins préventifs soit une des causes significatives des inégalités de santé si l'on considère cette fois d'autres indicateurs comme la morbidité, le niveau de handicap, la qualité de vie des malades chroniques ou le bien-être de chacun. Il faut donc bien se poser la question de l'accessibilité des soins préventifs. Nous commencerons par clarifier les termes avant de résumer quelques constats à l'appui de ce propos introductif.

On peut considérer les soins préventifs selon les catégories proposées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il y a de nombreuses années, en distinguant la prévention primaire qui a pour objet d'éviter la survenue de problèmes de santé, la prévention secondaire dont l'objet est, partant de troubles installés, d'en limiter l'évolution et la prévention tertiaire dont l'objet est d'en pallier les conséquences. Un autre paradigme s'avère utile quand il s'agit de préciser la part des soins qui distingue prévention clinique, comportementale et environnementale. La prévention, clinique ou médicalisée, concerne l'action des professionnels de santé et couvre les trois champs précédents : par exemple, la vaccination en prévention primaire, le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire ou des cancers en prévention secondaire et la réadaptation cardiaque à l'effort en prévention tertiaire. La prévention comportementale vise à favoriser des habitudes de vie saines comme le brossage régulier des dents et l'arrêt du tabagisme, par des actions d'information et d'éducation d'une grande technicité. Elle s'appuie pour partie sur les professionnels de santé, notamment dans un domaine en plein essor comme l'éducation thérapeutique ; mais bien d'autres acteurs sont amenés à intervenir en la matière, dans un cadre plus ou moins structuré comme les ateliers santé ou réseaux de santé. Enfin, l'action sur l'environnement, physique et humain, échappe généralement aux professionnels de santé, sauf l'environnement de travail qui est la cible représentant le tiers du temps des médecins du travail.

Pour être effective, la prévention médicalisée nécessite un accès de tous au système de soins. L'accès aux soins peut être défini comme l'utilisation, en temps utile, des services de santé par les individus ou les groupes de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé. L'existence de besoins de soins préventifs non satisfaits s'explique du fait d'inégalités

d'utilisation des services de santé ; on parle alors de déficit d'accès primaire pour caractériser cette étape d'entrée dans le système.

Une autre façon d'expliquer un déficit de soins préventifs réside dans la façon dont les services de santé traitent leurs utilisateurs. L'accès secondaire caractérise ainsi la façon structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact. Des inégalités d'accès primaire manifestes existent dans notre pays du fait d'un ensemble de facteurs : méconnaissance du besoin, renoncement de la part des personnes elles-mêmes pour des raisons elles aussi variées et complexes et qui renvoient à des barrières administratives, financières, psychologiques ou culturelles, refus de soins de la part de certains professionnels pour des raisons financières ou idéologiques. Les inégalités d'accès secondaire à des soins de qualité sont plus méconnues et surtout beaucoup moins étudiées. Elles peuvent être catégorisées en fonction de deux ordres de mécanismes [1]. Un premier mécanisme procède par omission et suggère que les inégalités sont liées à l'inertie d'un système dont les acteurs méconnaissent l'ampleur des besoins de soins non satisfaits et le rôle de rattrapage qu'ils pourraient jouer, s'ils soignaient en conscience des opportunités perdues de le faire. Un deuxième mécanisme procède par construction et propose que les inégalités s'observent du fait de l'absence de prise en compte des inégalités de santé dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratique, et aussi plus généralement du fait de la construction de notre système de soins marquée par des cloisonnements multiples, une orientation curative dominante [2-3], y compris dans les dispositifs d'évaluation des performances qui sont généralement aveugles sur la question sociale, et l'absence de responsabilité populationnelle des acteurs de soin.

INÉGALITÉS DE SOINS PRÉVENTIFS PAR OMISSION

Des inégalités de soins préventifs sont mises à jour de longue date en population par les divers Baromètres santé de l'INPES [4] et parmi la clientèle du système de soins par quelques travaux en médecine générale. Pour en donner un exemple récent, on peut s'appuyer sur le travail d'Aulagnier et collaborateurs [5] à partir d'une enquête déclarative auprès d'un panel de 600 médecins généralistes (MG) libéraux représentatif des médecins de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les actes de prévention les plus souvent déclarés comme réalisés sont le dépistage du cancer du sein, le repérage des éventuels effets iatrogènes des polyprescriptions chez les personnes âgées, le repérage des problèmes de poids chez l'enfant, l'interpellation des patients sur le tabagisme et l'offre d'un sevrage tabagique aux fumeurs. Les domaines dans lesquels plus de 80 % des médecins généralistes déclarent majoritairement se sentir efficaces sont le dépistage des cancers et l'éducation thérapeutique des malades chroniques, hypertendus, diabétiques ou asthmatiques. Ils ne sont déjà plus que la moitié environ à se sentir efficaces vis-à-vis des comportements préventifs comme l'usage du préservatif, l'alimentation, l'exercice physique ou le tabagisme. Ils sont moins du quart à se sentir efficaces vis-à-vis de l'utilisation

de drogues et de l'alcoolisme. Ceci fait dire aux auteurs que les MG ont un plus faible sentiment d'efficacité dans les domaines présentant une forte dimension éducative et requérant un investissement ou une adhésion plus difficiles à soutenir comme c'est le cas pour l'alimentation, l'exercice physique, les addictions et la prévention des accidents de la vie courante [5]. Mais l'étude montre aussi que si « les médecins qui avaient les scores de prévention les plus élevés étaient aussi ceux réalisant fréquemment des actes gratuits », les variables relatives à la patientèle, comme la proportion de patients bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU), « ne sont pas apparues comme significatives dans l'explication du score de pratique préventive ».

Ce travail confirme, après d'autres [6], que les MG ne sont pas à l'aise par rapport à des besoins de soins préventifs d'ordre comportemental, mais souligne également que leurs attitudes préventives ne semblent pas influencées par les caractéristiques sociales de leur patientèle. Aubert et collaborateurs avaient déjà montré [7], lors d'un audit du dépistage du cancer du sein, la difficulté des MG à rejoindre certaines femmes comme les plus âgées, les migrantes ou les moins éduquées. Ceci représente une double source d'inégalités de soins préventifs par omission du fait que certains besoins préventifs sont plus fréquents chez les patients d'origine modeste [8].

Les explications possibles de cette situation sont complexes et relèvent probablement autant de la représentation que ces médecins se font de leurs missions, de leur préparation à les exercer que de leurs conditions d'exercice [9] et de rémunération [10]. Dans sa contribution à cette section, Falcoff souligne bien qu'il est illusoire de vouloir transformer durablement les pratiques des médecins sans changer en profondeur leurs conditions d'exercice et les modalités de régulation de la profession. Pour en rester à des considérations opérationnelles, il est difficile en quinze minutes, qui représentent le temps moyen d'une consultation, de laisser une place suffisante, d'une part, à la réalisation d'actes de prévention et, d'autre part, à la délivrance d'information et de conseils, notamment vis-à-vis des comportements à risque, en prenant le temps de l'éducation quand la demande exprimée est habituellement d'ordre curatif [11]. Il a été estimé que cela prendrait en moyenne 7,4 heures par jour à un médecin s'il voulait réaliser l'ensemble des soins de prévention recommandés auprès de sa clientèle [12]. Même avec une gestion rigoureuse de l'échelonnement des objectifs de prise en charge dans le temps, ces derniers restent difficiles à satisfaire dans leur globalité. Il semble que de tels objectifs ne peuvent être satisfaits que dans le cadre d'un exercice pluri-professionnel coordonné avec une définition claire des compétences et des tâches de chacun [13].

La mise en place de dispositifs de prévention organisés semble une des manières de pallier le déficit de soins préventifs, et *a contrario* le démantèlement du réseau public de vaccination complique sérieusement la riposte à la pandémie grippale. Comme le montre bien le cas du dépistage des cancers, de tels dispositifs ne constituent certes pas une arme absolue de réduction des inégalités sociales de santé (ISS). En effet, la prévalence des femmes ciblées par le dépistage organisé et ayant réalisé une mammographie dans les deux dernières années, conformé-

ment aux recommandations, évolue de façon très positive depuis 1995, passant de 44 % en 1995 à 52 % en 2000 et à 65 % en 2005, et ce gain est à son maximum parmi les femmes aux revenus les plus modestes. En revanche, la comparaison avec l'année 2000 montre la stabilité de la pratique de la prévalence, à 83 %, du frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années en 2005 chez les femmes de 25 à 65 ans, avec un écart qui augmente entre les femmes financièrement les plus aisées et les plus modestes [14]. Des mesures complémentaires semblent nécessaires, et l'exemple de la Seine-Saint-Denis (Voir section III, Mouhoub) montre l'intérêt d'une mobilisation à la fois en direction des professionnels et des groupes de femmes les plus difficiles à rejoindre avec les stratégies habituelles.

INÉGALITÉS DE SOINS PRÉVENTIFS PAR CONSTRUCTION

Ces inégalités se retrouvent au niveau de la pratique clinique mais également dans l'organisation du système de soins, qu'il s'agisse de la place accordée aux dispositifs de prévention collectifs comme la médecine du travail ou des inégalités géographiques de l'offre de soins.

Pour ce qui relève de la pratique clinique, nous soulignerons que, jusqu'à présent dans notre pays, les recommandations professionnelles sont habituellement rédigées indépendamment de toute prise en considération de la différenciation sociale de leur efficacité potentielle. Un exemple est celui des scores de risque cardiovasculaire les plus utilisés qui n'intègrent pas les facteurs de risque considérés comme psychosociaux, notamment les conditions de travail pénibles comme l'exposition au bruit ou la charge mentale. Ceci conduit généralement à surestimer le risque chez les personnes issues des milieux les plus favorisés et à le sous-estimer chez les personnes issues de milieux défavorisés qui y sont significativement plus exposées et donc à priver ces dernières de mesures potentiellement bénéfiques [15].

Plus largement, les recommandations peuvent ne pas être équitables pour plusieurs ordres de facteurs [16] et certaines institutions étrangères ont décidé d'en tenir compte comme le National Health and Medical Research Council australien dans son guide *Using socioeconomic evidence in clinical practice guidelines* adopté en 2002. Trois ordres de facteurs sont principalement cités pour expliquer la nature inégalitaire des recommandations :

1. Elles ciblent des problèmes de santé dont le niveau de priorité épidémiologique est variable selon les groupes sociaux, ou auxquels différents groupes attachent une importance et des préférences variables.
2. Les effets des interventions peuvent différer du fait de l'appartenance sociale qui est reconnue pour moduler le niveau de risque et l'observance aux consignes préventives.
3. Il est rare que les interventions se préoccupent de minimiser les barrières d'accessibilité et elles ne se donnent que rarement les moyens d'identifier des effets en population différentiels s'ils étaient avérés.

En miroir, les travaux sur l'observance s'intéressent rarement à l'influence pourtant démontrée [16] du milieu social. Une étude récente sur l'observance

des malades hypertendus a ainsi trouvé que « les hypertendus les plus à risque sont les moins observants », mais le risque était défini par les facteurs de risque cardiovasculaire classiques que sont l'obésité, le diabète, le tabagisme, un antécédent de décès cardiovasculaire du père avant 55 ans et l'hyperlipidémie [17]. Améliorer l'observance des traitements dans les maladies chroniques est un des enjeux de l'éducation thérapeutique, et cette prise en charge a fait la preuve de son efficacité et de son efficience dans certaines situations pathologiques [18]. Il est probable que les conditions de son efficacité sont diversement réunies selon l'appartenance sociale des personnes malades et qu'un accompagnement psychosocial serait plus particulièrement utile pour les personnes d'origine modeste. Pourtant, les guides de pratique récents n'abordent cette question qu'à la marge [19].

QUELQUES SUJETS DE PRÉOCCUPATION QUI RENFORCENT LA NÉCESSITÉ DE PENSER ET D'AGIR

Les failles de notre système de soins et de santé pour agir sur les inégalités sociales de santé sont multiples. En sus de la prégnance du paradigme biomédical curatif et des cloisonnements multiples déjà signalés, les inégalités géographiques d'offre de soins sont une menace pour l'équité des soins qui risque de s'aggraver avec la contraction des ressources humaines, notamment médicales, du secteur. Elle frappe plus particulièrement certaines régions avec un gradient nord-sud de densité de professionnels médicaux, notamment spécialistes, qui double largement le gradient nord-sud de mortalité évitable. Mais elle touche tout autant certains quartiers des grandes villes, les zones urbaines sensibles peinant à conserver une offre de soins *in situ*, avec des conséquences qui commencent à peine à faire l'objet d'études rigoureuses [20]. La santé buccodentaire montre de longue date que ces quartiers cumulent inégalités spatiales et sociales, et les mêmes groupes socialement défavorisés dont l'incidence de la carie ne diminue pas sont ceux pour lesquels une démarche de soins relève du parcours d'obstacles, parcours que la plupart vont abandonner en cours de route si une démarche spécifique d'accompagnement ne leur est pas proposée [21].

L'aggravation du déficit de financement de la protection sociale fait également peser une lourde menace sur l'équité de notre système de soins d'autant que les mécanismes de financement privilégient systématiquement une logique productiviste héritée d'un paradigme bioclinique curatif dominant, dont la tarification à l'activité, adaptation française du paiement des hôpitaux sur la base de tarifs standard par grands groupes de malades (T2A), est un exemple caricatural pour l'hôpital de court séjour. C'est l'occasion pour nous de rappeler, en guise de conclusion, les termes de l'avis 101 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé [22]. Il affirmait clairement que « les objectifs du système de soins [hospitaliers] sont en particulier [...] de contribuer à réduire les inégalités d'accès au système de santé qui pourraient relever de l'appartenance à une région, à une classe d'âge, à une catégorie socioprofessionnelle ou à une grande précarité ». Si la crise des dépenses de

santé tend à substituer progressivement une gestion utilitariste à l'approche déontologique égalitariste, au moins pour ceux qui accédaient aux soins, le Comité consultatif rappelle que, parmi les critères de choix, celui de la vulnérabilité manque fortement d'avocats face à d'autres mieux défendus par des catégories d'acteurs influentes. La prise en compte d'un tel critère de vulnérabilité conduirait pourtant à « distinguer une équité horizontale (ou distributive) selon laquelle les cas identiques doivent être traités de façon semblable, et une équité verticale qui traduit la façon dont la société peut traiter différemment des individus appartenant à des catégories différentes en pratiquant une forme de discrimination positive au profit de ceux qu'elle juge prioritaires sur des bases éthiques évaluables » ([22], p. 19).

Bibliographie

- [1] Lombrail P., Pascal J., Lang T. Accès au système soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? *Santé, société et solidarité*, 2004, n° 2 : p. 61-71.
- [2] Flajolet A. *Rapport de la Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales de prévention sanitaire*. Paris : La Documentation française, coll. des rapports officiels, 2008 : p. 249.
- [3] Ritter P. *Rapport sur la création des agences régionales de santé. Rapport présenté à Madame la ministre de la Santé sur la création des agences régionales de santé*. Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, janvier 2008 : 63 p.
- [4] Gautier A. *Baromètre santé médecins / pharmaciens 2003*. Saint-Denis : INPES, 2003 : 269 p.
- [5] Aulagnier M., Videau Y., Combes J.-B., Sebbah R., Paraponaris A., Verger P., et al. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Pratique et organisation des soins*, 2007, n° 38 : p. 259-268.
- [6] Pouchain D., Huas D., Druais P.-L., Wolf B., Pas L. Implication des médecins généralistes dans la prévention. *Revue du praticien - médecine générale*, 1998, n° 12 : p. 31-37.
- [7] Aubert J.-P., Falcoff H., Florès P., Gilberg S., Hassoun D., Petrequin C., et al. Dépistage mammographique individuel du cancer du sein. *Revue du praticien - médecine générale*, 1995, n° 9 : p. 40-51.
- [8] Bixi O., Lang T. Comportements. In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., dir. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Éditions de l'INSERM - La Découverte, 2000 : p. 391-402.
- [9] Pelletier-Fleury N., Le Vaillant M., Hbbrecht G., Boissault P. Determinants of preventive services in general practice. A multilevel approach in cardiovascular domain and vaccination in France. *Health Policy*, 2007, n° 81 : p. 218-227.
- [10] Goroll A.H., Berenson R.A., Schoenbaum S.C., Gardner L.B. Fundamental reform of payment for adult primary care: Comprehensive payment for comprehensive care. *Journal of General Internal Medicine*, 2007, vol. 22, n° 3 : p. 424-425.
- [11] Deveugele M., Derese A., De Bacquer D., Van Den Brink-Muinen A., Bensing J., De Maeseneer J. Consultation in general practice: A standard operating procedure? *Patient Education and Counselling*, 2004, n° 54 : p. 227-233.
- [12] Yarnell K. S., Pollak K. I., Ostbye T., Krause K. M., Michener J. L. Primary care: Is there enough time for prevention? *American Journal of Public Health*, 2003, n° 93 : p. 635-641.
- [13] Haute Autorité de santé, Office national de démographie des professions de santé. *Délégués, transferts, nouveaux métiers. Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation*. Saint-Denis : Haute

- Autorité de santé, 2008 : 61 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf [dernière consultation le 02/12/09].
- [14] Baudier F., Michaud C. Le dépistage des cancers : entre organisation et libre choix. In : Beck F., Gilbert P., Gauthier A., dir. *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : INPES, 2007 : p. 299-316.
- [15] Jürgensen J.S. The value of risk scores. *Heart British Medical Journal*, 2006, n° 92 : p. 1713-1714.
- [16] Dans A.M., Dans L., Oxman A.D., Robinson V., Accuin J., Tugwell P., Dennis R., Kang D. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, n° 60 : p. 540-546.
- [17] Aumont M.-C., Allaert F.-A., Garnier L. Les hypertendus les plus à risque sont les moins observants. *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, 2006, n° 99 : p. 736-741.
- [18] Haute Autorité de santé, Service évaluation médico-économique et santé publique. *L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelle*. Saint-Denis : Haute Autorité de la santé, 2007 : 96 p. En ligne http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_dorientation_analyse_economique_et_organisationnelle.pdf [dernière consultation le 02/12/09].
- [19] Haute Autorité de santé, Institut national de prévention et d'éducation en santé. *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique*. Saint-Denis : HAS, INPES, 2007 : 112 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_guide_version_finale_2_pdf.pdf [dernière consultation le 02/12/09].
- [20] Chauvin P., Bazin F. Santé et recours aux soins dans cinq zones urbaines sensibles d'Île-de-France. In : Chauvin P., Parizot I., dir. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris : Éditions de l'INSERM, 2005 : p. 17-37.
- [21] Azoguy S., Lombrail P., Pirllet C., Babel M. R., Brodin M. Paramètres associés à l'atteinte dentaire et au recours aux soins dentaires des enfants de 6 ans dans le Val-d'Oise en 1994-1995. *Archives de pédiatrie*, 1996, vol. 3, suppl 1 : 376s.
- [22] Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. *Avis n° 101 du 28 juin 2007 : santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*. Paris : CCNE, 2007 : 33 p. En ligne : <http://www.ccne-ethique.fr/docs/avis101.pdf> [dernière consultation le 02/12/09].

Organiser le système de santé mentale en réseau de partenariats pour lutter contre les inégalités

JEAN-LUC ROELANDT, PAULINE RHENTER, AUDE CARIA ET PIERRE SURAULT

Résumé : À Lille et aux alentours se déroule une expérience de prise en charge de la santé mentale labellisée comme bonne pratique par l’OMS. À l’asile psychiatrique traditionnel ont succédé des structures plus petites, plus proches des territoires et de leur population, des services de santé mentale davantage intégrés dans la cité : hôpital de jour, centre médico-psychologique, centre d’hébergement et de réinsertion sociale. Cette nouvelle approche repose sur un partenariat et une mise en réseau de tous les professionnels, du psychiatre d’établissement au médecin généraliste. Autre originalité du dispositif : les élus locaux sont au centre, ce sont eux qui l’ont co-conçu en lien avec les professionnels sanitaires et sociaux. Le centre névralgique de cette prise de décision est le « conseil local de santé mentale ». Les services de santé mentale donnent la priorité ici *de facto* dans leur intervention à la réduction des inégalités sociales de santé : l’exigence posée par l’OMS est qu’ils garantissent au mieux la prise en charge des personnes nécessitant des soins de santé mentale tout en évitant la stigmatisation, la discrimination et l’exclusion. Outre cette expérience lilloise, d’autres communes et territoires en France (Grenoble, Marseille, Nantes, Aubervilliers, Paris, Lyon, etc.) expérimentent des dispositifs similaires articulés autour de conseils locaux de santé mentale. À titre d’exemple, le conseil local de Lille peut, grâce à la collaboration d’équipes de psychiatrie et de la municipalité, améliorer l’accès au logement, instaurer une présence régulière à domicile avec une équipe mobile, en alternative à l’hospitalisation. Ou permettre l’accès à l’aide sociale en cas de précarité liée à la maladie, en lien avec le centre communal d’action sociale (CCAS). Une organisation des soins en réseau, qui se déploie avec tous les partenaires du territoire de santé. Et qui implique une évolution radicale des pratiques.

Mots clés : partenariats, santé mentale, réseau, inégalités sociales.

INTRODUCTION

Les inégalités sociales face à la santé mentale ne se distinguent pas de celles face à la santé en général. Le cumul des facteurs défavorables, qui agissent souvent en synergie, entraîne une détérioration de l'état de santé, aussi bien physique que psychique, de même qu'un accroissement des incapacités et des handicaps divers. Ceci conduit souvent à une mort précoce pour les chômeurs, les travailleurs précaires et les salariés non qualifiés. La question des inégalités, vue uniquement sous l'angle de l'accès formel aux soins, a fortement été remise en cause par de nombreuses recherches menées sur les inégalités sociales de santé à la suite du rapport Black en Grande-Bretagne, y compris en France. La communauté scientifique renvoie alors à des politiques générales visant, en amont du système sanitaire, une réduction des inégalités économiques et sociales [1]. On constate donc que les inégalités ne peuvent pas être expliquées par des difficultés d'accès formel aux soins et le Haut Comité de la santé publique a ainsi conclu au rôle limité de l'accès aux soins dans son rapport de 1998 intitulé *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. On y découvre en outre que les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre pauvres et non-pauvres. Il s'agit d'un véritable gradient social de santé, le risque de décès se réduisant tout au long de la hiérarchie sociale.

En matière de santé mentale, on constate aussi la présence d'inégalités liées à la position dans la hiérarchie sociale, comme le montrent les données présentées dans l'**encadré 1**. Comme pour les inégalités sociales en général, les réponses à court terme incluent l'action sur les déterminants de santé de même que la proximité et la rapidité d'accès aux soins pour tous. Les réponses à long terme impliquent l'intégration des services de psychiatrie dans la cité,

ENCADRÉ 1

La réalité des inégalités sociales de santé mentale en France

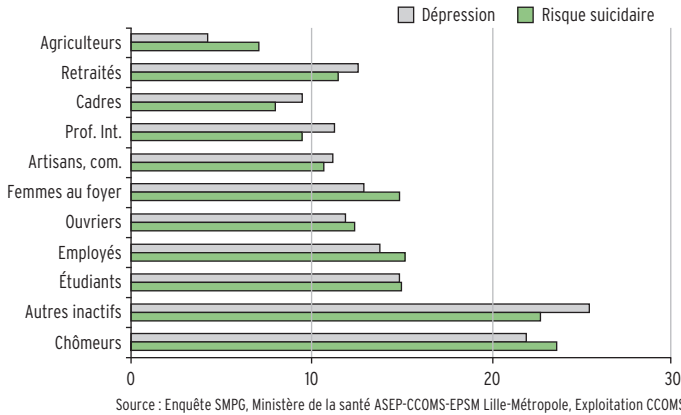
Les troubles mentaux sont la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt de travail en France (source : CNAMS). L'enquête SMPG, menée de 1998 à 2000 par le CCOMS, auprès de 39 000 personnes, représentatives de la population française métropolitaine [2-3], permet d'estimer la prévalence des troubles mentaux en population générale : anxiété, dépression, troubles psychotiques, troubles addictifs,

alcool, drogue, ainsi que risque suicidaire et insomnie. La **figure 1** ci-après présente la relation entre la prévalence de troubles dépressifs et de risques suicidaires en fonction des catégories socioprofessionnelles. Premier constat de l'enquête : la prévalence de ces troubles diminue systématiquement avec l'âge et l'accroissement des revenus familiaux. Elle est presque deux fois moins élevée chez les personnes de 65 ans et plus



FIGURE 1

Troubles dépressifs et risque suicidaire selon la catégorie socioprofessionnelle [3-5]



(14,6 %) que chez les jeunes de moins de 25 ans (27,2 %). Les personnes vivant en couple, mariées ou non sont presque toujours dans la situation la plus favorable. C'est particulièrement net pour les troubles dépressifs, 10 % chez les personnes vivant en couple contre 22 % chez les divorcés ou séparés, et le risque suicidaire (10 % vs 24 %).

Le chômage accroît aussi le risque suicidaire qui s'élève alors pour cette catégorie de population à 22 %. La surmorbidity est aussi importante pour les personnes de moins de 60 ans et qui sont invalides, handicapées ou bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI). C'est le cas également pour les chômeurs par rapport aux actifs ayant un emploi. Près de la moitié des premiers souffre d'au moins un trouble, contre moins d'un tiers des seconds. La fréquence des troubles dépressifs est deux fois plus élevée chez les chômeurs (23,6 %) que chez les actifs ayant un emploi (11,7 %).

La catégorie d'emploi compte aussi. Quel que soit le trouble, parmi les actifs ayant un emploi, la prévalence est la plus forte chez les ouvriers et les employés, par rapport aux catégories d'emploi plus élevées. Et parmi

eux, les ouvriers non qualifiés qui sont majoritairement des hommes et les employés non qualifiés composés à 80 % de femmes, et qui, ensemble, représentent aujourd'hui un emploi sur cinq, sont les plus à risque de troubles mentaux [3].

La cohorte Casadebaig [4] a montré une surmortalité cardiaque, une incidence majorée des cancers liés au tabac et un taux de suicide vingt fois supérieur à celui de la population générale chez les personnes schizophrènes. Par ailleurs, 63 % des personnes dépressives ont une pathologie somatique associée ; 60 % des décès prématurés, hors suicides, chez les patients schizophrènes sont liés à une pathologie somatique.

Les inégalités sociales face à la santé mentale ne se distinguent pas de celles face à la santé en général. Le cumul des facteurs défavorables relevant de variables interdépendantes et agissant en synergie, entraîne ainsi une détérioration de l'état de santé, aussi bien physique que psychique, des incapacités et des handicaps divers, conduisant souvent à une mort précoce pour les chômeurs, les travailleurs précaires et les salariés non qualifiés.

par le développement d'un travail en réseau de tous les partenaires sanitaires et sociaux, ainsi que des municipalités. C'est l'enjeu des années qui viennent : passer de la psychiatrie, située dans le champ médical, à la santé mentale, située dans le champ de la santé publique. Dans le droit fil de cet enjeu, ce chapitre illustre comment un service de psychiatrie peut contribuer à la prise en compte des inégalités sociales dans l'organisation de son offre de soins. Il décrit la mise en place progressive d'une véritable psychiatrie citoyenne visant à répondre au mieux aux besoins de santé de la population d'un territoire situé dans la banlieue est de Lille [5].

COMMENT LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ À PARTIR DU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE EN FRANCE ?

Les réponses à long terme impliquent, pour les personnes ayant des maladies chroniques qui obèrent leur insertion sociale, tels des névroses invalidantes, des psychoses, des maladies dépressives et des troubles psychiques au long cours, de mobiliser la solidarité nationale et locale, par l'accession au statut de personne handicapée psychique. Un tel statut confère l'éligibilité à des aides financières comme l'allocation adulte handicapé, l'aide personnalisée au logement, l'aide à la gestion des actes civils qu'est une curatelle, l'accompagnement social, notamment grâce aux services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé, et aux services de psychiatrie, l'aide à l'emploi *via* les établissements et les services d'aide par le travail, et surtout l'aide médicale et psychiatrique formelle. Cette panoplie d'acteurs peut être mobilisée dans le cadre du conseil local de santé mentale, instance de coordination et de concertation à laquelle participent des élus locaux, des travailleurs sociaux, les centres communaux d'action sociale (CCAS), les acteurs de l'insertion, du logement, de la culture, des familles, des usagers et des équipes de psychiatrie. C'est ainsi que, depuis quelques années, les élus locaux investissent le champ de la santé mentale légitimement, bien au-delà de leur pouvoir d'hospitalisation d'office, dans un souci de développer une approche transversale des problématiques de santé mentale qui croisent aussi les problèmes de logement, d'insertion, de sécurité et autres. La souffrance psychosociale qui s'exprime à eux, à travers des sollicitations diverses, institutionnelles ou d'habitants, les interpelle dans leur fonction de régulation du bien vivre ensemble [6-7]. Dans ce contexte, conformément aux incitations réglementaires récurrentes depuis le début des années 1970, et sous l'impulsion nouvelle de la démarche diagnostique et communautaire des Ateliers Santé Ville depuis le début des années 2000 (voir section II, Joubert, Chauvin et Richard), un certain nombre de municipalités françaises se sont associées au secteur psychiatrique pour développer des conseils locaux de santé mentale, ou des dispositifs apparentés conçus comme des instances de concertation et de coordination pilotées par la mairie. Parmi les partenariats les plus structurés, on a pu en repérer plusieurs, dont ceux des villes de Givors-Grigny, Grenoble, Marseille, Brest, Villeurbanne, Bourgoin-Jallieu, Grasse, Nantes, Aubervilliers, Choisy-le-Roi, Orly et quatre communes associées, Saint Germain-en-Laye et cinq

communes associées, certaines banlieues de Lille tels Mons-en-Barœul, Hellemmes, Lesquin, Ronchin, Lezennes, Fâches-Thumesnil, ainsi que plusieurs arrondissements de Paris et de Lyon.

Le conseil local de santé mentale fonctionne, la plupart du temps, avec un comité de pilotage, une assemblée plénière et des groupes de travail thématiques, sur un territoire infracommunal, communal ou intercommunal. Ce conseil remplit une triple fonction. La première est stratégique, car elle permet la coordination interprofessionnelle et facilite la production de projets appelés à être financés. La deuxième est participative, car elle est utile à l'identification des besoins des professionnels et des attentes des usagers. La troisième est pédagogique, car elle facilite la diffusion de l'information, la formation et la communication autour des grandes problématiques de santé mentale ou des initiatives locales en la matière.

Du point de vue réglementaire, les lois de décentralisation n'ont conféré que très peu de compétences aux communes dans le champ de la santé publique. Pourtant, la santé réapparaît dans le débat municipal. En effet, c'est principalement pour les populations en difficulté économique et sociale que se trouve d'emblée motivé un recours à une action de proximité en matière de santé, notamment en raison de l'absence de la demande sociale claire de santé émanant des personnes en situation de précarité et des entraves juridiques, financières et culturelles à l'accès aux soins. Par ailleurs, les maires et les adjoints sont en position de réguler le champ de la santé mentale de par leur participation aux instances de planification ou de gestion des services publics, leur engagement dans le processus d'hospitalisation contrainte, leur fonction d'interpellation des autorités publiques compétentes en matière économique, sociale et sanitaire, et leur fonction de médiation. Bref, les maires sont à même d'agir en transversalité, donc de jouer sur les déterminants de santé, et *a fortiori* de santé mentale. La valorisation d'une instance locale de co-production de programmes adaptés de santé publique, tel un conseil local de santé mentale, renvoie enfin au rôle de tiers des élus, susceptibles de médiatiser et d'élaborer une demande de soins, dont l'absence ou le caractère indéterminé ne sont pas sans rappeler ce qui a pu être décrit au sujet de populations victimes d'inégalités sociospatiales de santé. Concrètement, le conseil local peut, par exemple, être le lieu d'une entente de principe entre l'équipe de psychiatrie et les municipalités sur plusieurs fronts. L'accès à un logement peut être amélioré si l'équipe de psychiatrie s'engage au suivi ainsi qu'à une présence régulière au domicile, grâce à des équipes mobiles. La garantie d'une alimentation équilibrée peut être facilitée par l'ouverture de restaurants municipaux aux personnes ayant des troubles psychiatriques au long cours, ce qui peut se faire en partenariat avec les diététiciennes de l'hôpital. L'accès à l'aide sociale en cas de précarité liée à la maladie peut être favorisée grâce à une expertise conjointe entre le CCAS et l'équipe de psychiatrie. Enfin, l'accès gratuit aux activités culturelles et de loisirs de droit commun peut être favorisé pour les usagers de la psychiatrie. Ces partenariats allient usagers de la santé mentale et population générale et sont au service d'une mixité sociale banalisant ainsi autant l'accès aux soins psychiatriques que les troubles mentaux.

Cette action collective de réhabilitation nécessite la solidarité active de tous les acteurs au niveau de la commune. C'est ce que nous développons depuis trente ans dans la banlieue est de Lille. La partie qui suit décrit les points saillants de cette organisation des soins en réseau qui se déploie avec tous les partenaires du territoire de santé [2].

LA PSYCHIATRIE CITOYENNE EN PRATIQUE : EXEMPLE D'UN SERVICE DE SANTÉ MENTALE INTÉGRÉ DANS LA CITÉ

Après la Seconde Guerre mondiale, un mouvement désaliéniste apparaît parmi certains psychiatres, dont certains ont pu être exposés aux horreurs des camps de concentration. La nécessité est venue alors d'en finir avec l'enfermement asilaire, producteur d'aliénation, et de remettre en cause les relations de domination des soignants sur les soignés, dans une institution non respectueuse des droits de la personne. De là naquit une remise en question fondamentale de l'asile psychiatrique relayée et appuyée par des analyses philosophiques et sociologiques développées notamment par Michel Foucault et Erving Goffman.

Le mouvement désaliéniste a permis l'ouverture de l'asile sur la ville, l'invention de la sectorisation psychiatrique, le déploiement progressif des services vers les populations. Ainsi a-t-on assisté à la diminution du recours à l'hospitalisation et des durées de séjour, au développement des structures de soins dans la cité tels les centres médicopsychologiques, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, à la création d'alternatives à l'hospitalisation et à l'accroissement de l'accès au logement et au travail. Aujourd'hui en France, par exemple, 75 % des personnes suivies par les services de psychiatrie publique le sont exclusivement en ambulatoire [8]. Toutefois, cette organisation est très inégale sur le territoire national. Cette évolution est corrélée à celle de la place reconnue aux personnes vivant avec des troubles psychiques : du malade aliéné par sa pathologie à celle de citoyen acteur de sa santé, ayant accès aux mêmes droits que tous [9-10].

De l'asile à la cité, de l'aliéné au citoyen.

Le service de psychiatrie que nous décrivons dans ce chapitre est l'héritier direct de la remise en question fondamentale de l'asile psychiatrique. Il est passé, en trente ans, d'un service asilaire à une multitude de services intégrés dans la communauté urbaine, centrés sur la personne, co-gérés avec les usagers et prenant en compte les inégalités de santé et d'accès aux soins [11]. Il répond aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la santé mentale, à savoir donner la priorité aux soins dans la communauté en intégrant l'ensemble des réseaux intersectoriels en partenariat rapproché avec les élus, les usagers, les familles et aidants [12]. L'ambition de ce dispositif de services de proximité, reconnu par l'OMS comme une des expériences internationales de bonnes pratiques, est de garantir au mieux la prise en charge des personnes nécessitant des soins de santé mentale tout en évitant la stigmatisation, la

discrimination et l'exclusion. Ce secteur se déploie sur six communes à l'est de Lille (Hellemmes, Lezennes, Mons-en-Baroeul, Lesquin, Faches-Thumesnil et Ronchin), soit une superficie de 2 653 hectares et 87 000 habitants. La gestion administrative est assurée par l'Établissement public de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole, dont le siège administratif est situé à Armentières, soit à 25 kilomètres à l'ouest de Lille. Dix lits d'hospitalisation complète sont encore situés dans l'ancien hôpital psychiatrique à Armentières à trente-quarante-cinq minutes des villes concernées. Le **tableau I** synthétise les transformations structurelles effectuées de 1970 à nos jours.

TABLEAU I

Comparaison entre les nouvelles et anciennes structures liées à la santé mentale sur le secteur de la banlieue est de Lille

Structures traditionnelles de prise en charge psychiatrique (1975)	Nouvelle structure de soutien à la santé mentale (2009)
<p>Une unité d'hospitalisation dans un grand asile psychiatrique situé à 35 kms à l'ouest de Lille (comprenant au total 2 500 patients hospitalisés, 1 000 lits, 400 nouvelles admissions par an) :</p> <p>1 Pavillon de force</p> <p>Une unité d'hospitalisation fermée fonctionnant 24h/24</p> <p>Tous les patients hospitalisés sous contrainte</p> <p>300 patients hospitalisés dont 150 personnes âgées et alcooliques</p> <p>Durée moyenne de séjour : 180 mois</p>	<p>Dix structures psychiatriques assurant les soins, consultations, activités ou pôle de coordination, installées dans des locaux non spécifiques dans les 6 communes : cabinets de médecins généralistes, structures municipales, culturelles ou sportives</p> <p>La régulation entre ces structures se fait en permanence par intranet et par téléphone et elles sont en lien systématique et personnalisé avec le médecin généraliste de chaque usager et en partenariat avec les pharmaciens, les infirmier(e)s libéraux/ales, la Justice, l'Éducation Nationale et autres.</p> <p>150 places en appartements associatifs disponibles, attribuées par la Commission Appartements gérée par les élus locaux, les familles, les usagers et les services sociaux grâce à une association présidée par un élu d'une des communes du secteur.</p> <p>20 lits d'hospitalisation temps plein, en milieu ouvert : 10 occupés en moyenne à l'année, durée moyenne de séjour 9 jours.</p> <p>13 familles d'accueil alternatives à l'hospitalisation dans la cité : durée moyenne de séjour 15 jours.</p> <p>5 places en soins intensifs intégrés dans la communauté et service de soins à domicile 24h/24 et 7j/7.</p> <p>Un conseil de service ouvert aux usagers, aux élus et aux travailleurs du champ social.</p> <p>2 000 personnes suivies par année dont 87 % ne sont jamais hospitalisées pour 87 000 habitants sur le secteur.</p>

C'est grâce à la mise en pratique d'une psychiatrie citoyenne [2] que les choses ont peu à peu évolué, ceci en appliquant deux grands principes. Le premier est un changement de paradigme de fonctionnement. Désormais, le service de psychiatrie ne doit plus « avoir » des partenaires mais « être » partenaire. Le second principe est l'implication des élus. La coordination des réponses aux besoins de soins de la population et l'organisation des services se font en co-construction et en concertation avec les élus locaux, afin de donner une cohérence à un territoire de santé global et non ségréatif, entre les services sanitaires, sociaux et culturels.

Ce changement de paradigme s'est fait en deux étapes. Dans une première étape, nous avons effectué le passage des équipes de psychiatrie de l'asile vers la cité par la mise en œuvre d'un processus de sectorisation et la création de centres de santé mentale, en ville, par transfert de l'asile vers des structures plus légères comme un hôpital de jour, un centre médico-psychologique (CMP), ou un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). La seconde étape a consisté en l'intégration des centres de santé mentale dans les services sanitaires et sociaux. L'organisation du service est donc passée de la notion de centres de santé mentale à celle de services de santé délivrés à la personne et son entourage.

L'application de ce changement de paradigme peut se résumer ainsi : ne plus avoir des équipes de psychiatrie dans des centres avec éventuellement quelques partenaires, mais considérer le citoyen au centre du dispositif avec sa famille, son médecin traitant, son environnement. Dans cette perspective, la psychiatrie est en deuxième ligne et donc surtout intégrée au système de première ligne.

Évolution des pratiques

Ce changement de paradigme implique une évolution radicale des pratiques, dans tous les domaines de l'offre de soins.

1. L'organisation des soins. Nous ne concevons plus le soin comme réalisé dans des unités spécialisées de psychiatrie ou des centres de santé mentale, mais comme un ou des services à la personne. Nous ne fonctionnons plus en fonction du concept de l'internement psychiatrique, mais davantage selon le principe, quand cela est nécessaire, des obligations de soins en ambulatoire, voire des hospitalisations en sortie à l'essai. À ce jour, vingt personnes en hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers sont suivies en ville, contre deux à l'hôpital en moyenne.

2. Une offre de soins plus variée. L'accès aux psychothérapies est favorisé car, dans bien des cas, la réponse psychothérapique est la réponse la plus utile et efficace, avant les médicaments. L'équipe comprend des psychologues formés à toutes les thérapies : cognitivistes, familiales, psychanalytiques et psychodynamiques. Nous permettons l'accès, pour la population démunie, à des psychothérapies gratuites, souvent réservées au champ libéral. De même, nous permettons l'accès à l'hydrothérapie à toute population, par le biais d'un accord avec les piscines municipales. Médicaments, psychothérapies, accompagnements gratuits, tout cela permet l'accès aux soins et la diminution de la perte de chance.

3. Des partenariats efficaces. L'équipe de psychiatrie travaille systématiquement avec les médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens, travailleurs sociaux, de la justice et tout autre acteur impliqué. Par exemple, un courrier du psychiatre traitant est systématiquement envoyé à chaque consultation au médecin généraliste du patient, avec une proposition de prescription. C'est ensuite le médecin généraliste qui assure le suivi. Une consultation infirmière est disponible en moins de vingt-quatre heures pour toute

personne envoyée en consultation de psychiatrie par son médecin généraliste. Toute demande directe au service, en dehors des urgences, est renvoyée d'abord vers le médecin généraliste.

4. Une relation suivie entre santé mentale et grande précarité. Nous avons créé, en partenariat avec le service d'aide médicale urgente social (SAMU social) et diverses associations d'aide aux personnes en grande précarité, un dispositif intersectoriel qui intervient dans tous les foyers et résidences sociales de Lille, pour les personnes en grande précarité et ayant des problèmes de santé mentale **[13]**. Environ 500 personnes par an sont aidées, suivies, parfois hospitalisées dans l'un des huit secteurs psychiatriques lillois. La réhabilitation est assurée par les équipes de psychiatrie et les services sociaux. Le but est double. Il s'agit d'abord de trouver un logement et des ressources pour les personnes ; cette mission est assurée par les structures sociales. Il faut ensuite assurer le relais de la prise en charge médicale ; cette mission est assumée par les équipes de secteur ainsi que par les médecins traitants. L'efficacité du système est forte grâce à l'implication à niveau égal du sanitaire et du social.

5. La démocratie sanitaire. Les conseils de service sont ouverts deux fois l'an aux partenaires : élus, usagers, familles, services sanitaires et sociaux. Cela permet un travail de prévention avec la participation de tous, y compris des patients et des familles. C'est aussi la garantie d'une véritable politique de réhabilitation psychosociale qui est toujours dépendante d'une action intersectorielle qui allie logement, loisir, culture et travail.

6. La lutte contre la stigmatisation. Le mot schizophrène renvoie à la dangerosité. Il est important, dans ce contexte, que les usagers eux-mêmes s'approprient leur parole et puissent témoigner du fait qu'ils ne sont pas plus dangereux que les autres personnes. De fait, ils sont beaucoup plus souvent des victimes, soit par maltraitance passive comme le défaut d'accès aux soins, soit par maltraitance active. En effet, les personnes atteintes de troubles psychiques sont dix-sept fois plus agressées que les personnes de la population générale **[14]**. Dans notre service, la déstigmatisation est aussi permise par l'embauche de familles d'accueil comme alternatives à l'hospitalisation psychiatrique de première intention, mais aussi par l'embauche d'artistes qui mènent des actions de sensibilisation médiatisées par le milieu culturel dans toutes les villes du secteur de référence du service public de psychiatrie **[8]**.

7. L'accès au logement. Cette question est gérée par une commission logement regroupant les bailleurs sociaux, les usagers, les curateurs et les élus locaux qui la président. Depuis sa création, cette commission a octroyé 150 places en appartements associatifs, grâce à la coopération des élus des six communes.

8. La réinsertion sociale par le travail. Cette question est essentielle et gérée par la mise en place d'un dispositif d'insertion en intercommunalité. En relation avec les maisons de l'emploi, un dispositif d'insertion professionnelle intégré dans les municipalités et un centre d'aide par le travail sans atelier de production a été créé, grâce aux maires et aux associations d'aide au retour au travail des personnes handicapées.

9. La culture fait aussi partie de nos pratiques. Une galerie d'art contemporain a été créée avec la Direction régionale des affaires culturelles et les milieux

culturels lillois. Cette action culturelle d'art contemporain est couplée à des ateliers d'art plastique animés par des artistes locaux et recevant tout public, usagers ou non de la psychiatrie.

10. Certaines pratiques favorisent la solidarité et l'entraide. Nous avons soutenu la création de deux groupes d'entraide mutuelle (GEM), regroupement d'usagers ayant ou ayant eu des troubles psychiques au sein d'une association loi 1901, entièrement gérée par les usagers eux-mêmes et subventionnée par la DDASS. Nous avons aussi développé un réseau de pairs-aidants. Ce réseau assure des fonctions d'auto-support et de prise en charge de la solidarité par les usagers eux-mêmes, projet mis en œuvre actuellement avec l'aide des associations d'usagers [15].

11. Instauration d'une pratique de travail en réseau. En effet, le travail en réseau est constant, que ce soit aux niveaux local, régional, national ou international. Nous sommes membres du réseau santé-ville de soins sanitaires et sociaux, du réseau précarité et santé mentale départemental, du réseau régional habitat et santé mentale, et enfin du réseau international de collaboration en santé mentale pour des pratiques et des dispositifs de santé mentale communautaire.

12. Encouragement de la formation croisée. Le travail de formation réciproque avec les médecins généralistes est essentiel. Les médecins généralistes référents assurent le travail de prévention des troubles mentaux ; les psychiatres du service assurent la formation en continu des médecins traitants par des lettres de liaison qui permettent de prendre en charge de nombreux patients et de les adresser rapidement aux équipes de psychiatrie, si besoin. Le même travail de sensibilisation et de formation croisée est mis en place avec les services sociaux du territoire.

Finalement, nous travaillons avec les autorités locales. L'implication de la ville et de l'État, associée aux habitants et aux élus, permet l'application locale des programmes régionaux de santé publique sur le territoire. L'association médico-psychosociale a préfiguré le conseil local de santé mentale et a permis le partenariat entre élus locaux, services municipaux, professionnels de santé et de l'action sociale du territoire, artistes, bailleurs sociaux, usagers. Dans d'autres villes françaises, un tel partenariat s'est constitué ou renforcé dans le cadre des Ateliers Santé Ville, qui ont pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique et sont reconnus comme un outil efficace de prise en compte des inégalités sociales de santé (voir section II, Joubert, Chauvin et Richard).

CONCLUSION

Ce témoignage montre le développement d'un service de soins psychiatriques basé sur l'hypothèse qu'une approche populationnelle reste la plus efficace en santé mentale. Le système global de psychiatrie doit intégrer cette dimension dans le cadre d'une prévention en santé publique. L'isolement et la perte des liens sociaux sont toujours péjoratifs, non seulement pour le recours aux soins mais pour tous les comportements en lien avec la santé, incluant la santé

mentale. C'est tout le système de soins et, au-delà, toute la population qui sont concernés, car tous les déterminants de la santé, qu'il s'agisse d'éducation, de logement, d'emploi, et autres, sont en jeu.

Le dispositif de psychiatrie publique français devrait considérer la santé mentale comme un enjeu essentiel et élargir radicalement sa perspective hospitalo-centrique pour devenir un acteur public sur chaque territoire de santé, en intégrant les multiples stratégies décrites plus haut, afin de diminuer les inégalités de santé, physiques et psychiques. De même, il est essentiel d'informer et de sensibiliser la population par des campagnes de communication. Enfin, le dispositif de psychiatrie se doit de tenir compte, dans ses actions mêmes, de la voix des usagers, de favoriser leur *empowerment* par des pratiques de soins les moins discriminantes possibles. Faciliter l'accès aux soins, développer des pratiques intégrées dans la communauté, c'est lutter contre la stigmatisation.

Bibliographie

- [1] Joubert M., dir. *Précarisation, risques et santé*. Paris : Inserm, 2001 : 474 p.
- [2] Bellamy V., Roelandt J.-L., Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale - Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et résultats*, octobre, 2004, n° 347 : 12 p.
- [3] Surault P. Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation, discrimination. *L'Information psychiatrique*, avril 2005, vol. 81, n° 4 : p. 313-324.
- [4] Casadebaig F., Philippe A. Mortalité chez des patients schizophrènes: trois ans de suivi d'une cohorte. *L'Encéphale*, 1999, n° 25 : p. 329-337.
- [5] Roelandt J.-L., Desmons P. *Manuel de psychiatrie citoyenne. L'avenir d'une désillusion*. Paris : In Press, 2002 : 220 p.
- [6] Délégation Interministérielle à la Ville et Observatoire national santé mentale et précarité. *Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique*. Paris : Les éditions de la Délégation interministérielle à la ville, 2005 : 94 p.
- [7] Délégation Interministérielle à la Ville et Observatoire national santé mentale et précarité. *Les maires et l'hospitalisation d'office : d'une compétence légale à une préoccupation de santé mentale*. Paris : La Documentation française, 2007 : 150 p.
- [8] Coldefy M. Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France. *Études et résultats*, novembre 2005, n° 443 : 12 p.
- [9] Caria A. La place des usagers en psychiatrie : récentes évolutions. In : Rouillon F., Guelfi J.-D., dir. *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2007 : p. 662-667.
- [10] Roelandt J.-L. Santé mentale : relever des défis, trouver des solutions. Et en France ? *L'Information psychiatrique*, avril 2006, vol. 82, n° 4 : p. 343-347.
- [11] Roelandt J.-L., Daumerie N., Caria A., Eynaud M., Lazarus A. Changer la psychiatrie pour déstigmatiser. *Santé mentale*, 2007, n° 115 : p. 16-21.
- [12] OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 2004 - changer le cours de l'histoire*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2004 : 106 p. En ligne : http://www.who.int/whr/2004/en/report04_fr.pdf [dernière consultation le 28/11/2009].
- [13] Guesdon I., Roelandt J.-L. Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe. *L'Information psychiatrique*, avril 1998, n° 4 : p. 343-357.

[14] Lovell A. *Rapport de la Commission Violence et santé mentale*. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 : 80 p.

[15] Le Cardinal P., Ethuin E., Thibaut M.-C. Quand la conquête de la citoyenneté renverse le cycle de la stigmatisation. *L'Information psychiatrique*, décembre 2007, vol. 83, n° 10 : p. 807-814.

Seine-Saint-Denis : intégrer les habitantes éloignées du dépistage du cancer du sein

YOUCEF MOUHOUB

Résumé : Pionnière pour le dépistage organisé du cancer du sein depuis 1999, la Seine-Saint-Denis a constaté que les femmes en situation socioéconomique défavorisée échappaient au dépistage, en dépit de tous les efforts et des dispositifs mis en œuvre. Elle a donc créé un dispositif original de visiteurs de santé publique qui vont sur le terrain pour sensibiliser les professionnels et intervenants de première ligne : médecins, gynécologues mais aussi travailleurs sociaux, associatifs, et autres. Ces derniers bénéficient d'une formation *ad hoc* et d'outils d'intervention en éducation pour la santé spécialement conçus pour ce programme, qui privilégient le dialogue oral direct avec ces femmes. L'enjeu est majeur en terme de santé publique : réduire la mortalité liée à cette pathologie, réduire une très forte inégalité d'accès à la prévention. Le contact direct permet aussi de dédramatiser la mammographie et de diminuer l'anxiété des femmes face à un examen dont elles ne connaissent pas forcément la teneur. Cette action est en voie d'extension sur plusieurs communes de Seine-Saint-Denis. Comme son objectif premier est de réduire les inégalités sociales de santé et que son évaluation est favorable, il est cité en exemple dans le deuxième plan cancer présenté en 2009.

Mots clés : cancer du sein, mammographie de dépistage, relais de proximité, éducation pour la santé, quartiers en difficulté.

INTRODUCTION

Le dépistage organisé du cancer du sein a démarré en 1999 en Seine-Saint-Denis, soit quatre années avant sa généralisation nationale. Une étude menée un an auparavant dans le département avait montré le lien qui existait entre certaines caractéristiques des femmes et les pratiques concernant la mammographie de dépistage. Les femmes rencontrant des difficultés socioéconomiques, ayant un faible niveau scolaire et un faible suivi médical, ont des pratiques de dépistage du cancer du sein par mammographie inexistantes ou non adéquates. En 2004, après deux campagnes d'invitations et malgré la gratuité et la qualité du dispositif, la pratique des femmes âgées de 50 à 74 ans concernant la mammographie de dépistage était la suivante : 39 % continuaient à se faire dépister de manière individuelle, 36 % avaient rejoint le dispositif de dépistage organisé et 25 % des femmes restaient sans dépistage. C'est cette dernière donnée qui explique, en partie, la surmortalité par cancer du sein dans le département. La communication écrite sous la forme de lettre d'invitation, d'affiches et de dépliants, avait atteint ses limites auprès d'une partie d'entre elles. Par ailleurs, la communication écrite auprès des professionnels médicaux prescripteurs était devenue, elle aussi, peu efficace. L'expérience tirée des structures de dépistage dans les autres départements ayant démarré avant la Seine-Saint-Denis montrait qu'après une montée en charge la participation au dépistage organisé connaissait une phase de plateau. Aussi, l'Association de recherche et de dépistage des pathologies du sein en Seine-Saint-Denis (ARDEPASS), membre du comité départemental des cancers 93, qui regroupe des membres institutionnels comme la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), des associations de femmes et d'usagers, des structures impliquées dans les actions de santé et des professionnels de santé, a mis en place une recherche action sur ce sujet. C'est pour mieux comprendre quels étaient les freins et les leviers d'entrée des femmes dans le dispositif de dépistage organisé et adapter au mieux la communication auprès d'elles que l'ARDEPASS a mis en place un projet expérimental d'éducation pour la santé à Bondy [1]. Ce projet de recherche-action sur le mode participatif devait aussi permettre de développer une méthodologie pour la mobilisation des acteurs locaux autour de la problématique du cancer du sein et de son dépistage. Il était nécessaire de réfléchir à une communication plus adaptée au public cible et aux professionnels.

Parallèlement à cette recherche action, le comité départemental des cancers 93, qui est la structure de gestion du projet, a recruté deux visiteurs de santé publique afin de mener, dans tout le département, une action de proximité à l'échelle des villes et des quartiers. Ces actions plus ciblées utilisent des moyens de communication plus congruents aux spécificités du public et répondent mieux aux attentes des acteurs locaux. Leurs missions devaient s'alimenter de la méthodologie et des outils développés dans le cadre du projet de Bondy. Ce chapitre examine comment a été mise en œuvre, en Seine-Saint-Denis, la stratégie d'information et de sensibilisation des femmes en situation

de vulnérabilité sociale et/ou économique, stratégie fondée sur l'action des visiteurs de santé publique.

IDENTIFICATION ET RECRUTEMENT DES RELAIS DE PROXIMITÉ

L'objectif de la démarche des visiteurs de santé publique était d'améliorer la communication auprès des femmes éloignées de la mammographie de dépistage et ainsi augmenter leur sensibilisation à ce dispositif de prévention. Leur rôle principal a consisté à travailler avec les relais de proximité qui étaient à même de rencontrer les femmes. Ces relais pouvaient non seulement identifier les femmes non rejointes par les campagnes de prévention, mais aussi avoir une bonne écoute de leur part. Dans ce but, les visiteurs de santé publique devaient identifier et rencontrer ces relais de proximité. Ont été ciblés, d'une part, les professionnels de santé libéraux et des centres municipaux de la santé, tels les médecins généralistes, gynécologues, et personnels paramédicaux, et, d'autre part, en complémentarité, les personnels des structures sociales, tels les centres communaux d'action sociale (CCAS), les services d'insertion, les associations de soutien social, les Ateliers Santé Ville (ASV), les élus, les maisons de quartier, les services dédiés aux personnes âgées, les associations communautaires et les lieux de travail. Ces rencontres devaient permettre une mobilisation autour de la participation des femmes aux campagnes de dépistage du cancer du sein.

Il était nécessaire, au préalable, de sensibiliser ces futurs relais du dépistage sur la problématique du cancer du sein et sur le dispositif de dépistage, notamment sur la situation rencontrée par les publics vulnérables sur leur territoire. L'objectif final étant de construire avec eux un partenariat selon les degrés d'implication des uns et des autres, par le développement et la mise à disposition d'outils d'aide à l'action. De la sensibilisation des acteurs locaux à l'accompagnement méthodologique des actions locales, en passant par la transmission de savoirs et de savoir-faire, un panel d'outils multiples et variés ont été élaborés puis confrontés au terrain.

Le premier contact avec les relais locaux, médicaux et sociaux se faisait de manière directe, par téléphone ou sur place, afin de solliciter un entretien. Une identification au préalable des structures institutionnelles et associatives opportunes dans notre démarche, c'est-à-dire celles potentiellement en contact avec des femmes de la tranche d'âge éligible à la mammographie de dépistage, était systématiquement réalisée. Les médecins généralistes et les gynécologues ont été tous systématiquement sollicités, car ils sont, dans la mesure où ils sensibilisent leurs patientes et leur prescrivent le dépistage, les pivots du dispositif.

L'objectif de l'entrevue, entre les visiteurs de santé publique et les professionnels impliqués, était d'exposer la situation sous l'angle de la santé publique en donnant une information générale comme le fait que le cancer du sein constitue la deuxième cause de mortalité féminine et qu'il est le premier cancer féminin en incidence, puis en apportant un éclairage sur la situation

particulière du département, notamment la surmortalité liée à cette maladie. Cette partie était plus étayée pour les professionnels médicaux. Ensuite, le dispositif était présenté à l'aide de l'outil cartographique afin que les futurs relais de proximité puissent visualiser, sur leur territoire d'exercice, la situation de la participation des femmes à la mammographie de dépistage par rapport à l'ensemble du département et cela, de manière très lisible et très rapide. Pour les relais sociaux de proximité, le contenu de la rencontre insistait sur le lien qui existe entre les populations fragilisées socioéconomiquement et leur éloignement du dispositif.

Un argumentaire construit en amont constitue un outil indispensable pour mobiliser les acteurs relais médicosociaux de proximité. Pour imaginer les choses, on peut comparer un tel argumentaire à une commode qui contient plusieurs tiroirs et à l'intérieur des tiroirs se trouvent des dossiers. Il y a pour chaque visite une trame commune, puis, selon les sujets qui intéressent les relais, les dossiers sont sortis selon les besoins. Cela nécessite de la part des visiteurs de santé publique une très bonne maîtrise du sujet ainsi que de l'à-propos.

Pour répondre aux questions et aux interrogations des interlocuteurs, une illustration des informations à l'aide d'un classeur était utilisée afin de reprendre visuellement tous les éléments nécessaires : 1) à la bonne compréhension de la problématique d'une manière générale et au niveau local, 2) au fonctionnement du dispositif, 3) à sa plus-value au niveau individuel et collectif. En pratique, le support visuel est très important, car il permet d'aider à faire comprendre des concepts de santé publique, des données épidémiologiques et des informations médicales complexes, surtout auprès de personnes qui n'ont pas de connaissances médicales. Lorsque le visuel est bien conçu et surtout bien accompagné, la quantité d'informations et la qualité d'assimilation qu'il permet d'obtenir peuvent être assez surprenantes.

La conversation devient ensuite plus informelle et permet de mieux comprendre comment les relais travaillent, auprès de quels publics, avec quelles difficultés, quels moyens, quels partenaires et quels outils. Il est nécessaire d'aider les futurs relais à voir leur légitimité et le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'intégration des femmes au dispositif de mammographie préventive, surtout auprès de celles les plus en difficulté et avec lesquelles ils sont en contact dans le cadre de leur activité.

Cette nouvelle fonction de relais pour le dépistage organisé doit pouvoir s'intégrer dans la pratique et ne doit pas devenir une activité supplémentaire qui s'ajoute à un cahier des charges déjà très important : les structures les plus actives étant les plus sollicitées. Il s'agissait donc de travailler avec elles, d'analyser comment ce rôle de relais pouvait s'intégrer dans ce qu'ils faisaient déjà en apportant un nouveau contenu à leur champ de compétence. Par exemple, les lettres d'invitation pouvaient être travaillées lors des cours d'alphabétisation, la mammographie préventive pouvait être abordée lors de « causeries » ou de « goûters-débats » déjà récurrents dans des associations ou dans des groupes communautaires. Il était également nécessaire d'identifier et de répondre aux besoins des acteurs-relais pour qu'ils puissent être des

messagers qui se sentent en confiance pour parler du dépistage du cancer du sein et pour être intelligibles par les femmes.

SE FORMER POUR ÊTRE EN CAPACITÉ DE RELAYER

Le premier besoin exprimé par les relais, sociaux surtout, est de recevoir des connaissances didactiques sur la maladie et le dispositif de dépistage ainsi que des éléments de savoir-faire pour pouvoir aborder le sujet avec les femmes. En anticipation de ce besoin, un outil, la « form'action » avait été conçu. Cette formation permet de passer à l'action pour les relais qui le désirent. Il s'agit d'un atelier d'une durée minimale d'une journée et à laquelle participent tous les acteurs de la ville impliqués. Le profil diversifié de ces acteurs potentialise les effets de l'atelier, car celui-ci est basé sur l'échange d'expériences et de pratiques. De plus, en travaillant ensemble autour d'une situation problématique et de sa réponse sur un territoire commun, les partenaires génèrent une synergie locale constructive.

L'atelier ne vient pas proposer des solutions clés en mains ; celles-ci sont recherchées par les participants selon les contextes locaux, les compétences des participants, les partenariats existants et les ressources locales. La séance débute avec un tour de table sur les attentes des partenaires concernant l'atelier ; ces attentes sont généralement de connaître la maladie et le dépistage, de savoir en parler, de savoir vers qui orienter les femmes. Pendant ces séances, en plus de l'apport purement didactique, étaient abordés les représentations propres à chacun sur cette maladie, les freins possibles rencontrés par les femmes pour se faire dépister puis par les partenaires dans leur fonction future de relais pour aborder le sujet, puis inversement les leviers, ensuite les craintes des participants comme le fait que la mammographie constitue un sujet trop médical, ou le fait de ne pas se faire comprendre des femmes. Dans un second temps, était réalisée une mise en situation par le biais de jeux de rôles avec l'utilisation des outils de communication existants ou à créer. Enfin, une stratégie d'action sur le territoire de la ville était communément élaborée. L'évaluation finale réalisée à chaud avait pour objectif de savoir si la « form'action » avait répondu aux attentes et si les craintes s'étaient apaisées. Pour une très forte majorité des acteurs-relais, l'atelier répondait à ces attentes puisqu'ils se sentaient en capacité de devenir relais du dépistage auprès des femmes. Grâce au site Internet de la structure de gestion, en aval de l'atelier, les relais formés peuvent approfondir leurs connaissances ou les réactualiser à distance. Ils peuvent aussi commander en ligne les outils de communication pour leurs actions.

Des outils pour aider dans l'action, les relais du dépistage organisé

Durant la formation, les relais sociaux mettent souvent en avant la nécessité de passer par l'oralité afin de faire passer le message auprès des publics avec lesquels ils sont en contact. Ce point avait également été identifié par les

partenaires du projet d'éducation pour la santé mené à Bondy en 2004. Aussi, la réalisation d'un film de huit minutes dans lequel des habitantes témoignent de leurs craintes à se faire dépister par la mammographie et de ce qui les a finalement motivées à le faire s'est-elle avérée un bon support pour faciliter le dialogue [2]. Ce film a été mis à la disposition de l'ensemble des relais qui utilisaient déjà ce type de support pour d'autres sujets. Il est utilisé le plus souvent lors de séances collectives, en début d'animation afin de faire démarrer le débat avec les femmes.

Pour préciser et illustrer les informations, les relais disposent aussi d'un diaporama de vulgarisation, sans écrit, créé par la structure de gestion et validé par des femmes et des relais. Les diapositives les plus marquantes pour les femmes sont celles qui reprennent l'évolution de la maladie et qui expliquent qu'il est possible d'obtenir 90 % de guérison pour les cancers dépistés précocement. La diapositive montrant une femme de couleur bleue au milieu de deux cents autres de couleur blanche et qui illustre le risque d'un dépistage positif est aussi très efficace, car elle relativise la peur du résultat de l'examen. Il est aussi nécessaire de montrer les appareils de mammographie qui sont aussi une source d'anxiété, surtout pour les femmes qui n'ont jamais réalisé une mammographie. En plus d'être explicites pour les femmes, ces deux outils permettent aux relais d'avoir des supports qui étayent leur propos et leur apportent un soutien méthodologique dans l'animation sur un sujet qui leur est, la plupart du temps, étranger.

Beaucoup de relais demandent, en complément ou pour les utiliser seuls, des supports écrits pour accompagner les échanges. Un support papier officiel vient appuyer et légitimer la fonction de relais et concrétise aussi matériellement la transmission du message. Ce sont les dépliants et les affiches de la communication nationale qui répondent le plus efficacement à ce besoin. Dans un atelier de « form'action », une femme-relais avait proposé de donner aux femmes un dépliant pour que celles-ci puissent le montrer à leur médecin traitant afin de se faire prescrire un dépistage organisé. Cela leur permet de formuler une demande précise, qui peut leur paraître complexe, sans avoir à l'explicitier. Là aussi, le dépliant peut rassurer les femmes, cette fois-ci face à leur médecin. Les médecins de la ville étaient informés par le visiteur de santé publique, qui avait pour mission de les rencontrer, de la possible utilisation de ce dépliant par les femmes ayant reçu une information/sensibilisation dans leur quartier, comme support de demande de prescription ou de volonté d'un échange sur le sujet. Les femmes savaient que leurs médecins avaient été prévenus de cette démarche. C'est une manière de préparer un terrain pour faciliter l'accès au dépistage. Ce mode d'utilisation d'un outil, au départ disponible mais ayant peu d'impact sur certains publics spécifiques, a permis de créer un lien entre les différents protagonistes du dispositif de dépistage organisé. Par ailleurs, pour les femmes qui désiraient, pour elles ou pour leurs connaissances, recevoir à nouveau une lettre d'invitation, elles pouvaient utiliser le numéro vert de la structure de gestion au dos des dépliants. D'autres peuvent le montrer à leur famille pour se faire réentendre le message qu'elles ont reçu précédemment oralement de manière individuelle ou collective par

des relais institutionnels, associatifs ou par leurs pairs. Le fait que le discours relayé soit le même, et cela par différents interlocuteurs, a pour effet de renforcer le message ; il devient ainsi plus percutant dans le cheminement de la modification des comportements.

Les affiches de la campagne nationale sont quelquefois utilisées par les relais sociaux institutionnels, le plus souvent parce qu'ils ne se sentent pas à l'aise pour parler de ce sujet lorsque les femmes viennent avec une demande d'un autre ordre. En plaçant l'affiche derrière eux, avec la lettre d'invitation à côté, ils abordent le sujet en demandant aux femmes si elles reçoivent bien ce courrier à leur domicile. En posant la question, le relais s'assure simplement que l'administrée bénéficie bien de son droit. C'est une manière, là aussi, de ne pas se sentir illégitime dans une fonction qui n'est au départ pas la sienne. Les relais-hommes utilisent souvent cette stratégie qui permet de garder une certaine distance, au départ du moins, et selon la réaction de la femme, avec l'aspect purement médical mais surtout intime de la question.

En ce qui concerne les médecins prescripteurs de la mammographie, les outils mis à leur disposition ont surtout pour but de faciliter les prescriptions vers le dépistage organisé en réduisant le temps mobilisé. Ils prennent la forme de blocs papiers de prescription du dépistage organisé pour le différencier de l'individuel ; ou alors il leur est possible, pour ceux équipés d'Internet, d'interroger la base régionale sur le statut d'éligibilité de leurs patientes en consultation et d'imprimer, pour celles qui sont éligibles, un bon de prise en charge.

Les relais qui désirent s'investir sur leur territoire de manière forte et dans la durée autour de cette problématique, peuvent utiliser l'ouvrage *Concilier citoyenneté et santé publique* [1] qui reprend toute la méthodologie qui s'est construite durant le projet de recherche-action en éducation pour la santé mené par la structure de gestion et les partenaires de Bondy en 2004 et la répliquer sur leur territoire.

L'IMPACT DU RÔLE DES VISITEURS DE SANTÉ PUBLIQUE EST DIFFICILEMENT ÉVALUABLE

Si entre 2004, date du recrutement des visiteurs de santé publique, et 2008, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein a gagné dix points en Seine-Saint-Denis, il est difficile d'évaluer la part de cette progression qui est liée directement ou indirectement à leur travail. En effet, une multitude de facteurs peuvent biaiser l'évaluation de leur démarche par rapport à l'évolution de la participation, notamment les campagnes nationales de communication, la qualité du recueil de l'information pour ce qui concerne le dépistage individuel et bien d'autres. De plus, l'efficacité de l'intervention repose sur une série d'événements, ce qui est difficilement compatible avec une évaluation bornée dans le temps. En effet, il faut prendre en compte le temps de l'action des visiteurs de santé publique auprès des relais, le temps des relais vers les femmes et le temps des femmes vers le dépistage par mammographie.

En revanche, il est beaucoup plus facile d'évaluer l'action en terme de volume d'activité et de sa qualité, notamment par l'envoi de questionnaires à distance

vers les relais médicaux et sociaux. Le nombre de relais sociaux visités constitue aussi un indicateur d'activité. Les visiteurs de santé publique ont rencontré environ 1 200 professionnels de la santé et 1 700 professionnels du champ du social dont le tiers a participé aux ateliers. La qualité de la transmission des savoirs et des savoir-faire s'évalue au moyen de questionnaires auprès des relais : 100 % ont trouvé la transmission d'information de la part du visiteur très claire ou claire, 100 % ont trouvé cette information complète ou très complète et 100 % des relais questionnés se disent motivés ou très motivés pour devenir relais. Enfin, 82 % disent avoir abordé la question du dépistage organisé du cancer du sein dans le cadre de leur activité. Pour ce qui concerne les professionnels de la santé, les questionnaires à distance montrent un changement dans leurs pratiques en faveur du dispositif de dépistage organisé. Même si les objectifs attendus de la participation n'ont pas encore été atteints, le travail mené sur le terrain permet de tisser un maillage de partenaires locaux, motivés et actifs, qui ont la volonté de réduire la mortalité liée à cette pathologie sur leur territoire. Le travail des visiteurs de santé publique est sans fin, car la rotation des professionnels et de la population est très importante dans le département.

UNE ÉVOLUTION DANS LES MISSIONS ET LES STRATÉGIES

La stratégie des visiteurs de santé publique était de couvrir le département en se rendant dans les quarante villes les unes après les autres. Ce travail a pris fin début 2009. Le réseau informel d'acteurs-relais impliqués sur le terrain permet de garder un écho sur tout le territoire. Il continue à engendrer auprès des visiteurs de santé publique des sollicitations pour un accompagnement dans les actions dont ils sont à présent les initiateurs. Aussi, dans le cadre d'un financement par le programme régional de santé publique (PRSP), le projet d'éducation pour la santé réalisé à Bondy en 2004 est décliné dans quatre autres communes du département. Accompagné par l'Institut Renaudot, le comité de pilotage de ce nouveau projet compte tirer des enseignements qui permettront d'étendre de nouvelles méthodologies et de nouvelles stratégies à l'ensemble du département. Par ailleurs, un outil de suivi mis en place permettra de mesurer le travail des visiteurs de santé publique et plus largement le travail de mobilisation locale mené par la structure de gestion avec les relais et les habitants. Enfin, fort de son expérience dans l'utilisation de la cartographie sanitaire, un visiteur de santé publique qui a, dans son cursus universitaire, une formation en géographie de la santé, a été associé à un groupe de travail expérimental pour le géocodage des taux de participation à l'échelle infracommunale. Piloté par la Direction générale de la santé, il regroupe aussi la Délégation interministérielle à la ville et l'Institut national du cancer. Les applications vont être très étendues, notamment à l'analyse partagée avec les acteurs locaux des zones de sous-dépistage, à l'échelle des quartiers pour y mettre en rapport de manière plus pertinente les ressources qui y sont présentes. Ce travail, dont l'objectif est de réduire les inégalités sociales de santé, a été repris en exemple dans le deuxième plan Cancer présenté en 2009.

Bibliographie

- [1] Association ARDEPASS. *Concilier santé publique et citoyenneté. Soleil Santé Une expérience participative sur le dépistage organisé du cancer du sein. Bondy : ARDEPASS, 2006 : 94 p.* En ligne : <http://www.ardepass.org/professionnels-de-sante/ardepass-soleil-sante.pdf> [dernière consultation le 20/11/2009].
- [2] *T'as fait ta mammo ?* [vidéo]. Sorba J. réal. Association ARDEPASS, 2006 : 8'. En ligne : <http://www.ardepass.org/temoignages-cancer-sein/film-mammographie.html> [dernière consultation le 20/11/2009].

Section IV | **L'évaluation**



CONCEPTS CLÉS

Évaluation

L'évaluation participe à la compréhension des politiques et programmes par la réalisation d'un recueil systématique de données selon une méthode scientifique qui décrit et explique les opérations, effets, justifications et implications sociales de ces politiques et programmes.

Évaluation participative

Méthode d'investigation à la jonction de la recherche participative et de la recherche-action qui consiste à associer les acteurs de l'intervention à l'ensemble ou à certains des processus de planification et réalisation de l'évaluation.

Méthodes mixtes

Méthodologie de recherche qui consiste à déployer et à conjuguer à l'intérieur d'un même projet, et de façon complémentaire et intégrée, des méthodes qualitatives et quantitative de recueil et d'analyse de données.

Évaluation réaliste

Type d'évaluation fondée sur la théorie et qui suppose que les programmes et interventions sont effectifs à travers des mécanismes déclenchés par les actions de l'intervention ou du programme et leurs interactions avec les éléments du contexte de mise en œuvre de l'intervention. Ces évaluations cherchent à répondre à la question : comment l'action produit-elle des effets, pour qui et dans quelles circonstances ?

Méthode expérimentale

Méthodologie de recherche fondée sur, d'une part, la manipulation des conditions auxquelles sont soumis les sujets de recherche par un expérimentateur et, d'autre part, l'assignation aléatoire des sujets aux différentes conditions sous étude, de façon à assurer l'équivalence statistique des groupes soumis aux différentes conditions ou traitements à l'étude.

Méthodes quasi expérimentales

Ensemble de stratégies et de méthodes qui servent à maximiser la validité interne d'une étude lorsqu'il est impossible d'assigner aléatoirement les sujets de l'étude aux différentes conditions ou traitements à l'étude et donc de garantir l'équivalence statistique des groupes à l'étude.

Introduction

VALÉRY RIDDE ET JEANINE POMMIER,
EN COLLABORATION AVEC FRANÇOISE JABOT

Résumé : « Démontrez-nous que votre programme a contribué à réduire les inégalités de santé ! » Nombre de porteurs d'actions ont été confrontés à une telle demande de la part des décideurs et des financeurs. Légitime mais pas si simple, comme le prouve cette section consacrée à l'évaluation. S'écartant de prétendues recettes toutes faites, les experts mis à contribution ont privilégié une approche plus pragmatique qu'incantatoire. Ils présentent tout d'abord un état des lieux de l'évaluation en France, au travers de l'évolution des dispositifs et des politiques publiques. Évaluer la composante de réduction des inégalités dans une action demeure rare et difficile. Pour autant, des solutions existent. Le premier chapitre explicite les concepts clés. Les contributions suivantes présentent les méthodes « mixtes » d'évaluation qui marient données quantitatives et qualitatives, illustrées à partir d'un exemple concret. Puis cette section propose une réflexion sur les enjeux que représente l'évaluation d'une intervention d'éducation et de promotion de la santé pour réduire justement les inégalités. Il en ressort que, pour évaluer ces interventions complexes, un nouveau type d'évaluation dénommé « réaliste » s'avère une solution plutôt adaptée. Enfin, nous vous présentons une grille expérimentale d'analyse qui permet aux porteurs de projets de sonder leur action sous l'angle de la réduction des inégalités.

Les intervenants de santé publique, qui souhaitent agir pour la réduction des inégalités sociales de santé (ISS), font souvent l'amer constat de la difficulté de disposer de conseils éclairés pour orienter leurs interventions dans cette direction. Au Royaume-Uni, par exemple, le groupe chargé d'expertiser des propositions de projets visant la réduction des ISS s'était montré assez

déconcerté par la quasi-absence de fondements empiriques des actions proposées **[1]**. L'une des explications à cette lacune est la rareté des évaluations entreprises pour porter un jugement sur les actions qui visent cet objectif. Le Royaume-Uni vient de faire ce constat, alors même que le gouvernement investit massivement depuis dix ans dans la réduction des inégalités sociales de santé **[2]**. Voilà pourquoi la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS a mis particulièrement l'accent, dans ses recommandations, sur l'importance d'évaluer les interventions et de mieux expliciter le rôle des déterminants sociaux, non pas sur la santé de la population dans son ensemble, mais bien sur les inégalités sociales de santé **[3]**. Dans ce chapitre introductif écrit avec la collaboration de Françoise Jabot, nous rappelons brièvement le contexte de l'évaluation en France avant de présenter le contenu de l'ensemble de cette section composée de cinq chapitres.

LE CONTEXTE DE L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES EN FRANCE

La réflexion sur l'évaluation des politiques publiques en France s'est développée à partir des années 1970. Acteurs publics, praticiens et évaluateurs s'efforçaient alors de délimiter le champ et la fonction de l'évaluation, et notamment de la distinguer d'autres activités telles que l'inspection, l'audit et le contrôle ou encore les travaux de recherche. C'est dans ce contexte que paraît le rapport Viveret **[4]**, rédigé à la demande du gouvernement dans le cadre de la modernisation de l'État. Ce document sera à la base du décret de 1990 qui fonde l'évaluation des politiques publiques. Il donne une définition de l'évaluation et met en place un dispositif interministériel chargé de piloter des travaux d'évaluation mais aussi de faire progresser la science évaluative. Ce dispositif sera simplifié en 1998, le conseil national de l'évaluation se substituant aux comités précédents, et abandonné en 2003. Le travail produit pendant un peu plus de dix ans a contribué à construire un modèle français reposant sur les principes, considérés majeurs pour la démarche d'évaluation, de pluralisme, d'indépendance, de transparence **[5-6]** et sur la volonté de faire de l'évaluation, un lieu de concertation et de débat public **[7]**.

Si le concept d'évaluation de politiques publiques a prévalu jusqu'à une époque récente, la traduction de l'action publique en programmes, avec la réforme budgétaire introduite par la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, introduit une préoccupation nouvelle, la mesure de performance. La France s'inscrit ainsi dans le mouvement mondial du nouveau management public et la culture du résultat **[8]**. Basé sur le renseignement d'indicateurs de performance destinés à mesurer l'atteinte des objectifs de performance, cet exercice, figure imposée dans les administrations et, par extension, dans les organismes bénéficiaires de financements publics, se déploie et vient percuter les démarches d'évaluation amorcées. Parce qu'elles utilisent le même vocabulaire (objectifs, indicateurs), s'appliquent toutes deux à des programmes et/ou des projets, énoncent des buts qui se rejoignent, les deux opérations, que sont l'évaluation et la mesure de la performance, tendent à être confondues,

l'évaluation étant dès lors de plus en plus assimilée à une sanction budgétaire [9]. Plus récemment, a été lancée la révision générale des politiques publiques (<http://www.rgpp.modernisation.gouv.fr/>) qui poursuit un double objectif : identifier les réformes utiles pour la réduction des dépenses de l'État et accroître l'efficacité des politiques publiques. L'ancien dispositif d'évaluation est alors définitivement supprimé en 2007, et un secrétariat d'État de l'évaluation des politiques publiques est créé. En 2008, l'évaluation entre dans la constitution et apparaît comme une responsabilité majeure du Parlement partagée avec la Cour des comptes.

La loi d'août 2004 relative à la politique de santé publique affiche, dès l'article 2, la réduction des inégalités de santé parmi les dix domaines de la politique de santé publique et l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées, comme un objectif prioritaire. Cependant, parmi la centaine d'objectifs de santé publique, deux seulement portent sur les ISS et sont axés sur la réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins et sur la réduction des inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires. La réduction des inégalités de santé est généralement abordée à travers le thème de la précarité. Soulignons que, lors des débats menés par la Société française de santé publique en préalable au vote de la loi, la question des ISS avait été oubliée par les professionnels [10]. En effet, si la grande majorité des plans régionaux de santé publique a inscrit la lutte contre les inégalités sociales au rang des objectifs prioritaires, les actions envisagées sont inscrites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins [11]. Enfin, la loi de 2004 énonce les obligations d'évaluation aux échelons national et régional. Le Haut Conseil de santé publique, pour le niveau national, et les groupements régionaux de santé publique et les conférences régionales de santé, pour le niveau régional, ont un mandat spécifique concernant l'évaluation. Un groupe de travail national piloté par la Direction générale de la santé s'est efforcé de construire des repères pour les acteurs chargés de l'évaluation des nouveaux instruments de la politique de santé publique. Ce document précise le cadrage de l'évaluation des programmes régionaux de santé publique, rappelle les éléments fondamentaux de la démarche évaluative, suggère quelques pistes pour le questionnement évaluatif, mais ne donne pas d'indications sur les axes devant être évalués en ce qui concerne les ISS [12]. Le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » est principalement destiné à moderniser le système de santé, et la question des inégalités de santé n'y est guère abordée. En ce qui concerne l'évaluation, il y est fait allusion à propos du schéma régional d'organisation des soins, de la qualité des soins dans les établissements de santé, des évaluations internes et externes dans le champ social et médicosocial, des programmes d'éducation thérapeutique et des actions de prévention.

LE CONTENU DE LA SECTION CONCERNANT L'ÉVALUATION

Les textes réunis dans cette section sont essentiellement des prolongations des présentations réalisées lors des Journées de la prévention INPES de 2008.

C'est donc une démarche très inductive qui a nourri la construction de cette section, tant en partant du contenu des éléments apportés par les présentateurs que des besoins spécifiques relevés par les quelque soixante participants à l'atelier de 2008. Cette démarche aboutit à une série de chapitres qui correspondent aux enjeux contemporains de l'évaluation en promotion de la santé, en particulier sur les aspects qui touchent aux ISS [13]. Il faut bien reconnaître cependant que cette section de l'ouvrage reflète la situation de la pratique évaluative en France concernant les inégalités sociales de santé. Comme dans bien d'autres pays, la rareté de tels processus fait en sorte que nous n'avons pas été en mesure de fournir au lecteur autant d'exemples que nous l'aurions souhaité. Cependant, le panachage nous semble pertinent entre des chapitres empiriques qui décrivent certaines expériences dans le contexte français et des chapitres plus théoriques qui fournissent des cadres conceptuels utiles pour lire ces articles issus d'expériences de terrain.

Dans un premier chapitre (Ridde, Pommier et Jabot), les concepts clés du domaine de l'évaluation de programme sont décrits et explicités. Dans un champ de recherche aussi récent que celui de l'évaluation de programme, il n'est pas surprenant de constater qu'il n'existe pas encore de vocabulaire normalisé, malgré l'existence d'un dictionnaire de l'évaluation publié récemment [14] ou d'un thésaurus dont la première version date de 1977 [15]. Sans avoir la prétention de fournir la définition canonique des composantes du champ de l'évaluation, ce premier chapitre offre aux lecteurs un vocabulaire commun, qu'ils pourront, une fois approprié, adapter à leur contexte d'utilisation.

Le deuxième chapitre (Pluye et Nadeau) entre de plain-pied dans la pratique de l'évaluation et apporte une relative nouveauté dans le contexte francophone et dans celui de la santé publique. L'histoire de la santé publique montre que le paradigme des approches évaluatives expérimentales est largement présent [13]. Or, avec le développement de la promotion de la santé et compte tenu de la nature complexe des interventions mises en œuvre pour réduire les inégalités [2], le recours à des méthodes qualitatives plus traditionnellement employées dans les sciences sociales est devenu indispensable, même si de nombreuses résistances subsistent, y compris chez ceux qui se réclament de la promotion de la santé. Mais ces deux types de données méritent assurément aujourd'hui d'être plus complémentaires et convoqués de manière concomitante. Voilà pourquoi s'est développé, ces dernières années, un champ d'expertise concernant les méthodes mixtes, utilisant des données qualitatives et quantitatives [16]. Le deuxième chapitre offre ainsi une grille d'analyse de ce récent développement et des conseils pour mieux utiliser ces deux types de données. Le troisième chapitre (Sass et Chatain) est un exemple tiré d'une expérience évaluative qui rend compte de la manière dont les méthodes mixtes peuvent être utilisées. Évidemment, cette étude de cas ne saurait illustrer l'ensemble des stratégies proposées dans le deuxième chapitre et se cantonne à rendre compte de l'une d'elles.

Suivant la même logique, les quatrième (Blaise, Marchal, Lefèvre et Kegels) et cinquième (Guichard et Ridde) chapitres proposent une réflexion sur les

enjeux d'évaluer des interventions aussi complexes que celles mise en œuvre dans le domaine de l'éducation et de la promotion de la santé pour réduire les inégalités sociales de santé. Dans le contexte national, mais aussi international, de l'évaluation de la performance, il est bien souvent demandé aux intervenants de promotion de la santé de fournir des preuves tangibles, concrètes et souvent, sinon tout le temps, de nature quantitative de l'efficacité de leurs projets : « Prouvez-nous que votre public a changé de comportement. » « Montrez-nous que les participants à votre programme ont renforcé leur pouvoir d'agir (*empowerment*). »

Face à la complexité de ces interventions et compte tenu des difficultés éthiques, méthodologiques et financières de recourir à des stratégies expérimentales permettant en partie de quantifier de tels effets, les intervenants éprouvent bien souvent des difficultés à interagir avec les bailleurs de fonds qui réclament de telles preuves. L'une des solutions pour évaluer des interventions complexes est la démarche de l'évaluation réaliste [17]. Cette démarche, ses fondements et ses défis sont explicités dans le quatrième chapitre de cette section. Mais le lecteur intervenant qui fait face à des demandes d'évaluation de l'efficacité pourra accéder dans ce chapitre, non seulement à une présentation de cette démarche méthodologique, mais aussi aux arguments expliquant les défis, voire souvent l'absence de pertinence de l'emploi des méthodes expérimentales pour mesurer les effets des interventions. Si l'évaluation réaliste semble encore délicate à mettre en œuvre dans le cadre de projets isolés, le cinquième chapitre est un exemple de son adaptation dans le contexte des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé. Sur la base d'une recherche réalisée dans trois régions françaises [18], les auteurs proposent une grille d'analyse utile pour planifier des interventions et vérifier si elles disposent d'un potentiel pour réduire les inégalités sociales de santé. Il s'agit d'une grille construite sur la base de trois projets, car il n'existait pas d'outil spécifiquement adapté aux inégalités sociales de santé. C'est justement ce que réclame la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (CDSS) [3]. La grille permet de s'interroger sur les interventions et peut être appliquée pour engager un dialogue entre les différentes parties prenantes qui souhaitent agir en faveur de la réduction des inégalités. Un encadré au cœur de ce chapitre permet de montrer comment des acteurs d'une des régions françaises, choisies comme étude de cas pour la recherche qui a abouti à la grille, ont été en mesure de se l'approprier et de l'adapter spécifiquement à leurs besoins.

Bibliographie

[1] Macintyre S., Chalmers I., Horton R., Smith R. Using evidence to inform health policy: Case study. *BMJ (British Medical Journal)*, 2001, vol. 322, n° 7280 : p. 222-225.

[2] House of Commons Health Committee. *Health Inequalities. Third Report of Session 2008-09. Volume 1 Report, together with formal minutes.* London : House of Commons Health Committee, 2009 : 143 p. En ligne : <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/>

- [cmhealth/286/286.pdf](#) [dernière consultation le 04/04.2010].
- [3] WHO. *Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health. Final Report*. Genève : World Health Organization, 2008.
- [4] Viveret P. *L'évaluation des politiques et actions publiques*. Paris : La Documentation française ; 1989.
- [5] Le Boulter S. Panorama de la situation en France : les institutions, les acteurs, les promoteurs. *Informations sociales*, septembre 2003, n° 110 : p. 23-33.
- [6] Perret B. *L'évaluation des politiques publiques*. Paris: La Découverte, 2008.
- [7] Jacot H., Fouquet A., dir. *L'élu, l'expert et le citoyen. Vers un nouveau rôle des acteurs dans l'évaluation des politiques publiques*. Paris : L'Harmattan, 2007.
- [8] Trosa S. *Le guide de la gestion par programme. Vers une culture du résultat*. Paris : Éditions d'Organisation, 2003.
- [9] Jabot F. L'évaluation, entre logique gestionnaire et production de sens [Éditorial]. *Santé publique*, janvier-février 2008, vol. 20, n° 1 : p. 3-4.
- [10] Ridde V. Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé. *Recherches sociographiques*. 2004, vol. XLV, n° 2 : p. 343-364.
- [11] Jabot F., Gerhart C. L'évaluation nationale et régionale des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. In : Cauquil G, Lafore R., dir. *Évaluer les politiques sociales*. Paris : L'Harmattan, 2006.
- [12] Direction générale de la santé. *Évaluation régionale des plans régionaux de santé publique*. Paris : Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, 2008.
- [13] Potvin L., McQueen D.V., dir. *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas. Values and Research*. New York : Springer; 2009 : 336 p.
- [14] Mathison S, dir. *Encyclopedia of Evaluation*. Thousand Oaks (USA) : Sage Publication, 2004 : 522 p.
- [15] Scriven M. *Evaluation thesaurus* (2^e éd.). Reyes (USA) : Edgepress, 1980.
- [16] Pluye P., Nadeau L., Gagnon M.-P., Grad R., Johnson-Lafleur J., Griffiths F. Les méthodes mixtes pour l'évaluation des programmes. In : Ridde V., Dagenais C., dir. *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2009 : p. 123-141.
- [17] Ridde V., Guichard A. Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis. In: Niewiadomski C., Aïach P., dir. *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes : Éditions EHESP, 2008 : p. 57-80.
- [18] Guichard A., Ridde V. *Étude exploratoire des mécanismes de l'efficacité des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Étude pilote dans trois régions françaises*. Saint-Denis : INPES, 2009 : 48 p. en ligne : http://politiquestsociales.net/IMG/pdf/etude_exploratoire.pdf [dernière consultation le 04/04.2010].

Spécificités de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités

VALÉRY RIDDE, JEANINE POMMIER ET FRANÇOISE JABOT

Résumé : L'évaluation de tout programme de réduction des inégalités sociales de santé est cruciale : l'évaluation comme pratique sociale peut en effet contribuer à réduire ces inégalités, en améliorant l'intervention qu'elle étudie. Les recherches démontrent que nombre d'interventions en promotion de la santé, trop focalisées sur les déterminants individuels et pas assez sur les déterminants socioéconomiques, creusent ces inégalités. Quelques règles s'imposent : l'évaluation doit démarrer en même temps que le programme lui-même, questionner spécifiquement les inégalités ; elle ne doit pas être directive mais participative. En particulier, si les intervenants sont mis à l'écart ou si les personnes les plus vulnérables n'y sont pas associées, il sera impossible de mesurer l'effet d'un programme de réduction des inégalités. En outre, ne pas associer les populations vulnérables constitue une occasion manquée d'améliorer leur pouvoir d'agir. Les données probantes en matière de réduction des inégalités montrent la nécessité de développer des activités spécifiques à certains sous-groupes de la population. Enfin, une évaluation n'est réellement utile que si ses résultats sont utilisables... et utilisés. Revue de l'ensemble des éléments d'une évaluation, du concept à la pratique, et recommandations opérationnelles pour l'action.

Mots clés : évaluation, évaluation participative, réduction des inégalités sociales de santé, *empowerment*, étapes de l'évaluation.

INTRODUCTION

Après avoir dressé un rapide portrait du contexte français de l'évaluation dans la partie introductive, l'objectif de ce premier chapitre (adapté de l'ouvrage récent de Ridde et Dagenais **[1]**) est de fournir aux lecteurs un aperçu des concepts et de la pratique de l'évaluation de programmes dans le contexte des actions de réduction des inégalités sociales de santé (ISS). Nous cherchons ainsi à permettre aux intervenants de mieux interagir avec les commanditaires des évaluations et les évaluateurs en leur fournissant un vocabulaire minimal, et, aussi, à susciter une plus grande préoccupation pour la prise en compte de la réduction des ISS lors des processus évaluatifs. L'interrogation des acteurs de la santé publique relative aux impacts des programmes sur les ISS est un phénomène récent **[2]**. Cette préoccupation ne doit pas se limiter au plan des programmes, mais devrait aussi concerner les politiques publiques dont ils dépendent et les projets qui en découlent.

L'ÉVALUATION DE PROGRAMME SELON RIDDE ET DAGENAIS **[1]**

L'évaluation est un processus qui permet d'apprécier une intervention ou certaines de ses composantes, selon une démarche critique à l'aide d'une collecte systématique de données dans le but de prendre des décisions concernant les actions entreprises que l'on veut améliorer ou les actions à entreprendre. Cette définition relativement simple a le mérite de définir clairement que le processus d'évaluation n'est pas un processus de contrôle, bien que cela puisse parfois être le cas, ni un projet de recherche, bien que les méthodes scientifiques soient parfois employées. L'évaluation est une démarche d'amélioration des projets et des pratiques, en somme un moteur de changement **[3]**, voire pour certains de changement social **[4]**. L'un des défis majeurs pour les responsables de programmes et les évaluateurs est justement de développer des stratégies qui permettent à la fois de répondre aux besoins des financeurs et aussi de produire des informations qui permettent de faire évoluer les projets. L'évaluation est une démarche qui peut être entreprise pour toutes sortes de programme, qu'ils concernent les ISS ou pas. Cependant, si l'on souhaite évaluer les effets des programmes au regard des ISS, il faut s'attacher à organiser une démarche évaluative qui puisse questionner spécifiquement les ISS et, en particulier, la problématique de l'équité, comprise comme justice sociale. Dans ce contexte, il s'avère aussi essentiel de se préoccuper de la manière dont on mène les évaluations. Nous croyons en effet que le processus évaluatif peut aussi servir à réduire les ISS en améliorant, notamment, le pouvoir d'agir des personnes concernées lorsque ces dernières participent à l'évaluation. D'emblée, il nous semble donc important de noter que nous percevons une double spécificité à l'évaluation des programmes dans le champ des ISS, soit, d'une part, l'interrogation indispensable des effets des programmes au regard de l'équité et la justice sociale, et, d'autre part, la mise en œuvre de processus évaluatifs

participatifs qui permettent aux populations concernées par les évaluations et les programmes d'agir sur leur destinée.

La place et le rôle des acteurs sociaux, et notamment des évaluateurs

Les acteurs sociaux jouent un rôle crucial dans la dynamique d'évaluation. Une attention particulière doit donc être portée au jeu des acteurs, aux relations de pouvoir et aux interactions sociales, car un programme et son évaluation ne sont pas des activités mécaniques, uniquement techniques, où seuls nous intéressent les objectifs et les indicateurs. Les tenants de l'évaluation réaliste perçoivent les interventions et leur processus évaluatif comme porteur de changement social, comme un système de transformation, système ouvert qui est le produit d'une myriade d'éléments et de forces impossibles à quantifier (voir section IV, Blaise, Marchal, Lefèvre et Kegels). Ainsi, on aura compris que la vision du monde et de la science qu'ont les évaluateurs conditionne leur manière de percevoir et d'évaluer un programme et détermine les choix théoriques et méthodologiques de la pratique de l'évaluation ainsi que les questions d'évaluation et les stratégies employées pour y répondre. Nos valeurs, croyances et intérêts interfèrent dans nos pratiques professionnelles.

Certains évaluateurs, dits positivistes, ne croient à l'efficacité d'un programme que dans la mesure où il a été possible, comme pour une expérience de laboratoire, de comparer ses effets entre un groupe de participants dans le programme et un groupe contrôle de non-participants, l'appartenance de ces personnes à ces groupes ayant été déterminée aléatoirement. Comme le rappelle Jusot dans le chapitre portant sur les programmes européens de réduction des inégalités sociales de santé, c'est l'approche qui a été privilégiée par le ministère de la Santé aux Pays-Bas pour son programme d'évaluation des interventions visant la réduction des ISS [5], et qui vient encore une fois d'être plébiscitée au Royaume-Uni [6]. D'autres évaluateurs, dits constructivistes, affirment à l'inverse qu'il est impossible d'isoler les effets d'un programme de son environnement et qu'il faut employer une méthodologie capable d'analyser ces interactions, et ceci, tout particulièrement pour les programmes sociaux. Ils affirment aussi que toute connaissance sur les effets d'un programme est co-construite par les acteurs sociaux concernés (voir section IV, Guichard et Ridde). Ces évaluateurs assument pleinement la subjectivité de leur jugement – ce qui n'empêche pas la rigueur de l'analyse [7] – puisque l'objectivité réclamée par le premier camp n'est pas envisageable.

Avant d'évaluer la réduction des ISS, il faut la planifier

Si, pour les évaluateurs, la volonté de s'interroger sur la réduction des ISS est cruciale, encore faut-il que les planificateurs aient également pris en compte ce besoin de changement dans l'élaboration des programmes. Un programme est un ensemble cohérent, organisé et structuré d'actions, disposant de ressources et de personnes qui l'animent, justifié sur la base de besoins

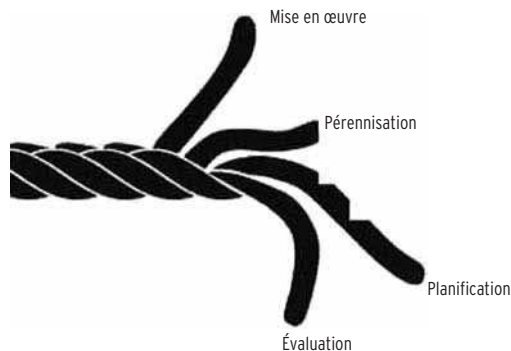
identifiés pour des individus, une collectivité ou une société. Il est destiné à transformer des situations. Le maître mot de cette définition est la transformation. Dans le cas des ISS, les planificateurs devraient s'intéresser de manière spécifique à des sous-groupes de population. Des recherches ont montré que des dizaines d'années d'intervention dans le domaine de la santé publique n'ont, au mieux, rien changé des ISS, au pis, contribué à les augmenter [8]. Certains ont qualifié ce phénomène d'hypothèse d'équité inverse, précisant que les interventions de santé publique atteignent d'abord les plus riches qui sont en meilleure santé, avant de toucher les plus pauvres [9]. Ainsi, les écarts se creusent. Les programmes de lutte contre le tabagisme sont exemplaires de ce point de vue, car les changements d'habitudes et la capacité à le faire sont plus difficiles pour les personnes les plus défavorisées [10]. Au Canada, par exemple, la prévalence du tabagisme a été réduite de plus de 50 % en quarante ans, mais la prévalence demeure quatre fois plus importante pour ceux qui n'ont pas terminé des études secondaires que pour ceux qui disposent d'un diplôme universitaire [8]. Inutile d'ajouter que cela est encore plus vrai lorsque les interventions sont cantonnées sur les déterminants individuels et comportementaux, et non sur les déterminants sociopolitiques.

L'évaluation n'est pas l'étape finale d'un programme

Cette vision évolutive des programmes vient contredire celle qui décrit leur vie selon un inéluctable cycle allant de l'identification des besoins à l'évaluation, en passant par les étapes de la planification et de la mise en œuvre. Or, nous croyons, au contraire, que le processus des programmes n'est ni linéaire, ni cyclique. Il faudrait concevoir un programme comme étant composé d'une série de quatre sous-processus concomitants et interdépendants que sont la planification, la mise en œuvre, l'évaluation et la pérennisation. Ces quatre sous-processus peuvent ainsi représenter les quatre fils d'une même corde programmatique [figure 1].

FIGURE 1

Les quatre sous-processus d'une intervention



Source : adapté de [10]

La planification permet de prévoir l'allocation des ressources permettant d'atteindre des objectifs précis grâce à la mise en œuvre d'activités préalablement définies. Nous l'avons dit plus haut, une planification visant la réduction des ISS est un préalable incontournable à l'évaluation de la réduction des ISS. L'évaluation d'un programme renvoie à la définition exposée ci-dessus. La mise en œuvre d'un programme consiste en la mobilisation de ressources pour organiser des activités afin d'atteindre des objectifs ; la pérennisation concerne le devenir des programmes. La pérennisation est centrée sur le processus qui permet la continuation des activités et des effets relatifs aux programmes, la pérennité étant le résultat du processus de la pérennisation traduit dans les routines organisationnelles. Les actions favorables à la pérennité doivent démarrer en même temps que la mise en œuvre du programme, et non à la fin de celui-ci. Retenons que ces quatre sous-processus sont concomitants, car ceux qui ont été impliqués dans des programmes savent bien que, lorsqu'on met en place un programme (mise en œuvre), on s'interroge toujours sur ce qui se passe (évaluation), on révisé régulièrement ce qui a été prévu de faire (planification) en se préoccupant, ce qui demeure cependant souvent le maillon faible des programmes, du devenir de ces derniers (pérennisation). La problématique de réduction des ISS devrait être transversale à ces sous-processus. Dans le **tableau I**, nous suggérons donc quelques questions pour guider les planificateurs et les évaluateurs qui se préoccupent des ISS. D'autres éléments de discussion concernant la prise en compte de l'équité dans ces processus sont proposés ailleurs [8].

TABLEAU I**Quelques exemples de questions à l'égard des inégalités sociales de santé**

Planification	- Comment les actions peuvent-elles agir sur les déterminants politiques et sociaux ? - Les personnes concernées ont-elles contribué à la définition des besoins ?
Mise en œuvre	- Des actions spécifiques sont-elles organisées pour différents publics ? - Les personnes concernées participent-elles à la mise en œuvre ? Et comment ?
Pérennisation	- Les ressources financières sont-elles réparties équitablement (i.e. en fonction des besoins) entre les différentes activités ? - De nouvelles modalités organisationnelles ont-elles été développées pour lutter contre les ISS ?
Évaluation	- Les indicateurs prennent-ils en compte les sous-groupes de la population ? - Les intervenants et les personnes concernés participent-ils à l'évaluation ?

Planifier une évaluation

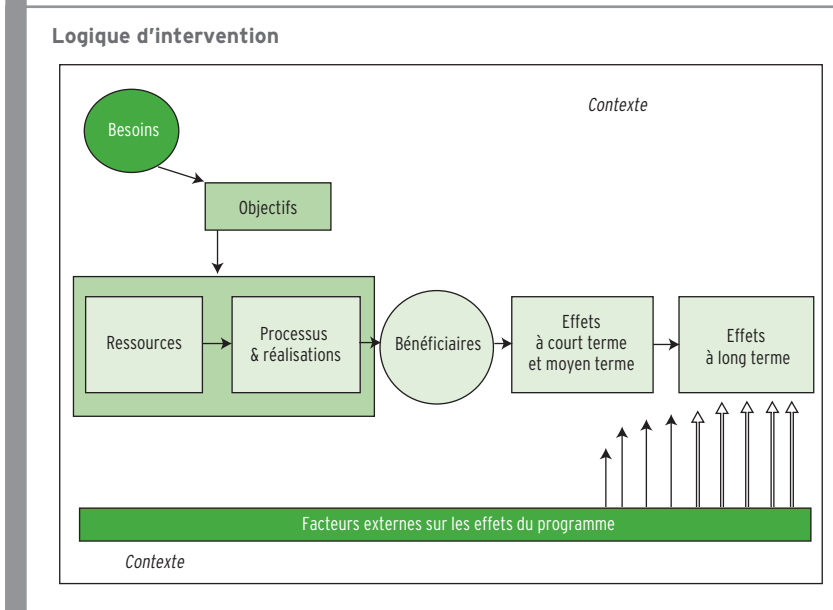
Un processus évaluatif se déroule habituellement en plusieurs phases, tantôt successives, tantôt en parallèle ou en boucle. Il s'agit des phases préévaluative, évaluative et d'utilisation des résultats pour la prise de décision. Cependant, tous les évaluateurs ne semblent pas d'accord pour endosser la responsabilité de cette dernière étape.

Comme son nom l'indique, l'étape préévaluative [11] permet de s'assurer, non seulement qu'il est possible de réaliser l'évaluation d'un programme,

mais aussi que les évaluateurs disposent de toutes les informations concernant la demande d'évaluation et le contexte dans lequel elle se situe. Le cœur de cette étape est de s'assurer que les personnes concernées par l'évaluation connaissent les composantes du programme de façon détaillée, ce qui n'est pas toujours le cas. Ainsi, le travail fondamental est de reconstituer la logique du programme ou théorie de l'intervention, non seulement tel qu'il a été planifié mais aussi tel qu'il a été mis en œuvre. Même si cette logique est parfois présente sous diverses formes dans les documents de planification, il subsiste toujours une différence entre ce que l'on a prévu de faire et ce que l'on a réalisé. Si l'on ne sait pas exactement quels sont les effets attendus d'un programme, comment peut-il être possible d'en évaluer l'efficacité ? Si l'on ne connaît pas précisément l'enchaînement des activités et les éventuels liens de causalité avec des effets attendus, il est impossible de porter un jugement sur l'attribution, ou la contribution, des composantes du programme aux changements observés. Dans le contexte du présent ouvrage, la réalisation d'une telle démarche pourra permettre aux évaluateurs de mettre au jour, soit que les responsables du programme ne visaient pas explicitement la réduction des ISS (voir section IV, Guichard et Ridde), soit que la logique du programme telle qu'elle est planifiée n'a aucune chance de réduire les ISS malgré la volonté affichée. Dans ce dernier cas, il ne sera peut être pas utile d'organiser une évaluation de l'efficacité par rapport aux ISS. L'évaluateur pourra, par exemple, être plus utile en soutenant les intervenants dans le développement d'un programme visant potentiellement la réduction des ISS. C'est ce que Patton nomme l'évaluation développementale où l'évaluateur joue aussi un rôle de soutien à la planification et à la mise en œuvre d'un programme. Voir Ridde *et al.* pour un exemple en français [12].

Il est utile de faire une représentation graphique des relations entre les activités prévues et les effets attendus, ce qui permettra d'orienter le choix et la formulation des questions évaluatives. Cela peut également être utile pour montrer que la logique d'un programme ne produira pas d'effets tant que, par exemple, la manière dont celui-ci est conçu ira à l'encontre des connaissances dont nous disposons sur les manières d'intervenir dans la réduction des ISS. Par exemple, les données probantes actuelles en matière de réduction des ISS montrent qu'il est nécessaire de développer des activités spécifiques à certains sous-groupes de la population et non pas uniquement à la population générale. Si la construction de la logique d'un programme avec les acteurs met en évidence le fait qu'ils développent leur programme sans adapter leurs activités aux sous-groupes de la population, l'évaluateur pourra d'emblée porter un jugement sur ce défaut de logique. Dans la **figure 2**, une représentation graphique générique des éléments composant un programme est présentée [1] et nous permettra de montrer que la question des ISS doit être prise en compte tout au long de l'intervention, à partir de l'identification des besoins jusqu'à l'analyse des effets des interventions.

Le diagnostic de la situation et la connaissance des besoins des bénéficiaires suggèrent la mise en œuvre d'un programme qui vise des objectifs dans un contexte particulier. Ce programme est composé de ressources, financières

FIGURE 2

et humaines, nécessaires à la mise en place des activités, et de processus qui produisent des réalisations dans le but de générer des effets à court ou à plus long terme. Les bénéficiaires sont visuellement bien séparés des processus afin de mettre en exergue le fait qu'un programme se justifie sur la base des changements qu'il cherche à induire. Les flèches horizontales [figure 2] mettent l'accent sur la chaîne des résultats, les liens de causes à effets. La présence de flèches de plus en plus grandes au-dessous des effets souligne la nécessité de rester modeste quant à l'imputation au programme des effets observés. En effet, plus on se dirige vers la droite de la figure, vers les effets à long terme, plus grande est la probabilité que des facteurs externes au programme puissent être responsables de ces effets, et donc plus l'attribution de ces effets au seul programme devient problématique.

Une fois la logique de l'intervention bien appréhendée, il faut pouvoir déterminer les questions d'évaluation auxquelles il s'agira de répondre. Dans de nombreux contextes, les commanditaires d'une évaluation veulent savoir tout sur tout, et souvent en peu de temps et avec un budget restreint. Aussi, s'avère-t-il indispensable de sérier les demandes et de vérifier la faisabilité de toute évaluation [13]. Quelques exemples de questions d'évaluation concernant les ISS sont fournis au tableau II.

Il s'agit ensuite d'élaborer un plan d'évaluation. Pour chacune des questions d'évaluation, il faut déterminer les données nécessaires pour y répondre, les instruments de collecte de ces données, les personnes et les lieux où se trouvent ces informations, le moment où ces instruments seront administrés et par qui et les méthodes d'analyses des données. Dans le contexte des ISS, le choix des données nécessaires et des indicateurs est central, car la mesure des inégalités

TABEAU II**Domaines d'évaluation et questions d'évaluation de programme (génériques et spécifiques aux ISS)**

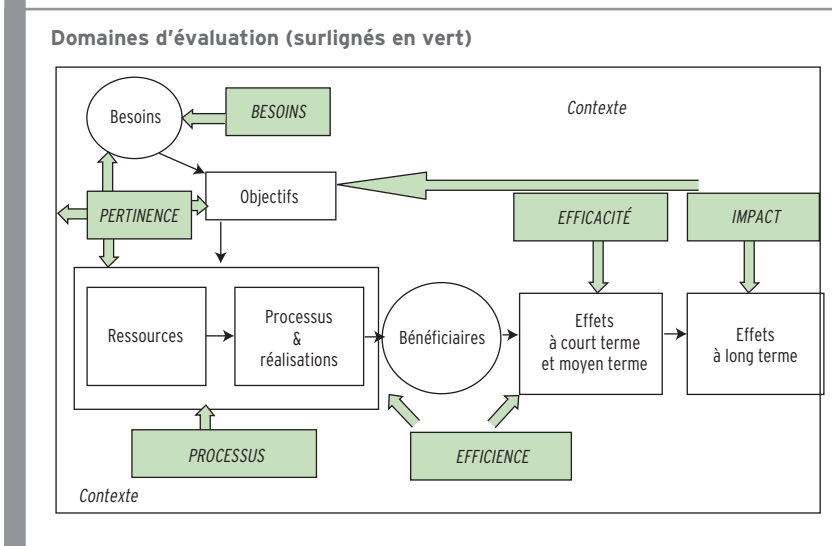
Une évaluation...	... permet de répondre à une des questions génériques suivantes	... permet de répondre à une des questions suivantes concernant la réduction des inégalités sociales de santé
... de besoins (problématique initiale)	Quelles sont les situations que le programme souhaite modifier ? Les besoins des participants ont-ils évolué depuis le début de la mise en œuvre ?	Des ISS ont-elles été repérées dans le territoire concerné ? De quelle nature et de quelle ampleur sont-elles ? Les déterminants sociopolitiques ont-ils été considérés ? Les besoins des personnes les plus défavorisées ont-ils été pris en compte ?
... de la pertinence	Le programme est-il en adéquation avec les besoins des participants ? Le programme prend-il en compte le contexte de sa mise en œuvre ?	La logique d'intervention montre-t-elle qu'une réduction des ISS est possible avec les ressources et la démarche prévue ? Le programme est-il bien en adéquation avec les ISS repérées lors de l'évaluation des besoins (lors du diagnostic initial) ? Les activités du programme prennent-elles en compte les besoins spécifiques des différents publics ? Le programme est-il adapté au contexte spécifique des personnes vivant dans des zones sensibles ou les plus défavorisées ?
... du processus	Le programme est-il mis en œuvre tel qu'il a été prévu ? Quels sont les facteurs qui entravent ou facilitent la mise en œuvre du programme ?	Le langage employé lors des activités a-t-il pris en compte le niveau des différents groupes de personnes bénéficiaires ? Comment les personnes les plus vulnérables sont-elles associées à la mise en œuvre ? Des mesures incitatives favorables à la participation des plus pauvres ont-elles été prises ? Les interventions sont-elles mises en œuvre selon un processus participatif ?
... de l'efficacité	Les effets à court terme constatés correspondent-ils aux objectifs initialement fixés ? Comment les effets relevés sur les participants au programme se comparent-ils avec ceux qui ne participent pas ?	La réduction des ISS constatée répond-elle bien à ce qui était recherché ? Quelle est la nature et l'ampleur de ce changement pour les sous-groupes de la population concernée ? Les effets constatés dans les sous-groupes de la population correspondent-ils à ce qui était recherché ? Observe-t-on des changements pour les populations les plus défavorisées/vulnérables ? Lesquels ?
... de l'impact	Les effets à long terme constatés correspondent-ils aux objectifs initialement fixés ?	La santé des populations les plus vulnérables s'est-elle améliorée ? Les écarts (variable d'intérêt) entre les plus riches et les plus pauvres ont-ils été réduits ? Observe-t-on une réduction des inégalités de santé ?
... de l'efficacité	Quel est le rapport entre les effets et les ressources du programme ? Pour produire le même effet, le programme est-il plus onéreux qu'un autre ?	Quelles ont été les ressources mobilisées pour l'atteinte d'un effet pour les différents groupes de populations ? Proportionnellement aux effets constatés, a-t-on affecté plus de ressources pour les activités destinées aux groupes disposant des besoins les plus importants ?
... de l'équité	Quels sont les effets différentiels du programme en fonction des sous-groupes de la population ?	L'intervention renforce-t-elle le pouvoir d'agir du public bénéficiaire ? L'intervention a-t-elle un impact sur l'équité ? Quelle est la nature de cet impact ?

est un phénomène complexe [8]. Il n'existe évidemment pas d'indicateur unique qui donnerait une mesure de l'impact d'un programme concernant les ISS. Il s'agit donc pour l'équipe d'évaluation de bien choisir une batterie d'indicateurs, qui, analysés conjointement, donneront des indices de la réduction des ISS. Une évaluation de programme nécessite de prévoir une liste des tâches, un calendrier d'exécution, une description des ressources humaines et un budget. Enfin, il est indispensable de s'interroger sur la manière dont les résultats de l'évaluation seront utilisés, de prévoir la façon de communiquer ces résultats et de faire en sorte que les personnes concernées puissent se les approprier. Une évaluation n'est réellement utile que si ses résultats sont utilisables et utilisés [14]. Ce dernier point est particulièrement important dans le cadre des ISS, car l'appropriation et l'utilisation des résultats de l'évaluation par les personnes concernées sont porteuses de changement social et peuvent ainsi contribuer à la réduction des inégalités.

LA MISE EN ŒUVRE D'UNE ÉVALUATION : DOMAINES ET APPROCHES

La représentation schématique de la **figure 3** est très utile pour introduire les différents domaines d'évaluation. Par domaine d'évaluation, nous entendons l'objet sur lequel porte le jugement. Dans le cas de l'évaluation d'un programme, cet objet peut être une composante du programme, ou encore la relation entre ses composantes. Dans la **figure 3**, les différents domaines d'évaluation sont représentés, et leurs relations avec les composantes d'un programme sont illustrées. Dans le contexte de la réduction des ISS, l'évaluation de l'équité est centrale bien que rarement traitée dans les ouvrages concernant l'évaluation. Cette dernière doit pouvoir se situer au niveau de

FIGURE 3



l'ensemble du modèle de la **figure 2**, mais nous mettons ici l'accent sur les effets (voir à ce sujet Potvin *et al.* [8]). Le **tableau II** propose quelques exemples génériques de questions d'évaluation en fonction de ces domaines d'évaluation et concernant notamment la réduction des ISS.

Précisons qu'il est essentiel, quels que soient les domaines d'évaluation, de bien analyser le contexte, car un programme n'aura pas les mêmes effets et ne sera pas mis en œuvre de la même manière dans des contextes différents. Le contexte socioéconomique dans lequel les personnes les plus défavorisées vivent est parfois plus contraignant pour faire des choix éclairés. Par exemple, c'est dans les quartiers les plus défavorisés que la question de l'obésité est parfois plus importante qu'ailleurs, alors même que certaines études montrent que l'offre de fruits et de légumes frais y serait plus rare. Il faut aussi rappeler que des effets non souhaités, qu'ils soient favorables ou non pour les participants, peuvent être générés par le programme, mais qu'ils ne font pas toujours l'objet d'investigations de la part des évaluateurs.

Pour répondre à ces questions d'évaluation, l'évaluateur peut avoir recours à plusieurs approches évaluatives. Le terme d'approche concerne ici la manière dont les experts en évaluation interagissent avec les personnes concernées par l'évaluation. Il n'y a pas d'approche qui soit meilleure que toutes les autres. Il faut choisir celle qui paraît la plus pertinente dans le cas étudié. Les expériences montrent que les approches participatives sont certainement les plus propices à agir sur les inégalités sociales, et donc certainement sur les ISS. Il est possible de mettre en évidence les éléments les plus fondamentaux qui caractérisent deux approches particulières (parmi d'autres).

■ **Approche directive** : l'évaluateur a un rôle d'expert, relativement neutre et distant par rapport à l'objet évalué. Il dirige l'ensemble des opérations et prend les décisions. Les différents acteurs ne sont impliqués qu'à titre de sources d'information, à des moments particuliers de la démarche. L'évaluateur seul a l'autorité pour juger de la valeur et du mérite du programme.

■ **Approche participative** : elle consiste en la mise en œuvre du processus évaluatif selon une démarche de coopération entre des évaluateurs et des personnes concernées par l'évaluation, mais qui ne sont pas des évaluateurs. Trois raisons peuvent justifier le recours à une telle approche. Pour des raisons pragmatiques, on cherche ainsi à accroître les chances de réussite du processus et de l'utilisation des résultats. Pour des raisons politiques, on opère ainsi un souci démocratique de participation citoyenne et d'émancipation. Enfin, pour des raisons épistémologiques, on évoque l'idée qu'il n'existe pas de réalité unique et que la pluralité des points de vue est essentielle à la construction d'un argument [15]. Le **tableau III** distingue deux approches différentes au sein de l'approche participative.

CONCLUSION

Dans le contexte des ISS, il nous semble que se préoccuper des seuls aspects techniques ne suffit pas, car nous pensons que le processus évaluatif, en tant que tel, peut aussi être un vecteur de renforcement ou de réduction des ISS.

TABLEAU III**Deux formes de l'évaluation participative**

Pratique	L'évaluation sert à résoudre des problèmes, améliorer le programme et prendre des décisions. Elle est réalisée dans le cadre d'un partenariat égalitaire entre l'évaluateur et les parties prenantes, ces dernières étant essentiellement les personnes devant prendre les décisions.
Émancipatrice (empowerment)	L'évaluation est un moyen mais aussi une fin en soi. Elle fait en sorte que le processus évaluatif favorise l'accroissement du pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>) des parties prenantes, dans une perspective de justice sociale. Les décisions à l'égard du processus évaluatif sont exclusivement prises par les parties prenantes et non par l'évaluateur.

L'évaluation est en effet, aussi, un mode d'intervention qui, comme les actions de santé publique, peut contribuer à la réduction des ISS. L'évaluation est en effet une pratique sociale qui peut transformer l'intervention qu'elle étudie [16]. Contrairement à un processus directif encadré par une administration ou un expert consultant, une volonté de développer un processus participatif lors de l'évaluation peut certainement contribuer à la réduction des ISS. Par exemple, si, dès la phase de préparation de l'évaluation, les parties prenantes de l'intervention contribuent à décrire la logique de cette dernière, à préciser les questions d'évaluation utiles pour leurs interventions, et éventuellement à collecter et analyser les données, il y a de fortes chances que les résultats de l'évaluation soient éventuellement utilisés et que les participants acquièrent des savoirs et des savoir-faire qu'ils pourront éventuellement redéployer dans d'autres situations. Si les intervenants sont mis à l'écart, ou si les personnes les plus vulnérables ne sont pas interrogées et/ou parties prenantes, l'effet potentiel des programmes en termes de réduction ou d'augmentation des ISS ne peut pas être contrôlé. Non seulement on ne peut pas savoir si l'intervention a un effet sur les plus vulnérables, mais le fait de ne pas les associer à l'évaluation constitue une occasion manquée d'améliorer leur pouvoir d'agir. Le renforcement de ce pouvoir d'agir, qui contribue à la réduction des ISS, peut aussi avoir lieu lors des évaluations [17]. Aussi, dans le contexte des interventions visant la réduction des ISS, avoir recours à des évaluations et à des interventions axées sur l'*empowerment* semble une voie à suivre [18].

Pour soutenir la réflexion des intervenants et des évaluateurs qui souhaitent s'interroger sur la problématique des ISS dans le cadre d'une évaluation de programme, le présent chapitre nous permet de mettre en exergue quelques mécanismes *a priori* essentiels :

- planifier une théorie de l'intervention qui dispose d'un potentiel certain de réduire les inégalités sociales de santé ;
- organiser des activités qui sont spécifiquement adaptées aux différents groupes sociaux concernés ;
- prévoir un processus d'évaluation participative ;
- formuler des questions évaluatives spécifiques à la réduction des inégalités sociales de santé et à l'équité ;
- définir des indicateurs qui prennent en compte les inégalités sociales de santé ;

- prendre en compte, lors de l'évaluation, le contexte socioéconomique et politique dans lequel les personnes concernées vivent ;
 - prévoir un processus de partage des résultats de l'évaluation adapté aux personnes concernées par l'intervention et favorable à leur appropriation.
- Ainsi, nous suggérons que ces divers éléments, qui ne sont pas exhaustifs, servent de point de départ à un processus délibératif qui permettra aux personnes concernées par les programmes d'être plus efficaces pour plus d'équité.

Bibliographie

- [1] Ridde V., Dagenais C., dir. *Approches et pratiques de l'évaluation de programme*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2009.
- [2] Ridde V., Guichard A. Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis. In : Niewiadomski C., Aïach P., dir. *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes : Éditions EHESP, 2008 : p. 57-80.
- [3] Jabot F. Regards croisés sur l'évaluation [DVD1 : Film, DVD2 : entretiens sur l'évaluation] Rennes : Centre de ressources pédagogiques de l'ENSP, 2007.
- [4] Mark M., Henry G., Julnes G. *Evaluation : An Integrated Framework for Understanding, Guiding, and Improving Policies and Programs*. San-Francisco (USA) : Jossey-Bass, 2000 : 400 p.
- [5] Stronks K., Mackenbach J. Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *European Journal of Public Health*, 2005, vol. 16, n° 4 : p. 346-53.
- [6] House of Commons Health Committee. *Health Inequalities. Third Report of Session 2008-09. Volume I. Report, together with formal minutes*. Londres : House of Commons Health Committee, 2009 : 143 p. En ligne : <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/286/286.pdf> [dernière consultation le 04/04/2010].
- [7] Olivier de Sardan J.-P. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant, 2008.
- [8] Potvin L., Ridde V., Mantoura P. Évaluer l'équité en promotion de la santé. In : Frohlich K., De Koninck M., Bernard P., Demers L., dir. *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'université de Montréal, 2008 : p. 355-378.
- [9] Victora C.G., Vaughan J.P., Barros F.C., Silva A.C., Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, septembre 2000, vol. 356, n° 9235 : p. 1093-1098.
- [10] Ridde V., Pluye P., Queuille L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2006, vol. 54, n° 5 : p. 421-431.
- [11] Beaudry J., Gauthier B. L'évaluation de programme. In : Gauthier B., dir. Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données. (2^e éd). Ste-Foy (Canada) : Presses de l'Université du Québec, 1992 : p. 425-452.
- [12] Ridde V., Baril F., Johnson H., Poulin M. Le Magicien du Temps : approche participative axée sur le développement d'un projet et l'utilisation des résultats d'une évaluation. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 2006, vol. 21, n° 3 : p. 235-255.
- [13] Bamberger M., Rugh J. Composer avec les contraintes inhérentes à la pratique de l'évaluation. In : Ridde V., Dagenais C., dir. *Concepts et pratiques de l'évaluation de programme Manuel d'enseignement*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2009.

- [14] Patton M.O., LaBossière F. L'évaluation axée sur l'utilisation. In : Ridde V., Dagenais C., dir. *Approches et pratiques de l'évaluation de programme*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2009 : p. 143-58.
- [15] Weaver L, Cousins J.B. Unpacking the participatory process. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 2005, n° 1 : p. 19-40.
- [16] Potvin L., McQueen D.V., dir. Practical Dilemmas for Health Promotion Evaluation. In : *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. New York : Springer 2009 : p. 25-45.
- [17] Ridde V., Baillargeon J., Ouellet P., Roy S. L'évaluation participative de type *empowerment* : une stratégie pour le travail de rue. *Service social*, 2003, vol. 50, n° 1 : p. 263-279.
- [18] Cashman S.B., Adeky S., Allen A.J., Corburn J., Israel B.A., Montano J., *et al.* The power and the promise: working with communities to analyze data, interpret findings, and get to outcomes. *American Journal of Public Health*, août 2008, vol. 98, n° 8 : 1407-1417.

Les évaluations mixtes des actions de réduction des inégalités

PIERRE PLUYE ET LUCIE NADEAU

Résumé : Comment évaluer une action qui vise à réduire les inégalités ? Faut-il privilégier la méthode qualitative ou quantitative ou comment allier les deux ? La question suscite des controverses. Incontestablement, dans la panoplie des évaluateurs figurent désormais en bonne place les « méthodes mixtes », qui combinent une collecte et une analyse qualitative et quantitative des données. Plusieurs études scientifiques mettent en avant l'intérêt d'une évaluation qualitative puis quantitative, la priorité étant accordée au qualitatif. Ces méthodes mixtes sont utilisées depuis longtemps mais n'ont été conceptualisées que récemment. En voici les principales caractéristiques.

Mots clés : critères de qualité, méthodes mixtes, recherche évaluative, revue de littérature mixte.

INTRODUCTION

Les méthodes mixtes d'évaluation des interventions dans le domaine de la santé combinent les méthodes de collecte et d'analyse de données qualitatives et quantitatives. On les nomme aussi études triangulées ou multiméthodes, ou encore méthodes intégrées, mélangées ou multiples. Dans ce chapitre, nous définissons les évaluations mixtes de la manière suivante : une évaluation mixte est un type d'évaluation dans lequel un évaluateur ou une équipe d'évaluateurs associent les méthodes qualitatives et quantitatives d'évaluation dans le but de produire des résultats qui permettent d'approfondir la compréhension d'un phénomène ou de corroborer des résultats d'évaluation

par l'utilisation de méthodes, techniques de collecte, d'analyse et d'interprétation de données qui combinent des données chiffrées ou quantitative avec des données qualitatives dérivées du discours [1].

Les chercheurs combinent méthodes qualitatives et quantitatives depuis longtemps, mais ce n'est que récemment qu'une telle combinaison a été conceptualisée en termes de méthodes mixtes. Utiliser des méthodes mixtes vise à conjuguer les forces des méthodes qualitatives et quantitatives. Les premières fournissent des descriptions approfondies de phénomènes complexes, qui font une large part aux aspects contextuels et qui peuvent, théoriquement, être applicables dans d'autres situations. Les études ethnographiques constituent un exemple d'utilisation de méthodes qualitatives. Les méthodes quantitatives, quant à elles, servent à identifier et à quantifier des associations entre des variables, associations qui peuvent ensuite être généralisées à une population grâce à des inférences statistiques. Dans le cas d'une évaluation mixte d'un programme de santé publique visant la réduction des inégalités de santé, la composante qualitative permet d'approfondir la compréhension des divers processus par lesquels le programme est planifié, mis en œuvre, pérennisé et intégré dans son contexte, alors que la composante quantitative sert à chiffrer certaines associations entre des variables caractérisant numériquement l'action du programme et ses effets.

Dans ce chapitre, notre objectif est de présenter succinctement les principales caractéristiques des méthodes mixtes d'évaluation. Le **tableau I** propose une liste non exhaustive de méthodes qualitatives et quantitatives susceptibles d'être combinées dans des méthodes mixtes. Les lecteurs non familiers avec les termes méthodologiques peuvent se référer aux dictionnaires classiques de Muchielli [2] pour les méthodes qualitatives et de Last [3] pour les méthodes quantitatives.

TABLEAU I

Les principaux types de méthodes qualitatives et quantitatives⁽¹⁾

Cinq méthodes qualitatives fréquemment utilisées

Ethnographie (anthropologie et sociologie)
Phénoménologie (philosophie et psychologie)
Narratifs: Biographies et récits de vie (sciences sociales)
Théorisation ancrée (sociologie)
Étude de cas (sciences sociales)

Méthodes quantitatives

Études expérimentales: Essai contrôlé randomisé; Essai contrôlé; Essai contrôlé pré-post.
Études observationnelles: Étude de cohorte; Étude de comparaison de cas; Étude pré-post; Séries temporelles; Enquête transversale; Série de cas; Rapport de cas.

(1) Ce tableau n'inclut pas les méthodes de recherche action et recherche participative car, même si ces méthodes sont souvent associées à la recherche qualitative, rien ne prévient leur utilisation comme méthode mixte.

PRINCIPAUX DEVIS

Les évaluations mixtes se présentent selon trois types qui peuvent être classifiés selon un continuum qui va de la dominance de la méthode quantitative à la

dominance de la méthode qualitative [4]. Ainsi, dans une évaluation quantitative mixte, la méthode quantitative reste dominante ; dans une évaluation mixte, les méthodes quantitative et qualitative contribuent à parts égales ; dans une évaluation qualitative mixte, ce sont les méthodes qualitatives qui dominent. Pour en savoir plus sur le débat qui oppose souvent méthodes qualitatives et quantitatives et sur les typologies de méthodes mixtes, les lecteurs sont invités à consulter Pluye *et al.* [1] ou le livre de Creswell et Plano Clark [5]. Tout comme Johnson *et al.* [4], nous sommes d'avis qu'il est légitime de considérer comme évaluation mixte toute évaluation qui combine des devis et des techniques de collecte ou d'analyse de données qualitatives et quantitatives, mais uniquement lorsque ces combinaisons satisfont les trois conditions suivantes :

- la combinaison comprend au moins une méthode qualitative et une méthode quantitative comme, par exemple, une composante ethnographique et une composante quasi expérimentale ;
- chaque méthode est utilisée de façon rigoureuse par rapport aux critères généralement admis et exposés un peu plus loin à la section Critères de qualité ;
- la combinaison des méthodes se traduit par une intégration des approches méthodologiques, des devis, des données et des résultats.

Les évaluations mixtes peuvent combiner des méthodes qualitatives et quantitatives à l'intérieur d'une étude d'évaluation unique ou dans un ensemble d'évaluations étroitement liées. Par exemple, notre programme d'évaluation des effets des technologies de recherche de l'information en soins de première ligne combine des évaluations quantitatives prospectives longitudinales, notamment une étude de cohorte, avec des évaluations qualitatives, principalement des études de cas multiples [6]. En revanche, nous ne considérons pas qu'il s'agit d'évaluations mixtes lorsque celles-ci reposent sur : (a) un devis de recherche habituellement associé avec les méthodes quantitatives (comme dans le cas de devis quasi expérimentaux par exemple) mais procédant avec des données qualitatives, ou vice-versa, c'est-à-dire un devis habituellement associé aux études qualitatives (études de cas) procédant avec des données quantitatives, (b) toute combinaison de méthodes quantitatives, (c) toute combinaison de méthodes qualitatives, et (d) les juxtapositions de méthodes qualitatives et quantitatives sans aucune intégration d'approches, de devis, de données et de résultats.

On peut concevoir les devis d'évaluation qui utilisent des méthodes mixtes à partir de la classification des méthodes mixtes proposées par Creswell et Plano Clark [5]. Cette classification décrit deux types de devis séquentiels et deux types de devis concomitants. Dans les premiers, les méthodes qualitatives et quantitatives sont utilisées séquentiellement sur des échantillons différents, alors que dans des devis concomitants les méthodes qualitatives et quantitatives sont utilisées simultanément. En premier lieu, les devis séquentiels peuvent être exploratoires ou explicatifs.

- *Devis séquentiel exploratoire.* Une évaluation qualitative est suivie d'une évaluation quantitative, et la priorité est habituellement accordée à la première. Les méthodes qualitatives et quantitatives sont habituellement intégrées

lorsque les résultats quantitatifs sont mobilisés pour confirmer ou généraliser les résultats qualitatifs qui ont été utilisés dans une fonction exploratoire.

■ *Devis séquentiel explicatif*. Une évaluation quantitative est suivie d'une évaluation qualitative, et la priorité est habituellement accordée à la première. Les méthodes quantitatives et qualitatives sont habituellement intégrées lorsque les résultats qualitatifs sont mobilisés pour interpréter ou expliquer des résultats quantitatifs inattendus.

Le programme de recherche sur la réduction des inégalités sociales présenté par Stewart *et al.* [7] illustre le premier type de devis. Dans une première recherche évaluative selon un devis séquentiel exploratoire, une évaluation qualitative a permis de comparer les perceptions concernant la cohésion sociale entre un groupe de personnes plus pauvres et un groupe de personnes plus riches sur la base d'entrevues individuelles. Ces résultats ont contribué à améliorer un questionnaire utilisé subséquemment pour l'évaluation quantitative des effets de la cohésion sociale sur le statut socioéconomique. Quant au devis séquentiel explicatif, il peut être par exemple utilisé pour examiner la validité d'une méthode d'évaluation [6]. On peut inviter un sous-échantillon des personnes ayant complété un questionnaire d'évaluation à participer à une étude qualitative pour expliquer leurs réponses. Ces explications permettent de mieux comprendre les résultats quantitatifs, et éventuellement d'améliorer le questionnaire.

En second lieu, les devis concomitants peuvent être soit triangulés ou nichés. Dans ces devis, les méthodes quantitatives et qualitatives sont intégrées dès la planification de la recherche, ou au moment de la collecte et de l'analyse des données.

■ *Devis concomitant triangulé*. Les composantes qualitatives et quantitatives de l'évaluation sont concomitantes et d'égale importance. Elles servent à analyser les mêmes phénomènes de manière complémentaire. L'intégration des méthodes s'effectue au moment de la collecte et de l'analyse des données.

■ *Devis concomitant niché*. L'évaluation est soit principalement quantitative avec une composante qualitative mineure, ou soit principalement qualitative avec une composante quantitative mineure. Les composantes quantitatives et qualitatives sont concomitantes et l'intégration s'effectue au moment de la collecte et de l'analyse des données. La conduite d'une étude ethnographique avec des participants à une expérimentation est un exemple de devis concomitant niché.

Le chapitre de Sass et Chatain, analysé ci-après [encadré], offre l'exemple d'un devis concomitant triangulé. Le programme de recherche sur la réduction des inégalités sociales présenté par Stewart *et al.* [7] illustre, quant à lui, l'utilisation d'un devis concomitant niché. Dans cette étude, les chercheurs ont planifié et testé une intervention de soutien téléphonique aux aidants naturels des personnes âgées souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladie cardiovasculaire. L'évaluation quantitative expérimentale a permis de mesurer les résultats de l'intervention au moyen de questionnaires standardisés administrés avant, immédiatement après et trois mois suivant l'intervention, auprès d'aidants naturels assignés aléatoirement à un groupe d'intervention ayant

ENCADRÉ 1

France : les centres d'examen de santé à l'épreuve des méthodes mixtes

Le chapitre suivant (Sass et Chatain) illustre une variante d'un devis exploratoire mixte. Dans les écrits scientifiques sur les méthodes mixtes, ce type de devis est en général utilisé pour développer un instrument de recherche ou une taxonomie : les résultats d'une recherche qualitative permettent la planification d'une recherche quantitative. Sass et Chatain présentent une évaluation en trois phases. Les méthodes qualitatives et quantitatives sont combinées à plusieurs reprises, notamment pour collecter ou analyser des données au cours des phases 2 et 3 et pour interpréter des résultats à la phase 3.

Dans cette variante, la première phase est une évaluation quantitative qui consiste en une enquête transversale qui permet d'identifier trente-quatre centres d'examen de santé ayant mené des actions pour les populations vulnérables. La deuxième phase consiste en une évaluation qualitative qui permet de classer les expériences menées dans ces trente-quatre centres. Les données qualita-

tives sont analysées de deux manières. Le premier type d'analyse n'est pas mentionné. Le second type correspond à une analyse statistique des correspondances multiples qui est habituellement utilisée pour analyser les données collectées par l'intermédiaire d'un questionnaire structuré. Les résultats permettent de concevoir le questionnaire d'évaluation POPP (Partenaires, Public, Organisation, Prévention).

La troisième phase est en cours. Elle consiste en une évaluation mixte composée d'une étude longitudinale des services fournis à 389 personnes vulnérables dans onze centres de santé. Dans ces centres, tous les professionnels en contact avec le public ont reçu un questionnaire POPP. De plus, les données collectées sur l'échantillon de personnes vulnérables sont issues de questionnaires, d'entrevues et de dossiers sur les services fournis. Ces données sont collectées lors de l'examen de santé, puis six mois et un an après l'examen.

reçu un soutien téléphonique hebdomadaire ou à un groupe de contrôle. Durant l'expérimentation, une évaluation qualitative sur la base de données d'entrevues et de notes d'observations a permis de mieux comprendre comment l'intervention et ses effets étaient perçus par les sujets du groupe ayant reçu l'intervention.

PRINCIPALES TECHNIQUES DE COLLECTE ET D'ANALYSE

Les techniques de collecte et d'analyse des données sont celles habituellement utilisées pour des évaluations quantitatives ou qualitatives. Les techniques mobilisées en méthodes mixtes pour évaluer des interventions peuvent s'inspirer de tous les types de combinaisons des techniques pour la collecte et l'analyse de données qualitatives et quantitatives. Bryman [8] a effectué une revue de littérature couvrant 232 articles en sciences sociales rapportant l'emploi de méthodes mixtes. Il conclut que l'entrevue structurée de type questionnaire tend à prédominer du côté des techniques quantitatives, et que l'entrevue ouverte ou semi-structurée tend à prédominer du côté des techniques qualitatives. Selon

cette revue de littérature, les techniques de collecte de données associées aux méthodes mixtes sont, par ordre alphabétique : les entrevues individuelles non structurées, semi-structurées et structurées, les groupes de discussion, les questionnaires avec ou sans choix de réponses, l'observation participante de type ethnographique et la recension de documents. Selon cette revue de littérature, les techniques d'analyse de données associées aux méthodes mixtes sont, par ordre alphabétique : l'analyse de contenu, l'analyse thématique qualitative de documents, la quantification de données qualitatives, telles la quantification de réponses fournies par des interviewés et les analyses statistiques.

De plus, certains articles montrent que la collecte de données quantitatives et qualitatives n'est pas forcément fondée, comme on pourrait s'y attendre, sur des instrumentations distinctes. Cela survient particulièrement dans un devis concomitant niché qui consiste en une méthode quantitative intégrant une composante qualitative mineure, ou une méthode qualitative intégrant une composante quantitative mineure. Dans un tel devis, le contenu d'entrevues ethnographiques peut être analysé en utilisant des statistiques textuelles de type analyses lexico-sémantiques ou, encore, des réponses à des questions ouvertes d'un questionnaire peuvent être interprétées à l'aide d'une analyse thématique qualitative exploratoire.

L'intégration des données ou des résultats peut s'effectuer selon trois méthodes. La méthode d'assimilation consiste à transformer des données qualitatives en données quantitatives ou inversement. La méthode complémentaire consiste à présenter séparément les résultats qualitatifs et quantitatifs puis à les intégrer lors de l'interprétation. La méthode de mise en tension dialectique consiste à souligner les divergences entre les données ou les résultats des analyses qualitatives et quantitatives. D'ailleurs, les divergences entre données ou résultats qualitatifs et quantitatifs ne sont pas rares, et nous avons recensé quatre stratégies pour y faire face : réconciliation, initiation, construction d'une fourchette qui couvre l'étendue de la variabilité des résultats et exclusion. Pour en savoir plus sur ces stratégies, consulter des références et des exemples, les lecteurs peuvent lire Pluye, Grad *et al.* [9].

CRITÈRES DE QUALITÉ

Il existe peu de recommandations pour évaluer la qualité des évaluations mixtes [10]. Au moment où nous écrivons ce chapitre, il existe des recommandations pour bien rédiger un rapport d'évaluation mixte [11], mais il n'existe pas de norme généralement admise pour planifier une évaluation mixte de bonne qualité ou pour évaluer la qualité méthodologique d'études utilisant des méthodes mixtes. Nous avons proposé ailleurs une procédure et un ensemble de certains critères pour planifier ou évaluer la qualité des évaluations mixtes [12]. Ces critères sont présentés au **tableau II**. Il s'agit : (a) d'évaluer la qualité méthodologique des composantes qualitatives des méthodes mixtes à partir de critères utilisés pour évaluer les méthodes qualitatives, (b) d'évaluer les composantes quantitatives des méthodes mixtes à partir de critères utilisés en épidémiologie pour évaluer les méthodes quantitatives

expérimentales, quasi-expérimentales et observationnelles, et (c) d'évaluer la qualité générale des méthodes mixtes en fonction de ce que nous avons présenté dans la section précédente sur les approches, devis et techniques des méthodes mixtes.

TABLEAU II

Critères de qualité minimale pour planifier ou évaluer les méthodes mixtes

1. Éléments mixtes

- Justification du devis (méthodes mixtes)
- Combinaison des techniques de collecte ou d'analyse qualitatives et quantitatives
- Intégration des données et (ou) résultats qualitatifs et quantitatifs

2. Composante(s) qualitative(s)

- Objectif et(ou) question qualitative
- Approche et(ou) méthode qualitative
- Description du contexte
- Description des participants et (ou) justification de l'échantillon
- Collecte et analyse systématique des données qualitatives
- Réflexivité des évaluateurs sur leur méthode et résultats

3. Composante(s) quantitative(s) expérimentale(s)

- Allocation des interventions et (ou) randomisation appropriées
- Allocation et (ou) randomisation à l'aveugle
- Résultats complets et faible taux d'abandon

4. Composante(s) quantitative(s) observationnelle(s)

- Échantillonnage et échantillon appropriés
- Justification des mesures (validité ou standards)
- Contrôle des variables confondantes

Note : Selon le type de méthodes quantitatives, on utilise les critères 1, et 3 et (ou) 4.

Finalement, dans toute démarche d'évaluation, la recension des écrits constitue un élément essentiel qui permet de préciser les objectifs en fonction de ce qui est déjà connu, ou de discuter les résultats obtenus. On connaît les métasynthèses d'études qualitatives, telles les méta-ethnographies et les revues systématiques d'études quantitatives comme les *Cochrane Reviews* en santé et les *Campbell Reviews* en éducation. On connaît cependant moins ce que nous appelons les revues mixtes, c'est-à-dire les revues concomitantes d'études qualitatives, quantitatives et mixtes [12]. Par exemple, effectuer une revue mixte permet de faire la synthèse de tout type de connaissances empiriques entourant les méthodes d'évaluation des effets des technologies de recherche de l'information en santé, et d'améliorer la méthode d'évaluation proposée [13]. D'autres exemples peuvent être trouvés en éducation, en gestion, en santé et en sciences sociales.

CONCLUSION

Le présent chapitre décrit quatre types de devis mixte pour évaluer les interventions et diverses combinaisons de techniques de collecte et d'analyse de données pour les méthodes mixtes. De plus, il propose des critères pour planifier et évaluer la qualité des méthodes mixtes. Selon notre expérience,

les méthodes mixtes devraient être planifiées, implantées et évaluées par un expert en méthodes qualitatives et quantitatives, ou par au moins deux experts ayant des compétences complémentaires en méthodes qualitatives et quantitatives. Par exemple, nos travaux en évaluation des technologies de l'information et de la communication sont conduits par un chercheur ayant une formation en épidémiologie avec une expertise en méthodes mixtes et en méthodes qualitatives, et par des chercheurs détenant une expertise en épidémiologie et biostatistique [6]. En conclusion, les méthodes mixtes semblent fécondes par leur capacité à être informées par les multiples points de vue des acteurs sociaux impliqués dans un projet d'évaluation de programme, et à augmenter la rigueur du projet en misant sur la complémentarité ou les tensions dialectiques entre les méthodes qualitatives et quantitatives.

Bibliographie

- [1] Pluye P., Nadeau L., Gagnon M.P., Grad R.M., Johnson-Lafleur J., Griffiths F. Les méthodes mixtes pour l'évaluation des programmes. In : Ridde V., Dagenais C., dir. *Théories et pratiques en évaluation de programme : manuel d'enseignement*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2009 : p. 123-141.
- [2] Muchielli A. *Les méthodes qualitatives*. Paris : Presses Universitaires de France, 1994.
- [3] Last J.-M. *Dictionnaire d'épidémiologie*. Paris : Éditions Maloine, 2004.
- [4] Johnson R.B., Onwuegbuzie A.J., Turner L.A. Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 2007, vol. 1, n° 2 : p. 112-133.
- [5] Creswell J.W., Plano Clark V.L. *Designing and conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks (USA) : Sage Publications, 2007.
- [6] Pluye P., Grad R.M., Repchinsky C., Farrell B., Johnson-Lafleur J., Bambrick T. *et al.* A comprehensive and systematic Information Assessment Method for electronic knowledge resources. In : Dwivedi A., dir. *Handbook of Research on IT Management and Clinical Data Administration in Healthcare*. Hershey : IGI Publishing, 2009 : p. 521-548.
- [7] Stewart M., Makwarimba E., Barnfather A., Letourneau N., Neufeld A. Researching reducing health disparities: mixed-methods approaches. *Social Science & Medicine*, 2008, vol. 66, n° 6 : p. 1406-1417.
- [8] Bryman A. Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? *Qualitative Research*, 2006, vol. 6, n° 1 : p. 97-113.
- [9] Pluye P., Grad R.M., Levine A., Nicolau B. Understanding divergence of quantitative and qualitative data (or results) in mixed methods studies. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 2009, vol. 3, n° 1 : p. 58-72.
- [10] Greene J.C. Toward a methodology of mixed methods social inquiry. *Research in the Schools*, 2006, vol. 13, n° 1 : p. 93-98.
- [11] O'Cathain A., Murphy E., Nicholl J. The quality of mixed methods studies in health services research. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2008, vol. 13, n° 2 : p. 92-98.
- [12] Pluye P., Gagnon M.P., Griffiths F., Johnson-Lafleur J. A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods studies in mixed studies reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 2009, n° 46 : p. 522-546.
- [13] Pluye P., Grad R.M., Dunikowski L., Stephenson R. The impact of clinical information-retrieval technology on physicians: a literature review of quantitative, qualitative and mixed-method studies. *International Journal of Medical Informatics*, 2005, vol. 74, n° 9 : p. 745-768.

Évaluation par méthode mixte : l'exemple des centres d'examen de santé

CATHERINE SASS ET CARINE CHATAIN

Résumé : En France, les centres d'examen de santé (CES) et leurs consultations médicosociales gratuites sont prioritairement destinés aux personnes en situation de précarité. Depuis quelques années, ces centres ont élargi leur intervention, ajoutant à la classique consultation médicale une approche médicosociale dans une optique plus large de promotion de la santé. Ils proposent ainsi des séances de sensibilisation à la santé, des consultations psychologiques, de l'éducation pour la santé, la prise en compte des aspects sociaux, etc. Pour apprécier l'impact de cette nouvelle approche, les CES ont lancé une vaste évaluation « mixte » quantitative et qualitative, qui combine plusieurs enquêtes et repose sur un suivi étalé dans le temps. Objectif : améliorer la prise en charge des problèmes détectés lors de l'examen de santé, car nombre des préconisations faites aux patients restent lettre morte. Et donc mieux répondre aux besoins des consultants et favoriser leur réinsertion dans un parcours de soins. La méthodologie de cette évaluation est instructive et peut être appliquée à d'autres dispositifs de réduction des inégalités sociales de santé.

Mots clés : examen de santé, évaluation, observance, prévention, méthodes mixtes.

INTRODUCTION

L'objectif de ce chapitre est d'illustrer l'utilisation des méthodes mixtes (voir section IV, Pluye et Nadeau) par un exemple d'évaluation de programme qui

concerne des publics en situation de précarité. Le but est de mettre en lumière les apports des méthodes quantitatives et qualitatives ainsi que la manière dont ces deux méthodes se croisent et se complètent dans la construction d'une évaluation.

Les centres d'examens de santé (CES) réalisent des examens pris en charge à 100 % pour tout assuré social du régime général et à ses ayants droit, ce qui représente environ 600 000 examens par an. Depuis 1992, un arrêté ministériel a orienté prioritairement la politique des CES vers l'insertion des personnes vulnérables dans le système de soins [1]. Ainsi, actuellement, 30 % des consultants sont des personnes au chômage, des bénéficiaires de contrats aidés, du revenu minimum d'insertion (RMI) et de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire et des jeunes en insertion professionnelle [2]. De plus, 20 % des consultants sont des personnes présentant d'autres situations de vulnérabilité comme des travailleurs en difficulté, des retraités fragilisés et des familles monoparentales.

L'efficacité d'un dispositif dépend de l'interaction de facteurs structurels comme le déroulement d'une action, le lieu de l'action, l'approche du public et de facteurs individuels tels les facteurs psychosociaux, culturels ou autres. Afin de prendre en compte l'ensemble de ces facteurs, le contexte de l'examen de santé a été repensé par un grand nombre de CES pour mieux répondre aux besoins des groupes vulnérables : séances de sensibilisation à la santé, délocalisation de l'examen de santé, consultations psychologiques, éducation en santé, prise en compte des aspects sociaux, relais vers des partenaires sociaux. Ainsi d'une approche principalement médicale, les centres se sont orientés vers une approche plutôt médicosociale.

Après plusieurs années d'expérimentation avec ces nouvelles pratiques, les CES ont souhaité évaluer le bénéfice de l'examen de santé auprès de son public en situation de précarité en terme de réalisation des préconisations faites à l'issue de l'examen de santé. Ainsi, l'objectif de cette évaluation est de déterminer les facteurs structurels et individuels impliqués dans la prise en charge par le consultant des problèmes de santé détectés lors de l'examen de santé.

Afin d'atteindre ces objectifs, l'étude s'est déroulée en deux temps. Premièrement, la réalisation d'un état des lieux des pratiques des CES conduisant à la construction, d'une part, d'un outil pour caractériser les différentes pratiques et approches des consultants en situation de vulnérabilité et, d'autre part, à la création d'un recueil de données permettant de décrire pour chaque consultant les modalités de déroulement de l'examen de santé, de la sensibilisation à la prise en charge des anomalies. Ensuite, une enquête longitudinale associant des méthodes quantitatives et qualitatives a été mise en place dans des CES pour observer l'impact des différentes approches ayant cours dans les CES et des situations individuelles sur le suivi par le consultant des préconisations émises à l'issue de l'examen de santé.

MÉTHODES

État des lieux des pratiques des CES et construction des outils

Un questionnaire a été adressé à l'ensemble des CES afin de repérer les adaptations de l'examen de santé pour les populations en difficulté. Il comportait une série de questions fermées sur les différentes modalités de prise en charge de ces publics. Suite à ce questionnaire, des entretiens téléphoniques ont été menés auprès des 34 CES qui, parmi les 113 établissements du genre, ont développé des actions en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Des médecins, des infirmières et des éducateurs de prévention ont été interrogés sur le déroulement de l'examen de santé et sur les dispositifs mis en place, spécifiques aux populations précaires.

L'analyse de ces entretiens a permis de construire une classification des expériences et de dégager des stratégies d'intervention. Cette première analyse a été confrontée à une analyse quantitative de ces contenus, à l'aide d'une technique d'analyse des correspondances multiples.

Ce matériel a permis l'élaboration d'un questionnaire à l'intention des agents des CES dont les items reprennent les expressions utilisées par les personnes interrogées lors des entretiens téléphoniques (questionnaire POPP : partenaires, public, organisation, prévention). L'objectif du questionnaire était d'obtenir une vision globale et rapide de la pratique des CES en prenant en compte les représentations de tous les acteurs en contact avec le public. Le questionnaire a été construit. Le contenu des entretiens a également été utilisé pour déterminer le contenu d'un recueil de données permettant de décrire, pour chaque consultant, les modalités de déroulement de l'examen de santé, de la sensibilisation à la prise en charge des anomalies.

Déroulement de l'enquête longitudinale

L'enquête longitudinale a été mise en place auprès de 389 consultants socialement vulnérables et qui ont été suivis pendant une période variant de six mois à un an. Les consultants ont été sélectionnés dans onze CES, selon six motifs de suivi : hypertension et diabète dépistés, obésité, atteinte buccodentaire, défaut de vaccination antitétanique et absence de mammographie de dépistage. L'enquête combine des méthodes quantitatives et qualitatives avec la passation d'auto-questionnaires, de questionnaires téléphoniques et d'entretiens sociologiques auprès des consultants à différents moments de l'enquête. Les caractéristiques des différents moments de recueil de données sont présentées dans le **tableau I**.

TABLEAU I**Caractéristiques des divers recueils de l'enquête**

TEMPS	OUTILS	OBJET
À l'inclusion	Auto-questionnaire / sujet	Situation socioéconomique Perceptions de la santé État émotionnel et qualité de vie
De l'inclusion à six mois	Recueil par le CES	Modalités de déroulement de l'examen et des procédures de suivi des préconisations Observance des préconisations
	Entretiens semi-directifs auprès des sujets	Pratiques de santé Expérience de l'examen de santé
	Auto-questionnaire / agent CES	Typologie de pratique des CES
À six mois	Questionnaire téléphonique auprès des sujets sans retour d'informations sur le suivi des préconisations	Observance des préconisations Motifs de non retour Motifs de non-observance
À un an	Auto-questionnaire / sujet	Changements de situation depuis un an
	Questionnaire administré par CES auprès des sujets	Observance des préconisations Prise en charge médicale

RÉSULTATS

Les résultats présentés ci-dessous concernent la première étape de l'étude, c'est-à-dire l'état des lieux des pratiques des CES. L'enquête longitudinale est actuellement en cours.

Typologies des approches des CES

L'analyse des entretiens a consisté, en particulier, à définir un mode de classification des expériences et à identifier les différentes stratégies d'intervention mises en œuvre dans les CES [3]. Ainsi, ont été mis en évidence les critères caractérisant les différences et les similitudes entre CES. Quatre approches types ont été identifiées. La typologie est synthétisée dans le **tableau II**.

TABLEAU II**Caractéristiques et buts des différents types d'approche existant dans les CES**

Examen	Contexte local	Intervention isolée	Intervention avec des partenariats
Examen standard		But : Amélioration de la santé	Intervention médicale avec prise en compte sociale - Fonctionne en relais vers les services sociaux
		Intervention médicale - Pas d'approche spécifique de la précarité - Pas de prise en charge spécifique	
Examen adapté aux publics en situation de précarité		But : Appropriation de la santé	Intervention dans un parcours médico-social individualisé - Pratiques mutualisées - Intervention généraliste - Approche globale de la personne
		Intervention médico-sociale - Politique de prise en charge - Approche globale - Développement de compétences en interne	

DISCUSSION

L'utilisation de méthodes qualitatives et quantitatives permet d'enrichir les résultats de l'enquête par l'apport complémentaire des deux approches. L'approche quantitative mesure le taux de retour d'information concernant les préconisations faites à l'issue de l'examen de santé et le taux de réalisation de ces préconisations à court et à plus long terme, un an après l'examen de santé. Cette approche chiffrée permet de mesurer si la réalisation des préconisations peut être suivie par la procédure actuelle de recueil de cette information. Les relations entre le taux de retour d'informations et les différentes procédures mises en place par les CES pour recueillir l'information sur le suivi des préconisations sont analysées afin de mesurer l'efficacité des procédures mise en place.

L'analyse des relations entre le taux de réalisation des préconisations et la typologie de pratiques des CES et leur approche du consultant permettra éventuellement de déterminer si certains aspects des approches du consultant sont plus particulièrement associés au suivi des préconisations. De même, l'analyse quantitative des données sur les modalités de déroulement de l'examen permettra de déterminer les éléments du déroulement de l'examen de santé qui sont associés au suivi des préconisations et de dégager ainsi des éléments d'adaptation de l'examen de santé.

Enfin, les analyses quantitatives vont chercher à mettre en évidence les facteurs individuels, psychosociaux, socioéconomiques et autres, qui sont associés au suivi des préconisations. Ceci permettra de caractériser le profil socioéconomique des personnes qui n'ont pas fait suite à l'examen de santé et de repérer dans la pratiques des CES les personnes les plus à risque de ne pas suivre les préconisations.

L'approche quantitative cherchera à déterminer si le type d'anomalie détectée (par exemple médicale vs dentaire, pathologies chroniques vs vaccin) et les préconisations faites sont liés à la réalisation des recommandations. Les analyses statistiques permettront de quantifier l'importance des relations mises en évidence.

L'étude qualitative accompagne et complète l'étude quantitative. Elle étudie les rapports entre le CES et le consultant pour mieux comprendre l'observance des préconisations. Deux analyses de l'examen de santé sont menées en parallèle. La première s'appuie sur l'état des lieux pour caractériser la pratique des CES et le questionnaire POPP pour caractériser l'approche du consultant par le CES. La seconde étudie, à partir d'entretiens semi-directifs auprès des consultants, les représentations de la prévention et sa place à travers l'expérience de l'examen de santé. Ces deux approches se conjuguent pour étudier l'appropriation de l'examen de santé et voir comment l'examen de santé répond aux besoins et aux attentes du public. Une meilleure compréhension de l'observance des recommandations sera apportée par cette analyse de l'interaction entre le consultant et l'intervention du CES.

Les entretiens semi-directifs auprès des consultants permettent le recueil du discours des consultants au sujet de thèmes différents et complémentaires

par rapport aux données recueillies par questionnaire. Plus particulièrement, les entretiens permettent un approfondissement de la question des usages et du vécu de l'examen de santé en interrogeant les rapports entretenus entre le consultant, sa santé et les institutions médicales et principalement le CES. Ils permettent l'évaluation de la place que le consultant donne à l'examen de santé dans ses pratiques de soins, abordant par cet angle d'approche les représentations de la prévention et ses pratiques.

À travers le récit que les consultants font de l'examen de santé et du recours aux soins, les entretiens explorent le rapport au système de soins et aux acteurs de santé : ce qu'ils attendent d'un médecin ou d'un professionnel de santé, ce qu'ils abordent avec lui, l'importance qu'ils accordent aux soins et à la prévention. Ils abordent les pratiques de santé, telles l'utilisation du système de santé, principalement autour de la question du médecin traitant et du dentiste, les attitudes vis-à-vis de la prévention, la place de l'examen de santé dans les pratiques. Ils parlent aussi de leurs représentations de l'examen de santé, à travers les motivations à le réaliser, la définition qu'ils en donnent et leurs revendications ou insatisfactions face à celui-ci. Ils font le récit de leur expérience lors de l'examen de santé et des suites données, telles l'observance des préconisations, leur attitude en fonction des anomalies détectées.

L'apport de combiner les approches quantitatives et qualitatives

Les données collectées par les deux approches et leurs analyses sont complémentaires. La confrontation des deux approches permet d'enrichir les résultats de l'enquête. L'analyse quantitative permet de quantifier les phénomènes étudiés et d'identifier des facteurs associés sans toutefois pouvoir établir des relations de causalité. L'analyse qualitative, quant à elle, ne permet pas de quantifier les phénomènes observés, mais permet de comprendre les logiques qui sous-tendent les comportements observés, d'éclairer l'interprétation des résultats de l'analyse quantitative et de faire apparaître des champs non explorés par l'analyse quantitative, permettant éventuellement de formuler d'autres hypothèses à tester par l'analyse statistique des données quantitatives. Elle permet également de préparer des outils d'investigation de type quantitatif.

Dans le cadre de notre étude, la connaissance des différentes pratiques mises en place dans les CES et la caractérisation de leur approche est nécessaire pour dégager ce qui favorise le suivi des préconisations. Les données recueillies par l'approche quantitative retraçant le déroulement de l'examen de santé – de la sensibilisation à l'aide à la prise en charge des préconisations faites à l'issue de l'examen de santé – ont été déterminées à partir de l'enquête qualitative sur l'état des lieux des pratiques des CES. Ces données seront confrontées aux typologies de pratiques des CES et aux approches des consultants par les CES, établies par l'approche qualitative. L'analyse quantitative permettra de quantifier les relations entre les typologies de pratiques, les approches des consultants par les CES et le suivi des préconisations par le consultant. Ces résultats

seront confrontés avec ceux des analyses des entretiens semi-directifs auprès des consultants.

Les facteurs individuels, associés au suivi ou au non-suivi des préconisations, pourront être confrontés à l'analyse des entretiens réalisés auprès des consultants. Le vécu de l'examen de santé du consultant pourra également être mis en relation avec les données collectées sur le déroulement de l'examen de santé. La confrontation des deux approches permettra de conforter ou non les résultats observés et d'apporter de nouvelles pistes d'analyse quantitative comme qualitative.

CONCLUSION

Dans cette étude, l'utilisation combinée de méthodes complémentaires, qualitative et quantitative, devrait permettre de dégager des éléments d'adaptation de l'examen de santé afin d'améliorer la prise en charge des problèmes détectés lors de l'examen de santé et de favoriser ainsi la réinsertion des consultants en situation de précarité dans un parcours de soins.

Bibliographie

- [1] Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. *Journal officiel*, 19 septembre 1992, n° 218.
- [2] Moulin J.-J., Dauphinot V., Dupré C., Chatain C., Sass C., Labbe E., Gerbaud L., Guéguen R. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, octobre 2005, n° 43 : p. 213-215.
- [3] Chatain C., Sass C., Gutton S., Labbe E., Moulin J.-J., Gerbaud L. Les centres d'examens de santé face à la précarité : quelle adaptation des pratiques ? *Revue Sociologie Santé*, juin 2008, n° 28 : p. 87-99.

Au-delà des méthodes expérimentales : l'approche réaliste en évaluation

PIERRE BLAISE, BRUNO MARCHAL, PIERRE LEFÈVRE ET GUY KEGELS

Résumé : Quelle approche choisir pour évaluer une action de réduction des inégalités sociales de santé ? Les approches conventionnelles de l'épidémiologie ou de la sociologie ont montré leurs limites. L'épidémiologie sociale apporte un éclairage nouveau sur les déterminants sociaux, qui bouscule l'approche biomédicale de la santé, prédominante en France. L'approche dite réaliste apparaît la plus pertinente, car elle prend en compte la complexité de la production des inégalités sociales de santé, qui résultent de multiples facteurs et déterminants interdépendants entre eux. Bien sûr, si les méthodes expérimentales classiques qui se concentrent sur la réalité de l'effet sont opérantes, il faut les utiliser. Mais il est très souvent impossible d'obtenir des données probantes dans ce domaine. Et une action de réduction des ISS peut générer des résultats favorables plusieurs années ou décennies plus tard. Présentation de la méthode d'évaluation réaliste.

Mots clés : évaluation réaliste, complexité, promotion de la santé, causalité.

INTRODUCTION

L'existence d'inégalités sociales de santé n'est plus à démontrer. La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé proclamée en 1986 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme qu'« une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie ». Or, « les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux

et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé ». La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables. De plus, « les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population, un phénomène résumé par le terme de “gradient social des inégalités de santé” [1] ».

Si l'on accepte que la santé soit un droit, il est nécessaire de mettre en œuvre des stratégies de réduction des inégalités sociales de santé en agissant sur ses déterminants. Ces stratégies concernent de nombreux champs : éducation, santé et système de soins, travail et emploi, logement, pour ne nommer que ceux-là. Elles doivent toucher l'ensemble de la population tout en atteignant prioritairement les plus vulnérables. Parmi ces stratégies, la promotion de la santé a pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel de santé.

Dans le climat actuel qui exige de rendre compte de l'action publique et de produire des résultats tangibles, il est aujourd'hui incontournable de démontrer l'efficacité des interventions de promotion de la santé. C'est le domaine de l'évaluation. Il peut s'agir de démontrer à l'aide d'évaluation des ressources que les interventions ont été déployées, ou à l'aide d'une évaluation de processus qu'elles ont été réalisées, ou par le biais d'une évaluation des résultats attendus qu'elles ont produit des effets selon ce qui avait été planifié. Nous sommes ici dans le champ de l'évaluation opérationnelle, de nature normative. Il peut s'agir également de démontrer que l'intervention est effectivement de nature à agir sur les déterminants de la santé selon une logique d'intervention préalablement définie à l'aide d'une évaluation de la pertinence. Il peut s'agir enfin de démontrer que l'action sur ces déterminants est bien de nature à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en réduisant le gradient des inégalités de santé par une évaluation d'impact. Nous sommes là dans le champ de la recherche évaluative, et ce, à deux niveaux : 1) évaluation des logiques d'intervention, 2) évaluation stratégique des politiques publiques de réduction des inégalités sociales de santé.

Le champ de l'évaluation opérationnelle des programmes de promotion de la santé est relativement bien balisé, même s'il est encore insuffisamment appliqué en France. Celui de l'estimation de l'impact des déterminants sociaux sur la santé – qui permet de guider l'élaboration de politiques de réduction des inégalités sociales de santé – est en plein développement et relève de méthodes d'étude bien codifiées. En revanche, le champ de l'évaluation de l'efficacité des interventions à agir sur les déterminants sociaux de santé pose des problèmes méthodologiques particuliers qui restent à élucider. C'est à ces problèmes méthodologiques que nous nous proposons de répondre dans ce chapitre.

Dans une première partie, nous montrons la nature complexe de la relation entre les interventions de promotion de la santé et leurs effets sur les déterminants des inégalités sociales de santé. Dans une deuxième partie, nous discutons les limites des approches conventionnelles de l'épidémiologie ou de la sociologie, affirmons que la nature des systèmes étudiés, simples ou complexes, devrait guider les choix méthodologiques et proposons la

méthode d'évaluation réaliste pour répondre au défi de la complexité. Dans une troisième partie, nous expliquons les principes de mise en œuvre de la méthode d'évaluation réaliste. Le chapitre suivant de ce livre en présentera une illustration concrète.

LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ S'INSCRIT DANS LE PARADIGME DE LA COMPLEXITÉ

La construction des inégalités sociales de santé : un système complexe

Nous venons d'évoquer l'importance des inégalités sociales de santé et la diversité de leurs déterminants qui appelle à mieux comprendre leurs interactions. L'épidémiologie a permis de faire d'importantes avancées en mettant en évidence des relations causales, linéaires, entre des facteurs de risque et des caractéristiques morbides de l'état de santé. Il a alors été possible d'agir sur ces facteurs de risque, qu'il s'agisse de les supprimer en modifiant directement l'exposition ou de les contrôler en modifiant les comportements individuels responsables de cette exposition, et de réduire ainsi de façon significative l'incidence des problèmes de santé concernés.

Cependant, il est rapidement apparu que les déterminants individuels d'exposition à des facteurs de risque n'étaient pas suffisants pour expliquer les inégalités de santé. L'épidémiologie sociale apporte des éclairages nouveaux sur les déterminants sociaux, qui bousculent l'approche biomédicale de la santé prédominante en France et qui interpellent les fondements économiques et sociaux de la société [2]. Le modèle descriptif de l'OMS [3] va plus loin. Il rassemble l'ensemble des déterminants reconnus et établit les interactions que les déterminants, dits structurels des inégalités sociales de santé, entretiennent avec les déterminants, dits intermédiaires de l'état de santé. Les déterminants structurels sont liés au contexte politique et économique du pays et contribuent à sa stratification sociale et économique et à la distribution inégale des déterminants intermédiaires. Les déterminants intermédiaires de l'état de santé sont liés aux conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé [1]. Différentes théories expliquent les effets respectifs de ces différentes couches de déterminants dans la production des inégalités de santé.

Cependant, si les corrélations entre déterminants sociaux et état de santé sont bien établies, la nature causale de ces relations n'est pas bien comprise. La détermination précise de la façon dont les déterminants sociaux interagissent et produisent les inégalités de santé représente un champ de recherche qui rencontre un intérêt considérable. En effet, une meilleure compréhension de ces interactions apporterait une contribution majeure en permettant la construction de modèles d'intervention qui pourraient alors être testés et reproduits. Certes, des relations causales simples entre certains facteurs et les inégalités de santé qu'ils produisent peuvent être isolées puis mises

en évidence. Cependant, la modélisation des relations causales explicatives se heurte souvent à la nature complexe des systèmes dans lesquels elles interagissent.

Qu'entendons-nous par complexité ? Edgar Morin [4] définit ainsi la notion de complexité : « Est complexe ce qui ne peut se résumer en un maître mot, ce qui ne peut se ramener à une loi, ce qui ne peut se réduire à une idée simple. » Un système complexe possède une série de propriétés qui le distinguent d'un système simple ou compliqué. Burton [5] en rappelle les principales. Constitué de multiples éléments, un système complexe ne peut être compris qu'en observant l'interaction très riche entre ces éléments, la seule compréhension de chacun d'entre eux n'étant pas suffisante pour comprendre le tout. Les systèmes complexes ont une histoire et ils procèdent des conditions initiales de leur émergence. Les systèmes complexes interagissent avec leur environnement qu'ils influencent à leur tour et les effets d'une intervention extérieure au système sur le système sont amortis par les interactions qu'elle génère à l'intérieur du système. Les interactions entre les éléments d'un système complexe ne sont pas isolées, de sorte que le résultat d'une quelconque action dépend de l'état des autres éléments au moment de l'action ainsi que de l'importance de l'action. Une intervention minimale peut produire de très grands effets et vice versa. Un changement dans un élément du système se répercute dans d'autres éléments du système, y compris par l'intermédiaire d'éventuelles boucles de rétroaction positives ou négatives sur ce changement. Les interactions génèrent de nouvelles propriétés du système, dites propriétés émergentes, qui lui sont propres, qui sont non prédictibles mais peuvent présenter des régularités et qui ne peuvent être expliquées par l'étude isolée de ses éléments constitutifs, quelle qu'en soit la minutie.

La littérature sur les inégalités sociales de santé et la rapide revue de la problématique de leur production que nous venons de discuter montrent que bien souvent elles résultent de multiples facteurs interdépendants influencés par le contexte social, politique et économique dans lequel ils interagissent, contexte lui-même résultant des inégalités qu'il produit. On retrouve ainsi dans la production des inégalités sociales de santé des caractéristiques typiques d'un système complexe au sens où nous venons de le définir.

Agir sur les inégalités sociales de santé : un processus social dans des systèmes sociaux complexes

La lutte contre les inégalités sociales de santé relève de stratégies déployées dans de multiples domaines complémentaires qui suivent une approche à la fois multisectorielle et multidisciplinaire. La promotion de la santé est l'une de ces stratégies. Nous avons évoqué, en introduction, la charte d'Ottawa. Elle donne à la promotion de la santé un cadre pour développer et renforcer la capacité d'agir des individus et des communautés sur les déterminants de leur santé. Visant l'égalité en matière de santé, les interventions qui se réclament de la charte ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état

de santé, et d'offrir à tous les individus ou groupes d'individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. La charte d'Ottawa propose cinq stratégies d'action : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, réorienter les services de santé. Ces stratégies se déclinent dans des interventions de promotion de la santé de nature diverse : communication, éducation à la santé, soutien et développement social prenant appui sur les ressources individuelles et collectives, développement de la prévention et amélioration de l'accessibilité au système de soin, plaider et développement des politiques publiques.

La seule énumération des stratégies et des interventions montre à l'évidence qu'elles interagissent entre elles, les progrès réalisés par l'une conditionnant le succès d'une autre et les contraintes rencontrées dans un domaine expliquant l'échec dans un autre. De plus, la conception et les effets attendus des interventions varient selon le profil des populations auxquelles elles s'adressent, profil qu'elles visent justement à faire évoluer. Toutes ces caractéristiques sont à nouveau celles d'un système complexe, tel que nous l'avons défini précédemment, avec les effets en cascade et les boucles de rétroaction des interventions et leur dépendance au contexte qu'elles veulent faire évoluer mais qui en même temps détermine leur efficacité. Cette complexité est soulignée par Wall dans une revue pour le ministère de la Santé canadien des enjeux et défis liés à l'évaluation de l'efficacité de la promotion de la santé [6]. Il explique : « La promotion de la santé est extrêmement complexe ; elle englobe un vaste éventail d'interventions sociales et comportementales axées sur les populations, non seulement comme groupes d'individus mais aussi comme familles et collectivités entières. De plus, les résultats de ces interventions, dont l'importance variera en fonction du point de vue de l'intervenant, peuvent prendre des années ou même des décennies avant de devenir évidents. »

LE DÉFI DE L'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Nous le soulignons dès notre introduction, il n'est plus possible aujourd'hui de proposer la mise en œuvre d'interventions dans le champ des politiques publiques sans devoir rendre compte de leurs effets. Les interventions de promotion de la santé ne font pas exception.

Face à la rareté des données probantes sur les manières de réduire les ISS, des chercheurs ont suggéré aux évaluateurs d'utiliser des méthodes expérimentales [7]. Passant du corps biologique auquel s'intéresse la recherche clinique au corps social sur lequel intervient la promotion de la santé, il s'agissait, à l'instar des succès obtenus dans le domaine de la biomédecine, d'établir la preuve d'une relation de cause à effet unique et stable, indépendante du contexte, entre une intervention pilote de promotion de la santé et son effet attendu. On pourrait ainsi reproduire l'intervention ailleurs, éventuellement à plus grande échelle, confiant dans la reproduction de ses effets.

Relations de cause à effet : le paradigme de la recherche expérimentale

Les méthodes expérimentales sont appropriées pour établir un lien de causalité dans des systèmes simples, c'est-à-dire mobilisant des relations isolées les unes des autres, ou dans des systèmes compliqués, où les interactions peuvent être réduites à un enchaînement de relations simples. Elles établissent une relation dans laquelle la cause précède l'effet qu'elle produit de manière prévisible, stable et reproductible, toute autre chose étant égale par ailleurs, c'est-à-dire d'une manière telle que cette relation puisse être isolée de celle des autres facteurs agissant dans le même contexte. Toute interférence avec cette relation est en effet considérée comme un facteur confondant qui doit être éliminé ou contrôlé par l'évaluateur. Le degré de contrôle des facteurs confondants détermine le niveau de preuve de la relation de cause à effet entre l'intervention et les effets observés. Les méthodes largement éprouvées de l'épidémiologie clinique ont montré que pour établir ce lien de causalité il faut contrôler les facteurs confondants contextuels à l'aide de techniques sophistiquées de groupe-contrôle et d'assignation aléatoire. L'essai contrôlé en double aveugle apparaît comme la méthode de référence.

Interactions multiples non contrôlées : le défi de l'évaluation dans la complexité

Cependant, les méthodes expérimentales montrent leurs limites dans les systèmes complexes. L'établissement d'une causalité séquentielle, lorsque la cause précède l'effet, qui peut être prouvée en appliquant la méthode expérimentale, n'est possible qu'à la condition que les relations, même compliquées, soient isolées des autres causes agissantes et que l'on contrôle les variables contextuelles susceptibles d'interférer dans cette relation. Autrement dit, dans la démarche expérimentale, la relation de causalité est établie, toutes autres choses étant égales par ailleurs. Or, les propriétés des systèmes complexes que nous avons énoncées ont deux conséquences majeures. À la différence des systèmes simples, les relations cause-effet ne sont ni stables dans le temps, ni reproductibles à l'identique dans un système complexe. À la différence des systèmes simples où les mêmes causes produisent les mêmes effets, toutes choses étant égales par ailleurs, dans un système complexe les relations cause-effets et les éléments de contexte sont interdépendants, et, le contexte changeant par essence, toutes choses ne peuvent être égales par ailleurs.

Dès lors, comment procéder lorsqu'on sait par avance que d'un contexte à l'autre, toutes autres choses ne seront jamais égales par ailleurs ? Comment procéder lorsque des éléments du contexte interfèrent avec le phénomène étudié, que cette interférence n'est pas prédictible, ni reproductible, que ces éléments sont eux-mêmes affectés par le phénomène étudié et que, par définition, ils diffèrent d'un contexte à l'autre ? Autrement dit, comment procéder pour évaluer des interventions dans des systèmes complexes ? Comment établir une relation de causalité entre l'intervention et ses effets attendus,

supposés ou observés, ce qui est une question de validité interne? Comment extrapoler au-delà de la seule description d'un phénomène dans son contexte, ce qui est une question de validité externe ? Autrement dit, comment accorder à l'évaluation d'une intervention de promotion de la santé suffisamment de crédit pour pouvoir en recommander ou en décourager en confiance la reproduction dans un autre contexte ?

Chaque fois que c'est possible, les effets d'interventions de promotion de la santé méritent d'être étudiés par des méthodes expérimentales. Mais, dans bien des situations, la complexité des interactions mises en jeu n'autorise pas la mise en place d'un dispositif expérimental. Il nous faut donc disposer d'une méthode alternative, complémentaire à la méthode expérimentale. Nous pensons que c'est la nature des systèmes étudiés, simples ou complexe, et des relations mises au jour, selon qu'elles peuvent être isolées ou non de leur contexte, qui devraient guider le choix parmi les méthodes d'évaluation, quitte à les associer et à les combiner entre elles.

Le potentiel des méthodes des sciences sociales dans l'évaluation

De nombreuses approches ont été proposées pour évaluer les interventions sociales. Comme dans les sciences de la nature, les approches expérimentales ont été en vogue dans les années 1960. Mais, difficiles à mettre en œuvre, elles ont été mises en question par des approches alternatives qui font souvent référence au constructivisme et ont en commun d'être inductives, holistiques et de faire appel à des techniques de recueil et d'analyse de données qualitatives. Elles suivent une logique interprétative de la réalité reconnue comme socialement construite et prennent en considération les acteurs, leurs perceptions et leurs stratégies en les associant au processus d'évaluation. Elles mettent en lumière des aspects utiles à la compréhension du fonctionnement en se concentrant sur l'exploration de la logique des acteurs ou en générant une théorie ancrée (« *grounded theory* ») sur l'interprétation des observations de terrain [8]. Cependant, les interprétations qu'elles génèrent sont très liées à un contexte et souffrent d'un manque de validité externe pour projeter l'observation des effets d'une intervention donnée dans un contexte donné sur des interventions futures dans un contexte différent.

Partant de ce constat, l'approche d'évaluation basée sur les théories d'action (« *theory driven evaluation* ») met l'accent sur l'importance de l'explicitation des théories d'action ou causales qui sous-tendent les projets et peuvent s'appliquer de l'un à l'autre. Chen [9] affirme qu'une telle approche permet d'ouvrir la boîte noire que constitue l'intervention et d'expliquer pourquoi une intervention réussit ou échoue. À la différence de l'approche expérimentale qui se concentre sur la réalité de l'effet – car on peut tester l'efficacité d'une intervention sans nécessairement en connaître précisément le mécanisme d'action –, l'évaluation basée sur les théories vise à démontrer la logique d'action du programme et de comprendre comment il agit, au-delà du seul constat de ses effets attendus. Dans l'élaboration d'une théorie d'intervention,

les facteurs contextuels qui influencent la production de résultats, attendus ou non, positifs ou non, sont pris en compte, résolvant ainsi partiellement les problèmes de validité externe. Cependant, la pertinence et la puissance d'une évaluation basée sur la théorie en termes d'extrapolation et de reproductibilité dans d'autres contextes dépendent largement de ce que l'on entend par théorie d'action et surtout de la façon dont on la construit. Cette question a longtemps divisé les adeptes et les critiques de ces approches.

L'évaluation réaliste : une innovation méthodologique prometteuse

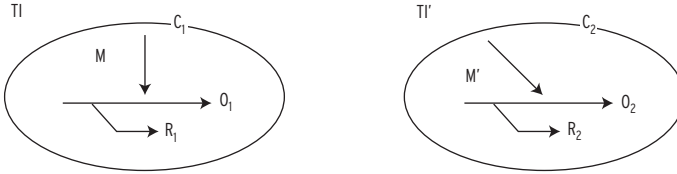
S'inspirant des méthodes d'évaluation basées sur la théorie, Pawson [10] franchit une étape supplémentaire décisive en proposant un cadre structurant pour décrire les logiques d'intervention observées qu'il désigne sous le terme d'évaluation réaliste (« *realistic evaluation* ») [11]. Il s'agit de décrire le mécanisme actionné par l'intervention, pour produire ses effets observés, dans un contexte donné. C'est ce que Pawson appelle la configuration contexte-mécanisme-effet. Il s'agit ensuite de comparer ces observations à la théorie de l'action ou logique de l'intervention, autrement dit à la façon dont l'intervention était supposée produire ses effets.

Comparée aux méthodes expérimentales, cette méthode en déplace le point focal : il ne s'agit plus de tester la stabilité d'une relation causale entre une intervention et son effet supposé, indépendamment du contexte. À la différence de l'approche expérimentale, l'approche réaliste ne considère plus le contexte comme une constellation de facteurs confondants potentiels mais intègre sa contribution à la production d'effets. Le produit de la recherche n'est pas une réponse définitive sous forme de loi identifiant l'intervention la plus efficace dans tous les cas pour mettre en œuvre une intervention. L'évaluation ne répond plus à la question : est-ce que l'intervention fonctionne ? Elle embrasse plus largement : est-ce que l'intervention fonctionne, comment, pour qui et dans quelles circonstances ?

L'observation de la façon dont fonctionne la logique d'intervention, dans un contexte donné à l'aide d'un tel cadre d'analyse, permet à l'évaluation réaliste de projeter ses résultats dans différents contextes. L'effet dépend de la façon dont le mécanisme supposé de l'intervention est actionné ou non par les éléments du contexte. Partant du constat qu'il est possible d'étudier différentes interventions qui mettent en jeu la même logique appartenant à une même famille de mécanismes, dans différents contextes que l'on est capable de décrire, l'évaluation réaliste postule que l'on peut observer des régularités dans les effets observés, régularités qui sont liées à des caractéristiques identifiables du contexte. La **figure 1** illustre qu'en multipliant les contextes d'observation on crée l'opportunité de voir apparaître ces régularités. On ne cherche pas à vérifier des effets, constants et reproductibles, mais à identifier des régularités dans les effets observés dénotés par O1 et O2, dans des contextes semblables identifiés par C1 ou différents comme en C2 mais dont les différences sont identifiées et caractérisées.

FIGURE 1

Régularités des configurations contexte-mécanismes-effets observés et élaboration progressive d'une théorie intermédiaire
 (adapté de Pawson et Tilley [11], p. 72, 73 et 121)



La variabilité de l'effet n'est pas en soi un problème. Ce que l'on veut comprendre, c'est pourquoi un mécanisme produit des effets inattendus lorsqu'on change de contexte ou bien produit des effets identiques dans des contextes différents ou, au contraire, produit des effets différents dans des contextes identiques. En identifiant les régularités représentées par R₁ qui surviennent dans la relation complexe entre un mécanisme activé par une intervention représentée par M et ses effets régulièrement observés représenté par O₁ dans un type de contexte représenté par C₁, on peut décrire un ensemble trinômes contexte-mécanisme-effet observé, et construire une théorie explicative des régularités observées [12]. Cette théorie initiale représentée par TI n'est pas définitive, elle est dite intermédiaire. En identifiant des régularités représentées par R₂ d'effets différents représentés par O₂ produit par un mécanisme activé par une intervention similaire représenté par M' dans un contexte différent représenté par C₂, on peut alors faire évoluer la théorie intermédiaire initiale vers une théorie intermédiaire dérivée représentée par TI'. Cette théorie intermédiaire intègre et complète la théorie initiale en expliquant les variations parfois très importantes dans les effets observés des interventions selon les contextes. De théorie intermédiaire en théorie intermédiaire, on enrichit progressivement notre compréhension des mécanismes d'action d'une intervention procédant à ce que Pawson et Tilley appellent la synthèse réaliste [13].

Ces théories intermédiaires permettent, dans certaines conditions, de prédire ce que pourrait produire une intervention donnée dans un contexte différent de celui où elle a été testée. Cette prédiction reposant sur une théorie provisoire est relative. Il s'agit plus d'une plausibilité que d'une probabilité au sens statistique du terme. Pour l'acteur social ou le décideur politique, cela appelle à la circonspection et à la prudence dans l'application. Lorsque se pose la question de répliquer ou de généraliser une intervention, ce n'est pas le contenu des interventions qui est transférable, ce sont les théories intermédiaires qui expliquent comment elles fonctionnent.

Pour l'évaluateur réaliste, la falsification éventuelle de la théorie intermédiaire et provisoire n'est pas un problème. Contrairement à la démarche expérimentale, la démarche réaliste la considère comme une opportunité bienvenue pour enrichir la théorie. La synthèse réaliste des observations dans

une multitude de contextes s'apparente à une méta-analyse. Toutefois, elle en diffère fondamentalement en ce que la méta-analyse affirme, en augmentant la puissance de l'échantillon, une relation cause-effet constante, alors que la synthèse réaliste génère en l'affinant une théorie qui explique pourquoi telle intervention marche dans telles circonstances et pour telles personnes.

L'ÉVALUATION RÉALISTE : COMMENT ÇA MARCHE ?

En pratique, une évaluation réaliste commence par circonscrire le mécanisme que l'on veut étudier. Une première théorie explicative du fonctionnement du mécanisme étudié, autrement dit de la logique d'intervention, est formulée sur la base de la littérature, de l'expérience, et des hypothèses et théories d'action qui sous-tendent les programmes qui font appel à ce mécanisme. Dans le domaine de la promotion de la santé, ce sont ces mécanismes que l'on évoquait en début de ce chapitre.

À l'aide d'études de cas, cette théorie initiale est ensuite confrontée à différents contextes où ce mécanisme a été appliqué. En pratique, à ce stade, la collecte des données de terrain fait appel à une démarche inductive, à diverses méthodes de recherche sur les organisations et à des techniques de recueil propres à la recherche qualitative. On peut également adopter des méthodes mixte en les combinant avec des données quantitatives lorsqu'elles sont éclairantes [14].

Une première étude de cas porte donc sur une première situation : elle cherche à expliciter comment le mécanisme à l'étude a fonctionné et les résultats attendus et non attendus qu'il a produit. On observe dans quelle mesure la théorie se vérifie dans le contexte particulier de cette situation. On peut ainsi enrichir la théorie. On procède ensuite à une seconde étude de cas d'une intervention similaire dans d'autres contextes. On peut alors enrichir la théorie de nouvelles propositions au fil des études de cas pour affiner et compléter progressivement la théorie initiale. Il s'agit d'identifier des régularités de comportement d'un même mécanisme, sous-jacent à différentes interventions, dans des contextes différents. La synthèse se présente sous forme d'une théorie intermédiaire toujours provisoire qui peut être confrontée à de nouveaux contextes suivant un processus sans fin.

Réaliser une synthèse dans de multiples contextes pose un véritable défi : celui de passer d'un contexte à l'autre et d'une intervention à l'autre sans changer de lunettes tout en ajustant la focale. Pour cerner le contexte, il faut lui définir des contours et pouvoir l'appréhender. Il faut également accepter de ne pas décrire la réalité dans toute sa complexité – ce qui serait d'ailleurs impossible – et se contenter de la décrire de façon suffisamment détaillée pour la rendre reconnaissable mais aussi de la réduire en la modélisant de façon à la rendre accessible à une typologie, une classification par prototypes en quelque sorte, qui donne des repères pour passer d'un contexte à l'autre.

La théorie affinée intermédiaire mais jamais définitive qui résulte d'une évaluation réaliste est alors utilisable, non pour diffuser ou généraliser telle ou telle intervention, mais pour inspirer la conception d'interventions qui feront

appel au même mécanisme. On évitera ainsi de répliquer des expériences à succès qui n'ont aucune chance de réussir si telle ou telle dynamique, existante dans un contexte et essentielle pour le résultat, n'est pas réalisable dans un autre contexte dans lequel on veut intervenir. Enfin, disposer d'une théorie intermédiaire ainsi affinée plutôt que testée pour une efficacité supposée universelle permet au décideur de choisir, d'adapter et de piloter les interventions de son domaine d'activité en tenant compte du contexte particulier dans lequel il évolue ou de la variabilité des situations auxquelles il est confronté.

CONCLUSION

Au terme de ce chapitre, nous confirmons que le paradigme de la synthèse et de l'évaluation réaliste est particulièrement adapté à l'étude d'interactions dans des systèmes complexes. À ce titre, elle représente une avancée méthodologique utile pour résoudre les problèmes posés par l'évaluation de l'effet des interventions de promotion de la santé sur les déterminants des inégalités sociales de santé. Nous avons mis en œuvre cette démarche évaluative dans le domaine du changement organisationnel et du management de la qualité [15-17]. Elle a également été appliquée à la promotion de la santé [18], un domaine dans lequel elle a fait l'objet d'une étude exploratoire fin 2007 en France par Guichard et Ridde [19]. Le chapitre suivant en propose une application.

Bibliographie

- [1] Moquet M.-J. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2008, n° 397 : p. 17-19.
- [2] Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et Santé*, 2002, vol. 4, n° 20 : p. 75-128.
- [3] Commission sur les déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2008 : 250 p.
- [4] Morin E. *Introduction à la pensée complexe*. Issy-les-Moulineaux : ESF, 1990 : 158 p.
- [5] Burton C. Introduction to complexity. In : Sweeney K., Griffiths F., dir. *Complexity and health care. An Introduction*. Oxon : Redcliffe Medical Press Ltd, 2002 : p. 1-18.
- [6] Wall R. Enjeux et défis liés à l'évaluation de l'efficacité de la promotion de la santé. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, mars 2002, vol. 1, n° 3 : p. 10-13.
- [7] Mackenbach J.P., Gunning-Schepers L.J. How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated? *Journal of Epidemiology and Community Health*, août 1997, vol. 51, n° 4 : p. 359-364.
- [8] Strauss A., Corbin J. Grounded Theory Methodology. An Overview. In : Denzin N.K., Lincoln Y.S., dir. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks : Sage Publications, 1994 : p. 273-285.
- [9] Chen H.T. The conceptual framework of the theory-driven perspective. *Evaluation and Program Planning*, 1989, vol. 12, n° 4 : p. 391-396.
- [10] Pawson R. Evidence-based Policy : In Search of a Method. *Evaluation*, avril 2002, vol. 8, n° 2 : p. 157-181.
- [11] Pawson R., Tilley N. *Realistic Evaluation*. Londres : Sage Publications Ltd, 1997 : 235 p.

- [12] Pawson R. Nothing as Practical as a Good Theory. *Evaluation*, octobre 2003, vol. 9, n° 4 : p. 471-490.
- [13] Pawson R. Evidence-based Policy : the Promise of « Realist Synthesis ». *Evaluation*, 2002, vol. 8, n° 3 : p. 340-358.
- [14] Fulop N., Allen P., Clarke A., Black N. *Studying the organisation and delivery of services. Research methods*. Londres : Routledge, 2001.
- [15] Blaise P., Kegels G. A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organisational models. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, vol. 19, n° 4 : p. 337-364.
- [16] Blaise P. *Culture qualité et organisation bureaucratique. le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Une évaluation réaliste de projets qualité en Afrique* [Thèse de doctorat en sciences de la santé publique]. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles, 2005 : 198 p.
- [17] Blaise P., Lefèvre P., Marchal B., Kegels G. Realistic evaluation; An appropriate paradigm to study the interaction between quality management and organisational culture in health systems. *Quality in services. proceedings of the 8th Toulon-Verona conference, Palermo - Italy, 8th-9th September 2005*. Palerme : Università degli Studi di Palermo, 2005 : p. 177-182.
- [18] Hills M.D., Carroll S., O'Neill M. Towards a framework to assess the effectiveness of community-based health promotion initiatives: recent North-American developments. *Promotion Education*, 2004, special n° 1 : p. 17-21.
- [19] Guichard A., Ridde V. *L'adaptation au contexte français d'un modèle canadien d'évaluation de l'efficacité des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Poster. The 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education. 10-15 June Vancouver*. Vancouver : International Union for Health Promotion and Education, 2007.

Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé

ANNE GUICHARD ET VALÉRY RIDDE

Résumé : Comment analyser une action pour évaluer dans quelle mesure elle permet de lutter contre les inégalités sociales de santé ? Comme aucune grille toute faite et adaptée n'était disponible, des chercheurs canadiens et français ont, avec le soutien de l'INPES, créé une grille expérimentale. Cet outil fédère plusieurs méthodes existantes d'évaluation, de l'initiative européenne *Closing the gap* à la grille néerlandaise *Preffi* en passant par une grille canadienne qui a l'avantage d'intégrer des notions centrales en promotion de la santé comme la concertation et le pouvoir d'agir (*empowerment*). Cette grille expérimentale n'a pas la prétention de mesurer précisément l'impact d'une action sur la réduction des inégalités ; en outre, elle ne peut être utilisée qu'en complément d'entretiens approfondis entre les opérateurs de terrain et les chercheurs ou les évaluateurs. Il ne s'agit pas ici de rendre un verdict sur l'efficacité ou non d'une action, mais beaucoup plus d'accompagner les porteurs de projets en mettant à jour les points forts et les points faibles de leur démarche par rapport à la réduction des inégalités sociales de santé, et donc d'améliorer leur action. Cette grille expérimentale a été testée dans trois régions françaises (Bretagne, Limousin, Rhône-Alpes) via les comités d'éducation pour la santé. Treize actions ont été analysées, via notamment des entretiens approfondis. Il en ressort que l'outil s'est avéré fort utile aux intervenants pour interroger leurs pratiques au regard des inégalités sociales de santé.

Mots clés : démarche qualité, évaluation réaliste, instrument, mécanismes d'action, évaluation formative.

INTRODUCTION

« L'intervention que nous mettons en œuvre a-t-elle des chances de réduire les inégalités sociales de santé ? » Voici la question que se posent de plus en plus d'intervenants de santé publique en France. Mais pour répondre à cette interrogation, force est de constater que les acteurs de terrain se trouvent partiellement démunis, tant les conseils pratiques pour agir contre les inégalités sociales de santé (ISS) sont aussi rares que les chercheurs éprouvent des difficultés à les prodiguer [1]. Ainsi, l'objectif de ce chapitre est de proposer une grille d'analyse permettant de fournir des pistes de réponses à la question posée par ces intervenants. Il s'agira également de présenter la réflexion méthodologique qui a sous-tendu le processus d'élaboration de cette grille qui s'est largement inspiré de la démarche d'évaluation réaliste (voir section IV, Blaise, Marchal, Lefèvre et Kepels). Mais autant le dire tout de suite, nous ne proposerons pas une réponse toute faite pour réduire les inégalités sociales de santé. Le but est plus modeste et consiste à partager le produit d'une recherche qui visait à tester une approche méthodologique pour évaluer l'efficacité des interventions de promotion de la santé dans la réduction des inégalités sociales de santé.

Le produit de ce travail de recherche comprend deux outils, dont une grille descriptive de 38 questions se rapportant aux caractéristiques des actions et des structures porteuses que sont la zone géographique, les activités mises en place, les déterminants concernés, les publics bénéficiaires partenaires associés, les financements reçus, la composition de l'équipe impliquée dans le projet, les modalités d'intervention et les résultats observés en termes d'inégalités. Cette grille ne sera pas détaillée ici, mais on trouvera une illustration de son utilisation dans l'**encadré 1**.

ENCADRÉ 1

Un processus d'adaptation de l'outil

En Bretagne, cinq professionnels issus de réseaux de promotion de la santé œuvrent au développement et à l'amélioration des pratiques d'évaluation dans le cadre du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé. En 2007, ce groupe s'implique dans la phase expérimentale du projet piloté par l'INPES et décrit dans le présent chapitre. Ainsi, cet encadré a pour but de présenter le processus d'adaptation de l'outil utilisé en Bretagne.

La mobilisation locale suscitée par ce dispositif auprès des institutions et des acteurs

de terrain nécessitait de rendre compte de leur implication et de ce qu'elle avait produit. L'intérêt indéniable suscité par l'outil encourageait le groupe à partager avec les acteurs de la région le travail réalisé et ses atouts, soit l'analyse d'actions pour leur amélioration et la diffusion d'expériences pour une mutualisation de savoirs et de savoir-faire. En outre, la complexité des grilles disponibles et l'absence de financement pour poursuivre l'accompagnement initié auprès des promoteurs d'action dans le cadre du projet de recherche - nécessaire pour qu'ils



s'en saisissent - ont convaincu le groupe de la difficulté de valoriser en l'état les outils et les analyses d'actions réalisées. Il fallait donc imaginer un outil appropriable par les acteurs de la région, susceptible de les aider à analyser seuls leurs actions et suffisamment digeste pour leur lecture par d'autres acteurs. S'appuyant sur les outils de l'INPES et les enseignements issus de leur utilisation sur le terrain, le groupe de travail du Pôle a donc construit une grille-outil dont la trame a servi de support à la restitution des analyses d'actions. Le groupe a examiné chaque rubrique et chaque item des deux grilles. Il a ainsi été décidé de fondre en un seul outil les deux grilles, d'en réduire l'ampleur et d'en simplifier les items en tenant de deux principes centraux : *i*) les termes familiers aux acteurs de la Bretagne devaient trouver leur place afin qu'ils se sentent en terrain connu, condition minimale d'une adhésion possible ; *ii*) les notions importantes de la promotion de la santé devaient clairement apparaître afin de ne pas dénaturer les concepts nécessaires au renforcement des acteurs dans leur appropriation de ce champ. Des indications ont été ajoutées afin d'explicitier le type d'informations recherchées, qui vont puiser dans la nature et la qualité de la démarche appliquée à l'action.

Pour accompagner les acteurs de la région dans leur prise de connaissance des actions analysées, la grille-outil propose ainsi trois niveaux :

1. Descriptif : une grille permettant de comprendre les caractéristiques principales

de l'action. Elle est conçue comme un outil de lecture rapide de l'action pour permettre à ceux qui la consultent de savoir si elle correspond à ce qu'ils recherchent comme type de projet.

2. Méthodologique : les rédacteurs explicitent leur méthodologie d'action et portent leur vigilance sur des éléments majeurs en termes d'actions visant la réduction des inégalités sociales de santé : les conditions d'accessibilité requises par le public, le renforcement du pouvoir d'agir. Elle doit ensuite permettre de comprendre la construction du projet et d'en approfondir les caractéristiques méthodologiques. La rubrique s'achève par une ouverture sur les questionnements que l'action suscite chez son promoteur. Elle l'encourage à repérer ce qu'il aura sans doute à explorer ; elle incite les lecteurs à aborder l'action comme une expérience qui est amenée à évoluer, et non comme un cadre figé.

3. Ressources : le troisième niveau veut contribuer à la mise en lien des acteurs et à la mutualisation des expériences. Il fournit les coordonnées des promoteurs de l'action pour permettre le partage des ressources. Il indique également les dispositifs ou soutiens institutionnels dont a bénéficié l'action, susceptibles d'appuyer d'autres actions du même type.

Un séminaire et la mise en ligne des productions du Pôle soutiendront le partage de ces travaux avec les acteurs de la région.

Sonia Vergniory

La seconde grille dont traite le présent chapitre a pour objectif de permettre aux acteurs de terrain, selon une démarche d'analyse réflexive, de porter un regard nouveau sur leurs interventions afin de comprendre dans quelles mesures elles disposent du potentiel pour réduire les inégalités sociales de santé. L'**encadré 2** présente brièvement les objectifs et le cadre d'utilisation de cette dernière grille.

ENCADRÉ 2

Objectifs et cadre d'utilisation de la grille

La grille présentée dans ce chapitre a été conçue pour soutenir l'analyse spécifique des actions de terrain visant à réduire les inégalités sociales de santé. Elle s'inscrit dans une démarche qualité des actions. Elle est destinée aux promoteurs d'actions et à tous les intervenants impliqués dans la conduite de ce type de projet afin d'orienter et de stimuler une réflexion sur le déroulement du projet et des pratiques au regard de composantes se rapportant plus particulièrement à une problématique d'inégalités sociales de santé. Cette grille a été développée pour être utilisée au cours d'un entretien en profondeur conduit par une personne expérimentée en méthodologie de projet dans le champ de la promotion de la santé et disposant d'une certaine connaissance des principaux enjeux de

l'intervention pour réduire les inégalités sociales de santé. Un usage autonome de la grille est possible, mais il requiert toute la vigilance des équipes concernées.

Cette grille n'est pas un outil d'évaluation des actions, elle a une visée réflexive dans le but de l'amélioration des pratiques. Son usage doit strictement se limiter à ces objectifs et ne devrait, en aucun cas, donner lieu à un jugement de la performance des projets susceptible d'interroger leur financement. Cet outil est le fruit d'un travail exploratoire qui sera affiné ultérieurement. Néanmoins, l'usage de l'outil dans sa globalité est requis, et il importe de résister à toute tentation de simplification au risque de dénaturer la démarche poursuivie par l'outil. L'encadré 1 qui précède illustre la démarche d'appropriation de cette grille.

L'INTÉGRATION DE TROIS OUTILS D'ANALYSE

Notre démarche a d'abord consisté à étudier trois instruments existants pour l'analyse des projets de promotion de la santé au regard des inégalités sociales de santé. Les critères utilisés pour sélectionner les outils sont les suivants : prise en compte des inégalités sociales de santé, usage dans le champ de la promotion de la santé, ancrage théorique, présence d'une démarche qualité, adaptabilité au contexte local et accessibilité de l'outil par les intervenant de terrain.

La grille de sélection des bonnes pratiques selon le projet *Closing the gap*

Le projet européen *Closing the gap : strategies for action to tackle health inequalities in Europe* (stratégies d'action pour la lutte contre les inégalités de santé) [2] a permis de constituer une base de données européenne des bonnes pratiques pour lutter contre les inégalités sociales de santé. La sélection des projets s'est faite à partir d'une grille élaborée en collaboration avec les représentants institutionnels des pays partenaires et des experts européens dans le domaine. La grille comprend onze critères de qualité : 1) la participation du public, 2) l'accessibilité de l'action, 3) la mise en place d'une approche par

milieux ou *settings*, 4) l'établissement d'un diagnostic des besoins, 5) le développement du pouvoir d'agir, 6) la mise en place de partenariats, 7) la conduite d'une évaluation, 8) la mise en place d'une démarche pour assurer la pérennisation, 9) le recours à une analyse coût-efficacité, 10) l'utilisation d'intermédiaires, et 11) la présence d'une démarche qualité.

La structure finale de cet outil reflète la volonté de s'adapter à la diversité des pratiques des pays partenaires, d'où sa simplification. L'action analysée devait se montrer exemplaire sur au moins un des onze critères listés pour être qualifiée de bonne pratique. Ce dispositif, qui se fonde sur une démarche qualité plutôt que sur des éléments de performance, a tout de suite suscité l'enthousiasme des partenaires, d'autant qu'il amorçait une démarche très attendue de mutualisation des connaissances et des expériences, directement utilisables par les promoteurs d'actions.

Les limites de cet outil sont notamment le fait que les critères soient trop peu discriminants et la liste à remplir trop restrictive. Il est en effet possible d'émettre certaines réserves méthodologiques sur le fait de faire reposer un jugement qualitatif sur la seule présence d'un critère parmi onze. La grille ne permet pas non plus, ou très difficilement pour les projets analysés, de justifier de l'atteinte d'effet. À l'exception d'un critère, soit l'accessibilité de l'action aux publics, la problématique spécifique des inégalités sociales de santé n'est pas prise en compte. De surcroît, compte tenu de l'importance des spécificités des contextes d'actions nationaux ou locaux, ce dispositif peine aussi à dégager les éléments de contexte dans lequel les actions sont mises en œuvre. Il ne permet pas non plus de comprendre les processus d'intervention qui se sont montrés favorables ou non à l'atteinte des objectifs.

Preffi 2.0

Preffi [3] est un outil d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé couramment utilisé aux Pays-Bas. Il peut être utilisé pour la gestion de projet et ainsi contribuer à améliorer la qualité des projets [4]. Loin de constituer un outil d'évaluation finale, l'instrument s'appuie sur l'idée qu'il existe une interaction permanente entre, d'une part, l'analyse, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'un projet et, d'autre part, les ressources humaines, organisationnelles et financières mobilisées par un projet. Les différents processus d'un projet se voient ainsi reliés dans une dynamique cyclique et systémique. L'outil peut donc être mobilisé à n'importe quel stade de développement d'un projet. Il se présente sous la forme d'un questionnaire qui reprend les différents processus d'une démarche de projet et les ressources qui s'y rattachent. Ces données sont réparties en huit catégories : 1) analyse du problème, 2) déterminants du problème, 3) groupes cibles, 4) objectifs de l'action, 5) conception de l'intervention, 6) mise en œuvre, 7) évaluation, 8) ressources et faisabilité.

Ces différents processus se décomposent en un grand nombre d'indicateurs auxquels on donne une appréciation à trois niveaux : faible, moyen et fort. Par exemple, un des indicateurs de la catégorie mise en œuvre est le caractère

ascendant ou descendant de la mise en œuvre. Les trois questions suivantes permettent de porter un jugement sur cet indicateur en fonction du niveau d'appréciation donné à chaque item :

- Le mode de mise en œuvre, soit toutes les activités nécessaires pour mener à bien une nouvelle intervention, résulte-t-il d'un choix explicite?
- Les intermédiaires ont-ils la possibilité d'adapter l'intervention à leur propre situation ?
- Si les intermédiaires ont la possibilité d'adapter l'intervention, les éléments incontournables sont-ils identifiables ?

L'originalité de la démarche Preffi réside dans l'attribution d'un niveau de preuve (1 à 5) pour chaque indicateur composant Preffi. L'attribution de ce niveau de preuve repose, la plupart du temps, sur des méthodes dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée mais aussi sur l'expérience des professionnels.

L'intérêt de Preffi est de proposer une méthode très structurée pour soutenir la planification et la gestion de projet. L'outil peut servir à la fois de guide d'aide à l'action et participer à améliorer la qualité des projets ou soutenir une démarche d'auto-évaluation. Compte tenu des objectifs poursuivis, Preffi présente les limites de tout questionnaire quantitatif, c'est-à-dire qu'il ne permet pas d'accéder aux dimensions qualitatives des projets, à la compréhension de la dynamique des processus et des interactions avec le contexte par exemple. L'instrument n'a pas intégré d'indicateurs plus spécifiques relatifs aux inégalités sociales de santé. En outre, avec un total d'une trentaine de pages, le questionnaire est long et peu adapté aux actions ponctuelles de petite envergure, qui sont majoritaires dans le champ des inégalités sociales de santé en France [5].

L'outil du Consortium canadien de recherche en promotion de la santé

À la demande de Santé Canada (ministère fédéral chargé de la santé publique), des chercheurs membres du consortium canadien de recherche en promotion de la santé ont développé une idée originale pour l'évaluation de l'efficacité des interventions [6-7]. Face aux différents modèles d'évaluation de l'efficacité et des processus, l'approche suggérée par ce groupe est plus sensible aux éléments contextuels et s'attarde sur la relation indissociable qui existe entre le contexte, les processus et les effets des actions [8] (voir section IV, Blaise, Marchal, Lefèvre et Kepels). Il s'agit finalement moins de décrire des bonnes pratiques que des meilleures pratiques, compte tenu du contexte dans lesquelles elles sont mises en œuvre [9]. Le cœur de l'analyse repose sur le concept de mécanisme qui a également été expliqué dans le chapitre Blaise *et al.*

À la suite d'un travail théorique et d'une étude exploratoire des écrits scientifiques portant sur l'évaluation d'interventions en promotion de la santé, des mécanismes particuliers, *a priori* efficaces, ont été repérés et sont reproduits au **tableau I**. Ces trois composantes de l'efficacité des interventions que sont la planification concertée, l'organisation et action communautaire et la pour-

suite de changements individuels, communautaire et systémiques ne constituent en fait que de mécanismes candidats, car la démarche canadienne s'est arrêtée à ces propositions théoriques sur la base des écrits scientifiques.

La force de cette grille est que son approche est fondée sur la prise en compte du contexte et de ses relations avec les mécanismes ou processus d'action de l'intervention plutôt que la focalisation sur les étapes de projet. Nous savons en effet que les processus ne sont jamais aussi linéaires et monolithiques [10] que les manuels de gestion de projets le laissent à penser. De plus, la grille prend en compte le pouvoir d'agir ou *empowerment*, une dimension essentielle de la réduction des inégalités sociales de santé [11]. Toutefois, une des limites majeures de cet outil est qu'il n'a pas été créé spécifiquement pour analyser les projets qui visent la réduction des inégalités sociales de santé. Les mécanismes mis au jour ne concernent donc pas spécifiquement la réduction des inégalités sociales de santé mais les projets de promotion de la santé en général. De plus, l'outil et ses mécanismes ne reposent que sur l'étude partielle d'écrits scientifiques et, à notre connaissance, aucune utilisation ou validation empirique n'a eu lieu.

TABLEAU I

Mécanismes candidats de l'efficacité en promotion de la santé

Planification concertée	Organisation et action communautaires	Changements systémiques et communautaires
• Implication de tous les partenaires clés	• Occasions de formation, d'apprentissage	• Impact sur les normes communautaires
• Participation signifiante	• Leadership partagé	• Attraction de nouveaux partenaires
• Valorisation des différents types d'apports et de savoirs	• Engagement constant des partenaires	• Information sur les succès
• Une vision commune (une analyse commune du contexte)	• Réflexion critique continue sur les processus et les résultats des actions	• Capacité à convaincre les décideurs de l'importance des succès
• Mise en place de processus réflexifs et de dialogue critique	• Mobilisation de ressources	• Développement/adoption/adaptation de stratégies d'échange de savoirs
• Négociation des relations de pouvoir dans la prise de décisions	• Suivi systématique et ajustements aux besoins	• Adoption/adaptation du projet par un plus large ensemble de partenaires
• Responsabilité et imputabilité partagées	• Réflexion critique pour adapter les plans à la réalité	• Changement de modèle de pratique professionnelle
• Planification de l'action	• Impact sur l'amélioration individuelle de l'éveil, des connaissances et des comportements de santé	
• Stratégie d'évaluation participative		

LE DÉVELOPPEMENT D'UNE NOUVELLE GRILLE POUR L'INPES

Ainsi, l'analyse détaillée de ces trois outils a mis au jour leurs forces et leurs faiblesses, présentées au **tableau II** et a justifié leur intégration et leur adaptation pour la création d'un outil spécifique que nous avons testé auprès de plusieurs interventions dans trois régions françaises, soit la Bretagne, le Limousin et la région Rhône-Alpes. Compte tenu des forces et des limites des outils existants et de notre volonté de produire une grille utile pour repérer et analyser les interventions visant la réduction des ISS, nous avons été amenés à faire preuve de créativité. Les critères que nous avons retenus sont de deux ordres : des critères d'efficacité liés à toutes interventions en promotion de la santé [12-13], et des critères que l'on pourrait qualifier d'équité de sorte à prendre en compte la réduction des inégalités sociales de santé [14].

TABLEAU II

Forces et faiblesses des trois outils analysés

	Forces	Faiblesses
Closing the Gap	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte des ISS • Souplesse dans son utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu adapté à l'échelle locale • Faible prise en compte du contexte • Pas de démarche qualité • Lourdeur du dispositif d'utilisation
Preffi	<ul style="list-style-type: none"> • Bien structuré • Items avec niveaux de preuve • Structuration par étapes de projet • Démarche qualité • Auto-évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Généraliste et pas spécifique aux ISS • Lourdeur du dispositif d'utilisation • Faible prise en compte du contexte
Consortium canadien	<ul style="list-style-type: none"> • Assises théoriques • Structuration par composantes et mécanismes. • Prise en compte du contexte. Modèle d'évaluation adapté à l'échelle locale 	<ul style="list-style-type: none"> • Généraliste et pas spécifique aux ISS • Lourdeur du dispositif d'utilisation • Très théorique • Non testé empiriquement

En ce qui a trait aux critères d'efficacité, la méthode utilisée pour développer notre grille est fondée sur l'hypothèse qu'une action qui cherche à réduire les inégalités sociales de santé doit, avant toute chose, remplir les critères généraux et classiques de qualité du processus d'une intervention, et notamment de celles en promotion de la santé. De manière implicite, et ce depuis la charte d'Ottawa, on s'entend pour accorder un objectif de réduction des inégalités sociales de santé aux actions de promotion de la santé [15]. L'efficacité d'une intervention doit donc être évaluée à l'aune des quatre sous-processus classiquement associés aux interventions : planification, mise en œuvre, pérennisation et évaluation [16-17]. Ces éléments ont été retenus sur la base de plusieurs critères : pertinence, présence commune dans les trois outils, utilisation facilitée dans une optique d'analyse. C'est ainsi que les critères les plus pertinents des trois outils, organisés autour de ces quatre éléments fondamentaux, ont été retenus. Mais cela ne suffit pas pour lutter contre les inégalités sociales de santé. À ces critères d'efficacité, nous avons ajouté des critères d'équité. La nature même de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé impose aux

promoteurs de projets une adaptation des actions spécifiquement en ce sens. Le critère d'équité doit être intégré et doit englober l'ensemble des quatre processus décrits au chapitre précédent et tel qu'il est précisé dans l'introduction (voir section IV, Ridde et Pommier). Par exemple, il est indispensable de se préoccuper de l'accessibilité de l'action aux publics cibles, de prendre en compte différents sous-groupes de population dans la planification et l'évaluation, et d'agir à de multiples niveaux et sur une myriade de déterminants sociopolitiques. Cette adaptation a été rendue possible par notre expérience et une synthèse des écrits scientifiques sur les inégalités sociales de santé. Nous avons ajouté les mécanismes de la grille canadienne qui ne figuraient pas dans les deux autres outils, par exemple les items concernant le leadership ou la concertation, afin que l'outil final intègre toutes les dimensions du modèle sous-jacent de l'évaluation réaliste. L'objectif concernant le renforcement du pouvoir d'agir, *empowerment*, a été ajouté puisqu'il s'agit d'un résultat intermédiaire à la réduction des inégalités sociales de santé et d'un effet attendu des interventions de promotion de la santé [18].

Finalement, en ce qui concerne la présentation visuelle de la nouvelle grille, et pour en faciliter son appropriation par les intervenants français familiers d'une approche par étapes de projet, il a été décidé de structurer la grille à partir de ces étapes et d'y ajouter une rubrique spécifique concernant le pouvoir d'agir pour des raisons précédemment évoquées. L'adaptation de la grille s'est enfin attachée à prendre en compte certaines spécificités du contexte français, comme par exemple la régionalisation de la santé publique et de l'éducation pour la santé, l'expertise et les ressources régionales. Cette prise en compte a été rendue possible grâce à la participation et à la validation de cet outil par les principaux partenaires de l'INPES dans les trois régions pilotes afin de s'ajuster au plus près des besoins des acteurs.

PRÉSENTATION DE LA GRILLE

La grille est finalement composée de cinq rubriques : planification, mise en œuvre, évaluation, pérennisation et pouvoir d'agir, pour lesquels nous avons développé cinquante et un critères d'appréciation. Ces critères se présentent sous la forme de questions listant les éléments jugés importants pour mener à bien des actions dans le domaine des inégalités sociales de santé. Pour les besoins de l'étude, qui visait à explorer de façon approfondie les mécanismes de l'efficacité des actions au cours d'un entretien de recherche, il était demandé, pour chacun de ces critères, de poser une appréciation sur une échelle à quatre niveaux : faible, moyen, bon, excellent. Cette échelle d'appréciation, qui n'a pas été conservée dans la dernière version de la grille, n'avait pas pour objectif de juger de la performance des acteurs et encore moins de les comparer. Il s'agissait plutôt d'une appréciation pour stimuler un travail d'analyse et dégager les mécanismes recherchés dans notre étude. L'outil dispose d'une colonne permettant de décrire et de répondre à chacune des questions afin de lier les processus de l'action aux éléments de contexte qui avaient pu se montrer favorables ou non, dans le déroulement de l'action. Enfin, un glossaire et un guide

d'aide au remplissage de la grille ont été produits afin de faciliter l'usage de l'outil. La grille est présentée à l'**encadré 3**.

ENCADRÉ 3

Grille d'appréciation des actions de réduction des inégalités sociales de santé

1. PLANIFICATION DE L'ACTION	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
Analyse du problème et des besoins	
La nature du problème des inégalités sociales de santé est décrite dans le projet (fait référence à des données épidémiologiques - entre autres - concernant la nature, la fréquence et la distribution du problème / indicateurs de prévalence, incidence).	
Les déterminants comportementaux susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des inégalités sociales de santé identifiées sont décrits.	
Les déterminants sociaux, culturels, politiques et environnementaux (ex. : chômage, discriminations, criminalité...) susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des inégalités sociales de santé identifiées sont décrits.	
Des déterminants différents ont été identifiés pour les différents sous-groupes cibles de la population (âge, sexe, culture, position sociale...) concernés.	
La description du problème des inégalités sociales de santé s'est appuyée sur des connaissances théoriques et/ou scientifiques tirées de la littérature spécialisée (étude préalable, référence à des rapports d'évaluation, analyse des besoins, études épidémiologiques, modèles théoriques explicatifs des inégalités sociales de santé,...).	
La description du problème des inégalités sociales de santé s'est appuyée sur l'avis d'experts et/ou de professionnels de la problématique.	
La description du problème des inégalités sociales de santé a pris en compte l'avis du(des) différent(s) sous-groupes cible(s) concerné(s).	
Le(s) groupe(s) cible(s) identifiés découlent de l'examen de la situation au regard des inégalités sociales de santé (pertinence du groupe cible).	
Les acteurs (partenaires, intervenants, public cible) impliqués dans l'action ont une vision partagée de l'analyse du contexte.	
Objectifs, justification et conception des actions pour réduire les inégalités sociales de santé	
Le(s) différent(s) sous-groupes cible(s) concerné(s) par la problématique des inégalités sociales de santé est(sont) clairement défini(s) et décrit(s) (ex. : âge, sexe, formation, revenus, profession, situation professionnelle, langues écrites et parlées, zone de résidence, appartenance religieuse, environnement culturel...).	
L'action (ou certaines de ses modalités) vise les déterminants sociaux de la santé.	
L'action prend en compte différents niveaux d'action (individu, groupes, organisation, lieux de vie et société, politique).	
L'action vise explicitement à réduire les inégalités sociales de santé.	
Les objectifs opérationnels sont cohérents avec l'analyse faite du problème des inégalités sociales de santé.	
Le choix de la stratégie d'action s'appuie sur des informations établies de façon rigoureuse (ex. : rapports d'évaluation, articles scientifiques, revues de la littérature, méta-analyses, référentiels de bonnes pratiques) et potentiellement efficaces pour atteindre le(s) objectif(s) de l'action.	

Implication des partenaires et du(des) public(s) cible(s)	
Les principaux partenaires (ex. : associations, institutions, organisations, financeurs) concernés par l'action ont été impliqués au moment de la planification de l'action.	
Des partenaires possédant une expérience spécifique dans le domaine des inégalités sociales de santé ont été associés au moment de la planification de l'action.	
Le(s) groupe(s) cible(s) ont été impliqués dans la conception de l'action.	
Les intervenants ont été impliqués dans la conception de l'action.	
Les rapports de force et/ou conflits d'intérêts entre les différents partenaires intervenant dans les processus de décision ont été mis à plat et discutés.	
2. MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION	
Organisation et pilotage du projet	
Des mesures incitatives (ex. : dédommagement du temps de travail, formations spécifiques, reconnaissance institutionnelle, diplômes/certificats de participation, etc.) ont été déployées pour encourager les intervenants à se mobiliser.	
Des mesures incitatives (ex. : formation certifiée, compensation financière, tickets restaurants, certificats de participations, etc.) ont été déployées pour encourager le(s) groupe(s) cible(s) à participer.	
Des méthodes de travail permettant de prendre en compte le point de vue et les contributions du(des) groupe(s) cible(s) ont été utilisées (ex. : comité des usagers, formations...).	
Les rôles, tâches et responsabilités de tous les acteurs (partenaires, intervenants, et/ou public) impliqués dans l'action sont clairement définis.	
Les responsables de l'action ainsi que les intervenants sont suffisamment qualifiés pour mener les activités/tâches exigées par le projet.	
Leadership	
Le leadership est partagé entre les différents acteurs impliqués dans l'action.	
L'action tend à faire évoluer les capacités de leadership des intervenants et/ou du(des) groupe(s) cible(s).	
Le responsable de l'action est clairement identifié.	
L'action a eu recours à une expertise régionale sur les inégalités sociales de santé.	
Adaptation et accessibilité de l'action au(x) public(s) cible(s)	
Les outils/supports de communication sont adaptés aux différents sous-groupes cible(s) de la population concernés par la problématique des inégalités sociales de santé.	
Les contraintes économiques pour que le(s) groupe(s) cible(s) puisse(nt) participer ont été prises en compte.	
L'accessibilité physique des actions (accès handicapé, distance) a été prise en compte.	
Les sources de stigmatisation / discrimination (sexuelles, religieuses, culturelles, socio-économiques...) ont été prises en compte.	
3. ÉVALUATION	
Un dispositif de surveillance/suivi de la mise en œuvre de l'action menant à des ajustement du processus d'intervention a été mis en place (fournir au moins un exemple).	
Les modalités de l'évaluation (devis, méthodes, questions, calendrier...) de l'action ont été prévues dès l'étape de planification de l'action.	
Les différents acteurs (organisations, financeurs, porteurs de projets, experts externes) concernés par le projet ont participé à la conception du plan d'évaluation.	
Le(s) groupe(s) cible(s) a(ont) participé à la conception du plan d'évaluation.	



Les différents acteurs, (organisations, financeurs, porteurs de projets, experts externes) ont participé à la mise en œuvre de l'évaluation.	
Le(s) groupe(s) cible(s) a(ont) participé à la mise en œuvre de l'évaluation.	
Les recommandations formulées à la suite de l'évaluation ont été formulées de manière participative entre les « évaluateurs et les non-évaluateurs » (ex. : public cible, intervenants)	
Les indicateurs d'effets prennent en compte les sous-groupes de la population (désagrégation des indicateurs entre riches/pauvres, hommes/femmes, urbains/ruraux, entre catégories socioprofessionnelles...).	
L'évaluation s'interroge sur d'éventuels circonstances ou effets secondaires imprévus ou contreproductifs (ex. : accroissement des inégalités sociales de santé).	
Il existe une procédure de suivi des effets à long terme après l'achèvement de l'action permettant de connaître le maintien ou non des bénéfices (et/ou résultats) de l'action.	
4. PÉRENNISATION	
Des activités propices à la poursuite des activités et de leurs effets à la suite de l'arrêt de l'action ont été prévues dès le début de la planification du projet.	
Des actions ont été entreprises pour stabiliser les ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles, formation) consacrées aux activités de l'intervention.	
Des risques organisationnels (recrutements, locaux, écriture de projets...) ont été pris en faveur des activités de l'action.	
5. CAPACITÉ/POUVOIR D'AGIR (EMPOWERMENT)	
L'intervention vise à renforcer la capacité/pouvoir d'agir du(des) public(s) cible(s).	
Des activités sont entreprises pour favoriser la participation du(des) public(s) cible(s) (ex. : comité des usagers, formation, guide pratique de la participation, etc.).	
Des activités sont entreprises pour améliorer les compétences techniques (savoir-faire, capacités) des public(s) cible(s) et ainsi leur permettre d'agir sur ce qui est important pour eux en participant à ce projet.	
Des activités (ex. : formations, jeux de rôle, groupes de parole...) sont organisées pour développer l'estime de soi : satisfaction personnelle, fierté de participer au projet, confiance en soi) du(des) public(s) cible(s).	
Des activités (ex. : formations, jeux de rôle, discussions de groupe...) sont mises en place pour améliorer la « conscience critique » (conscientisation), c'est-à-dire être capable d'identifier les causes du problème que l'on cherche à résoudre, de comprendre que les causes et les solutions du problème vécu ne relèvent pas de la seule responsabilité du public cible, etc.	

Limites méthodologiques et cadre d'utilisation de la grille

Cette grille a été développée pour être utilisée durant un projet de recherche, mais elle peut aussi être utile aux intervenants et autres acteurs de terrain. Cette grille était instrumentale à notre processus de recherche, car nous l'avons utilisée pour repérer les interventions et surtout les configurations contexte-mécanisme-effet (voir section IV, Blaise, Marchal, Lefèvre et Kepels). Par ce repérage, nous pouvions par la suite organiser des entretiens en profondeur avec les acteurs clés afin de disposer de données empiriques qualitatives pour mieux comprendre ces configurations et récurrences, ce qui fera l'objet ultérieurement d'un article scientifique.

Cette grille s'inscrit dans une démarche qualité des actions afin d'orienter et de stimuler une réflexion sur le déroulement du projet et les pratiques au regard de composantes se rapportant plus particulièrement à une problématique d'inégalités sociales de santé. Elle peut être utile aux intervenants pour planifier leurs interventions, étudier leurs pratiques ou vérifier qu'elles ont le potentiel de réduire les inégalités sociales de santé. Son usage doit strictement se limiter à ces modestes objectifs qui se veulent ancrés dans la perspective de professionnels réflexifs, comme cela est de plus en plus demandé aux acteurs de santé publique et de promotion de la santé [19-20].

Bien que le développement de cette grille ait emprunté à un modèle d'évaluation, il ne s'agit pas d'un outil d'évaluation des actions au sens d'une reddition de comptes, et il ne devrait surtout pas être compris comme un étalon des bonnes pratiques qui permettrait de justifier l'octroi ou l'arrêt de financement pour un domaine qui en dispose déjà de très peu. Son utilisation ne doit en aucun cas se substituer à un processus d'évaluation rigoureux qui permettrait de porter un jugement sur les interventions mises en œuvre [21].

Cadre d'utilisation

Cette grille est le fruit d'un travail de recherche exploratoire. Elle a été développée pour être utilisée au cours d'un entretien en profondeur conduit par une personne expérimentée en méthodologie de projet dans le champ de la promotion de la santé et au fait des principaux enjeux de l'intervention pour réduire les inégalités sociales de santé. Un usage autonome de la grille est toujours possible, mais il requiert toute la vigilance des équipes concernées. En effet, et malgré une présentation qui pourrait paraître universitaire, l'usage de l'outil dans sa globalité est nécessaire, et il importe de résister à toute tentation de simplification au risque de dénaturer la démarche poursuivie par l'outil.

Différentes étapes de travail sont à prévoir pour faire évoluer et affiner l'instrument, notamment par la poursuite de l'étude des mécanismes d'intervention impliqués dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, mais aussi par un travail avec les usagers de l'outil afin de développer un cadre et une méthodologie d'utilisation répondant encore mieux aux besoins des intervenants.

L'approche réaliste à l'épreuve du terrain

Au total, treize projets ont été analysés avec la grille et une quinzaine d'entretiens approfondis ont été conduits avec différentes personnes ayant participé au processus de remplissage de la grille (porteurs de projets, membres des équipes régionales ayant mené les entretiens avec les porteurs d'actions). Ces entretiens ont porté sur l'intérêt et les limites de l'outil et plus généralement du dispositif d'entretien. Une journée de travail avec le pôle de compétence de Bretagne, responsable du projet en Bretagne, a été entièrement consacrée à l'analyse de la grille et à ses modalités d'usage. Nous en rapportons ici les principaux enseignements selon le point de vue des acteurs ayant participé

au processus. Les résultats issus de l'utilisation de la grille ne sont pas traités dans ce chapitre et feront l'objet d'une autre publication.

L'outil, tel qu'il est présenté, permet de dépasser les résistances initiales à l'évaluation selon la culture des résultats et de la performance [22] qui est souvent comprise comme synonyme de contrôle et de sanction. En ce sens, cet outil promeut une culture de qualité plutôt qu'une culture des résultats. En France, l'institutionnalisation de l'évaluation dans les années 1990 a fait en sorte qu'elle soit étatisée et dépendante de l'autorité gouvernementale [23]. La grille propose une autre approche à l'évaluation qui met l'accent sur la qualité de la démarche plutôt que sur la preuve de son efficacité. Il s'agit d'une approche pragmatique de l'évaluation, utile à la décision [24], adaptée aux projets locaux et à la réalité des interventions en milieu complexe. L'outil permet de relativiser les attentes des financeurs, souvent disproportionnées et inadaptées par rapport aux actions. Il s'agit d'un mode d'évaluation porteur de sens qui éclaire les pratiques quotidiennes et le comment.

Au-delà du constat de l'effet produit, l'outil permet de comprendre la mécanique d'action. En essayant de comprendre ce qui fonctionne, pourquoi, comment, pour qui et dans quelle circonstance, l'approche se démarque du modèle d'évaluation classique qui se limite généralement à constater l'effet produit de l'action sans en comprendre les étapes intermédiaires, sans tenter d'entrouvrir les mystères et les dédales de cette boîte noire. La grille a permis de dégager des effets de trajectoires, des jeux d'acteurs ainsi que des enjeux organisationnels dont l'intrication est souvent rendue insaisissable par les méthodes quantitatives classiques. Ces dimensions sont pourtant déterminantes des orientations des projets.

La grille est un instrument de réflexion. Elle a été conçue par des chercheurs dans une optique de sélection de projets. Mais ses utilisateurs la situent dans une véritable démarche qualité et pédagogique, faisant ainsi la distinction entre démarche d'évaluation et démarche de performance. En pratique, les acteurs interrogés ont perçu l'outil comme leur ayant permis de situer le niveau de qualité de leurs projets, de réajuster leurs objectifs, de résoudre des situations problématiques, de dégager des pistes d'amélioration, de définir de nouveaux partenariats à développer, notamment par rapport à la démarche évaluative, ou simplement de se doter d'objectifs de formation. Ainsi, l'outil a été en quelque sorte approprié, selon une démarche réflexive assez rare en promotion de la santé [19]. De telles démarches d'adaptation nous semblent d'autant plus importantes à entreprendre que les interventions sélectionnées pour notre étude n'avaient finalement pas pour objectif premier la réduction des inégalités sociales de santé. Elles visaient parfois certains sous-groupes de la population sans agir sur la réduction des écarts entre les sous-groupes et le gradient de santé. Grâce à cet outil et à cette recherche, chercheurs et intervenants se sont finalement rendu compte ensemble que plusieurs critères figurant dans l'outil ne pouvaient pas être appréciés ni pris en compte, tout simplement parce que les projets n'étaient pas planifiés pour réduire les inégalités sociales de santé. Il s'agissait en effet le plus souvent d'actions de petite envergure n'ayant pas développé de méthodologie propre à s'attaquer aux inégalités sociales de santé et

portées par des associations dont nous connaissons les difficultés structurelles et récurrentes. Ainsi, la grille a parfois été perçue comme trop sophistiquée et faisant peu de sens pour les acteurs dont la pratique est fortement ancrée dans le vécu. Mais elle a tout de même pu servir à ces mêmes acteurs pour s'interroger sur leurs pratiques. D'autres se sont approprié cette démarche et l'ont parfois adaptée à leur contexte d'utilisation. L'**encadré 1** présente la démarche d'adaptation réalisée par une équipe de Bretagne.

CONCLUSION

L'outil, développé à partir de trois grilles existantes dans le domaine de la promotion de la santé et adapté au contexte spécifique de la réduction des inégalités sociales de santé en France, pose les bases d'une analyse réflexive sur les interventions. L'outil a semblé très utile aux différents intervenants pour interroger leurs pratiques au regard des inégalités sociales de santé. C'est dans cette optique d'analyse que l'outil doit être employé. Un tel outil n'a pas la prétention de servir de référentiel, il pose les jalons d'une démarche qualité pour agir contre les inégalités sociales de santé. À ce jour, et même si des ajustements restent à faire, l'outil peut, d'ores et déjà, entrer dans le cadre d'un processus formatif/méthodologique d'accompagnement des équipes de terrain et ainsi participer à l'explicitation et à l'amélioration des connaissances et des pratiques pour agir contre les inégalités sociales de santé. Il doit presque nécessairement s'accompagner d'entretiens et de discussions en profondeur. Répondre aux questions proposées reste finalement instrumental à l'analyse réflexive. L'outil peut aussi trouver sa place dans le fonctionnement habituel des associations et être utilisé comme une ressource, à tout moment, dans une démarche de projet ou d'analyse des actions au regard des inégalités sociales de santé, mais certaines précautions sont à prendre. Ainsi, il s'agit d'un dispositif dont l'originalité et l'intérêt résident dans sa dimension qualitative car la grille est indissociable de l'entretien en profondeur.

Bibliographie

- [1] Ridde V., Guichard A. Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis. In : Niewiadomski C., Aïach P., dir. *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes : Éditions EHESP, 2008 : p. 57-80.
- [2] Portail DETERMINE [site Internet]. 2009 En ligne : <http://www.health-inequalities.eu> [dernière consultation le 03/12/09].
- [3] Molleman G., Louks P., Hommels L., Ploeg M. *Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé. Preffi 2.0*. Document traduit par l'INPES. Saint-Denis : INPES, 2003 : 37 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf [dernière consultation le 03/12/09].
- [4] Molleman G. R., Ploeg M. A., Hosman C. M., Peters L. H. Preffi 2.0- a quality assessment tool. *Promotion & Éducation*, 2006, vol. 13, n° 1 : p. 9-14.
- [5] Evalua. *Évaluation nationale du lancement des PRAPS de deuxième génération (2003-2006), Rapport DGS*. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005 : 131 p.

- [6] Hills M., O'Neill M., Carroll S., MacDonald M. *Efficacité des interventions communautaires visant à promouvoir la santé. Un instrument d'évaluation*. Montréal : Santé Canada, Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé, 2004 : 223 p.
- [7] Hills M. D., Carroll S., O'Neill M. Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte rendu de quelques développements nord-américains récents. *Promotion & Éducation*, 2004, numéro spécial 1 : p. 17-21.
- [8] Pawson R., Tilley N. *Realistic evaluation*. Londres : Thousand Oaks, 1997 : 235 p.
- [9] Patton M.Q. Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned. *American Journal of Evaluation*, 2001, vol. 22, n° 3 : p. 329-336.
- [10] Lemieux V. *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2002 : 195 p.
- [11] Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen : WHO, Regional Office for Europe, Health Evidence Network, 2006 : 37 p.
- [12] Union internationale pour la promotion et l'éducation à la santé. Efficacité de la promotion de la santé. Actes du colloque organisé par l'INPES avec la collaboration de l'UIPES. *Promotion & Éducation*, 2004, vol. 11, n° 1 suppl. : 54 p.
- [13] McQueen D.V., Jones C.M., dir. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York : Springer, 2007 : 417 p.
- [14] Potvin L., Ridde V., Mantoura P. Évaluer l'équité en promotion de la santé. In : K. Frohlich M. De Koninck P. Bernard L. Demers., dir. *Les Inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'université de Montréal, 2008 : p. 355-378.
- [15] Ridde V. Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? *Promotion & Éducation*, 2007, vol. 14, n° 2 : p. 63-67.
- [16] Pluye P., Potvin L., Denis J. L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 2004, vol. 27, n° 2 : p. 121-133.
- [17] Ridde V., Pluye P., Queuille L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2006, vol. 54, n° 5 : p. 421-431.
- [18] Ridde V., Delormier T., Gaudreau L. Evaluation of Empowerment and Effectiveness: Universal Concepts? In : McQueen D. V., Jones C. M., dir. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer, 2007 : p. 389-403.
- [19] Boutillier M., Mason R. Le praticien réflexif en promotion de la santé : de la réflexion à la réflexivité. In : O'Neill M., Dupéré S., Pederson A., Rootman I., dir. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, Perspectives critiques*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval, 2006 : p. 399-420.
- [20] Calhoun J. G., Ramiah K., Weist E. M., Shortell S. M. Development of a core competency model for the master of public health degree. *American Journal of Public Health*, 2008, vol. 98, n° 9 : p. 1598-1607.
- [21] Ridde V., Dagenais C., dir. *Approches et pratiques de l'évaluation de programme*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2009 : 368 p.
- [22] Trosa S. *Le guide de la gestion par programme. Vers une culture du résultat*. Paris : Éditions d'Organisation, 2002 : 254 p.
- [23] Thoenig J.-C. L'évaluation : un cycle de vie à la française. In : Lacasse F., Verrier P. E., dir. *30 ans de réforme de l'État. Expériences françaises et étrangères. Stratégies et bilans*. Paris : Dunod, 2005, p. 117-127.
- [24] Patton M.Q., La Bossière F. L'évaluation axée sur l'utilisation. In : Ridde V., Dagenais C., dir. *Approches et pratiques de l'évaluation de programme*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2009 : p. 143-158.

Section V | **Les partenariats**



CONCEPTS CLÉS

Médiateur

Tiers élément qui, situé à l'interface de deux entités, permet le passage d'information ou de ressources entre ces deux entités, ce qui permet de connecter entre eux deux éléments qui n'étaient pas préalablement connectés.

Participation

Regroupe les différentes formes d'action par lesquelles des individus, groupes ou organisations contribuent activement à des décisions ou à des actions dont ils ne sont pas les premiers promoteurs et dont ils deviennent partie prenante du fait de leur inclusion dans le processus décisionnel ou dans l'action.

Partenariats

Désigne un accord formel ou informel entre deux ou plusieurs parties qui ont décidé de mettre des ressources en commun dans la poursuite d'un objectif partagé et valorisé par l'ensemble des parties.

Réseaux

Mode d'organisation non hiérarchisé qui relie des éléments ou nœuds par des canaux qui servent à la transmission d'information, de connaissances, de ressources, de compétences ou autres. Ces nœuds peuvent être eux-mêmes des sous-réseaux.

Mobilisation

Action permettant de susciter la contribution d'un ou des acteurs ou un ou des réseaux à la poursuite d'objectifs définis par l'entité mobilisatrice.

Controverse

Confrontation de diverses interprétations ou stratégies d'action concurrentes sur un même phénomène ou une même question.

Introduction

FLORE AUMAÎTRE ET LOUISE POTVIN

Résumé : Comment mettre en place des partenariats efficaces dans le cadre d'actions de réduction des inégalités de santé ? Pour ce faire, il faut identifier les acteurs, les rassembler autour d'objectifs compatibles et coordonner l'action pour en maximiser l'impact. Le partenariat intersectoriel est clairement identifié par la charte d'Ottawa comme une stratégie d'action en promotion de la santé. Cette section apporte un éclairage sur certaines expériences et instruments concrets pour fournir au lecteur des outils sur la construction de partenariats comme de véritables stratégies d'intervention sur les inégalités sociales de santé. Sont présentés : des balises théoriques, les compétences que les coordonnateurs de ces partenariats ont à mettre en œuvre, leur rôle fort de médiateurs. Plusieurs exemples concrets sont mis en avant : les Ateliers Santé Ville (ASV) de Marseille, un outil d'évaluation des partenariats développé au Canada. Et enfin la gestion des controverses inhérentes à tout partenariat, pour transformer les divergences en forces communes.

Dans la mesure où la santé se produit dans la vie de tous les jours [1] et que les inégalités sociales de santé découlent en grande partie des ressources disponibles localement et de leurs modes d'accès par les populations [2-3], un des rôles essentiels du secteur sanitaire pour réduire les inégalités sociales de santé est le développement d'alliances et de stratégies d'intervention qui rassemblent les acteurs qui contrôlent ces ressources [4-5].

Sur la scène locale comme dans les sphères plus élevées de la décision publique, le problème de ce que l'on appelle généralement l'action intersectorielle est sensiblement le même : identifier les acteurs pertinents pour la

production et la distribution de ces ressources, les rassembler autour d'objectifs compatibles avec le but de réduire les inégalités de santé et coordonner les actions de tous ces partenaires pour en maximiser l'impact. Les partenariats intersectoriels ne constituent cependant qu'une forme d'action en partenariat. Dans le sens le plus strict, les partenariats intersectoriels rassemblent des acteurs du secteur public et institutionnel qui ont comme mandat la mise en œuvre des mécanismes de gestion et de gouvernance des affaires publiques.

Alors que la charte d'Ottawa identifie clairement l'action intersectorielle comme une stratégie d'action en promotion de la santé [6] et que la charte de Bangkok exhorte les intervenants du secteur de la santé à développer des alliances multiréseaux [7], bien peu de textes examinent concrètement le fonctionnement de ces partenariats. Il ne s'agit malheureusement pas seulement de mettre ensemble des gens de bonne volonté pour qu'émerge une action en partenariat. Parce qu'ils rassemblent des acteurs d'horizons divers et même souvent opposés, les partenariats multiréseaux de qualité requièrent un important travail de médiation.

Nous souhaitons apporter par cette section du guide un éclairage, des expériences et des outils concrets pour aider et favoriser la réflexion du lecteur sur l'utilisation et la construction des partenariats comme de véritables stratégies d'intervention sur les inégalités sociales de santé. Le premier chapitre (Potvin et Aumaître) apporte des balises théoriques pour mieux comprendre comment il est possible que des acteurs d'horizons divers, poursuivant des intérêts potentiellement divergents, puissent, au-delà de la simple coordination de leurs efforts, développer et réaliser des actions transformatrices des conditions qui façonnent les inégalités sociales de santé. Le chapitre 2 (Clavier) examine les compétences que les coordonnateurs de partenariat ont à mettre en œuvre. Il s'agit du résultat d'un travail de recherche réalisé auprès de coordonnateurs de partenariats locaux et régionaux chargés de la mise en œuvre des politiques territoriales dans deux régions françaises. Ce chapitre met clairement en évidence le rôle de médiateur joué par ces coordonnateurs pour assurer le fonctionnement des partenariats. Ensuite, le chapitre 3 (Bilodeau, Galarneau, Fournier et Potvin) présente un exemple concret des divers rôles et compétences que mettent en pratique les coordonnateurs de partenariats à travers une action dans le cadre des Ateliers Santé Ville de Marseille. Le chapitre 4 (Tiffou et Lardillon) présente un instrument qui sert à apprécier le fonctionnement des partenariats. Cet outil, développé et testé par une équipe de la Direction de la santé publique de Montréal, peut être utilisé de diverses manières en fonction des besoins des partenariats et des partenaires en présence. Enfin, le chapitre 5 (Floch Lavit) présente un exemple concret des tensions qui parcourent les partenariats qui ont souvent à gérer les controverses inhérentes à l'action en partenariat. Dans cet exemple, on examine comment les aspects formels d'organisation de l'action constituent des conditions de succès des partenariats, surtout lorsque ceux-ci se trouvent à l'interface de logiques ascendantes et descendantes caractéristiques des approches territorialisées.

Bibliographie

- [1] Breslow L. From disease prevention to health promotion. *JAMA*, 1999, n° 28 : p. 1030-1033.
- [2] Bernard P., Charafeddine R., Frohlich K.L., Daniel M., Kestens Y., Potvin, L. Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. *Social Science & Medicine*, 2007, n° 65 : p. 1839-1852.
- [3] Frohlich L., Bernard P., Charafeddine R., Potvin L., Kestens Y., Daniel M. L'émergence d'inégalités de santé dans les quartiers : un cadre théorique. In : Frohlich K., De Koninck M., Demers A., Bernard, P., dir. *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2008 : p. 165-185.
- [4] Berghmans L., Potvin L. La promotion de la santé et les acteurs locorégionaux : les enseignements d'un colloque. *Promotion & Éducation*, 2005, suppl. 3 : p. 68-71.
- [5] Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. *Réduire les disparités sur le plan de la santé - Rôles du secteur de la santé : orientations stratégiques et activités recommandées*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2004 : 10 p.
- [6] Organisation mondiale de la santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986. 2010. En ligne : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french [dernière consultation octobre 2009].
- [7] Organisation mondiale de la santé. *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*, 2005. 2010. En ligne : http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf [dernière consultation octobre 2009].
-

Les partenariats : espaces négociés de controverses et d'innovations

LOUISE POTVIN ET FLORE AUMAÎTRE

Résumé : Pour être efficace, un partenariat d'acteurs travaillant à la réduction des inégalités de santé doit être clair dans la répartition des rôles, évolutif et capable d'intégrer des nouveaux acteurs qui le rendent plus efficace et pertinent. Il est essentiel que ce partenariat soit ouvert en permanence aux controverses, qui surviennent tout au long du processus et ne doivent surtout pas être écartées. Ces controverses pointent les faiblesses, obligent à négocier et permettent les réajustements nécessaires. C'est cette recherche du compromis qui génère des solutions innovantes, clés de la réduction des inégalités sociales de santé. La complexité d'un tel partenariat doit être reconnue afin que ses acteurs soient légitimés et outillés pour intervenir. État des connaissances sociologiques et des méthodes pour construire un partenariat efficace de lutte contre les inégalités.

Mots clés : partenariats, controverses, innovations sociales, traduction, négociation.

INTRODUCTION

Les partenariats font consensus à la fois en tant que stratégie de réduction des inégalités sociales de santé et en tant que composante indispensable aux autres stratégies de réduction des inégalités [1]. Néanmoins, les partenariats sont, en règle générale, pris pour acquis, leur fonctionnement est peu instrumenté et les productions et solutions qu'ils amènent restent souvent peu évaluées. Le manque de reconnaissance et donc de ressources qui y sont

consacrés est un handicap. Pourtant, comme pour toute stratégie d'action, un partenariat se pense, se construit, s'analyse, s'outille et s'évalue pour être efficace [2]. L'objectif de ce chapitre est d'apporter un cadre conceptuel qui peut se décliner de manière opérationnelle par des compétences ou des outils, comme nous le verrons dans les chapitres suivants.

Nous concevons que pour avoir un rôle de transformation des conditions existantes qui produisent ou accroissent les écarts de santé, les actions des acteurs publics doivent constituer des innovations sociales contextualisées pour être efficaces. C'est donc vers la sociologie de l'innovation que nous avons porté notre regard, et plus précisément vers la sociologie de la traduction [3] et la théorie de l'acteur-réseau. On appelle sociologie de la traduction, ou théorie de l'acteur-réseau, l'ensemble des travaux réalisés à la suite des études de Bruno Latour, Michel Callon et Madeleine Akrich sur l'innovation technique, et qui proposent une conception intégrée des aspects sociopolitiques et technoscientifiques du lien social. La traduction est ainsi conçue comme le processus continu d'échanges qui permet l'établissement et le renforcement de connexions entre des entités, humaines et non humaines, qui n'étaient pas préalablement connectées. Trois propositions centrales à cette théorie nous semblent plus particulièrement utiles pour penser les partenariats :

- Toute innovation résulte d'un bricolage et d'un réassemblage d'éléments disparates.
- La solidité de ces nouveaux arrangements repose essentiellement sur la capacité du réseau sociotechnique qui les porte à résoudre les controverses.
- Les controverses sont inhérentes au processus de traduction par lequel ce réseau se rallonge et se consolide.

Dans ce chapitre, nous verrons comment chacune de ces propositions trouve un écho dans le développement de l'action en partenariat et comment la théorie de l'acteur-réseau peut éclairer les pratiques partenariales des intervenants de santé [4].

L'INNOVATION EST UN BRICOLAGE

Pour Akrich, Callon et Latour [5-6], une sociologie de l'innovation n'est utile que dans la mesure où les mêmes processus expliquent aussi bien l'échec que la réussite du processus innovant. En effet, devant un problème nouvellement identifié, dont l'épaisseur des causes ne devient évidente qu'au fur et à mesure que des solutions sont proposées et expérimentées, la solution qui sera adoptée ne peut être anticipée totalement à partir des données qui ont permis une première formulation du problème. Un processus innovant est donc ponctué de solutions intermédiaires insatisfaisantes. Ces solutions sont en partie rejetées et en partie conservées et réarrangées par la mobilisation de nouveaux éléments. C'est à l'usage et par la pratique que les solutions se transforment en même temps que le problème initial se redéfinit par les nouveaux éléments que les solutions intermédiaires ont mis en lumière.

Les actions en partenariat ne sont généralement préconisées que lorsque les acteurs du secteur de santé réalisent que les dispositifs dont ils disposent et sur

lesquels ils peuvent exercer un contrôle sont insuffisants pour solutionner le problème que ces mêmes dispositifs ont permis d'identifier. Développer une action en partenariat, c'est reconnaître que les acteurs en présence ne disposaient pas des ressources adéquates en termes de savoirs, de temps, d'argent ou d'accès aux populations visées, pour développer une compréhension assez fine du problème ou une solution. Ce défaut de ressources rend nécessaire la mobilisation de nouveaux acteurs antérieurement jugés comme étant non-parties prenantes au problème et à sa solution.

Ainsi, la volonté de réduire les inégalités d'accès aux soins pour les personnes des quartiers les plus en difficulté ont parfois conduit des centres médico-psychologiques ou des centres de planning familial par exemple à délocaliser des antennes de consultation. Le constat d'échec qui s'ensuit a pu conduire à ouvrir un partenariat avec les acteurs du quartier des champs sociaux afin de corriger les problématiques d'accès aux droits. Si certaines personnes ont pu bénéficier d'un accès plus facile à ces consultations, la délocalisation des consultations peut rester une solution intermédiaire non satisfaisante. L'élargissement du réseau aux partenaires associatifs et aux représentants des habitants montre alors que la peur de la stigmatisation, liée à une consultation de santé mentale, ou le besoin de se rendre de façon anonyme dans un planning familial sont un frein essentiel à corriger. La solution peut consister alors à recentraliser les consultations délocalisées, tout en conservant les solutions trouvées d'accès aux droits santé par exemple. Le partenariat peut alors chercher à s'élargir vers les organisations privées ou publiques gérant les transports publics afin de permettre l'accès à ces consultations.

On voit bien ici la dynamique de bricolage. Au fur et à mesure que les acteurs sont réunis pour identifier les éléments d'un problème et tenter une solution possible, de nouveaux aspects du problème deviennent visibles et éclairent les manques des solutions proposées, ce qui requiert la mobilisation de nouveaux acteurs. Les bricolages se suivent ainsi par la mise en pratique des solutions successives qui permettent de juger de leur adéquation, compte tenu des ressources disponibles et du coût des accommodements nécessaires à leur mise en œuvre.

Les partenariats ne sont pas des entités fixes et statiques. Leur composition évolue, certains acteurs peuvent ne plus se sentir concernés par les nouveaux paramètres du problème, alors que certains autres acteurs deviennent plus stratégiques. De la même façon, il est illusoire de penser qu'une solution qui répond, en théorie, aux paramètres déjà identifiés du problème puisse avoir un caractère définitif. Ce n'est que par la pratique que les insuffisances de la compréhension du problème comme celles des solutions proposées peuvent être identifiées et remédiées par la mobilisation de nouveaux acteurs et par un nouveau réagencement.

L'INNOVATION EST SUPPORTÉE PAR UN RÉSEAU SOCIOTECHNIQUE, PORTEUR DE CONTROVERSES

Les sociologues de la traduction ont forgé le concept d'« actant » pour parler des entités humaines et non humaines qu'il est nécessaire de connecter dans un réseau pour soutenir une innovation [3]. Les éléments d'un réseau, ou les participants d'un partenariat, sont porteurs de leur propre culture professionnelle, institutionnelle, de leurs enjeux propres, de ceux de leur institution. Le concept d'actant met en évidence la responsabilité partagée entre les entités humaines et non humaines quant au fonctionnement du réseau et la capacité des entités non humaines à influencer le comportement des humains. Ainsi, la technologie n'est pas conçue et pratiquée dans un monde dépossédé d'humains, non plus que ceux-ci ne puissent exercer leur pouvoir d'agir sans la médiation d'un ensemble de dispositifs produits par l'activité humaine. Dans le cas des actions de réduction des inégalités sociales de santé, ces dispositifs prennent une variété de formes parmi lesquelles on retrouve des lois, des programmes d'inspection des logements, des rapports et énoncés politiques qui définissent le problème et orientent les solutions. Un réseau sociotechnique est donc l'ensemble des éléments humains et non humains qui sont connectés ensemble et qui tirent leur identité et leur rôle de ces connexions et de l'appartenance au réseau. Ce réseau n'a également de réalité qu'à travers les entités qu'il connecte [7].

L'assimilation des partenariats à des réseaux sociotechniques met en évidence une réalité plus complexe qu'une simple réunion d'acteurs. Tenter de réunir et de faire travailler ensemble de nouveaux acteurs signifie mobiliser des pratiques, des dispositifs techniques et des ressources associés à ces acteurs et les parer de nouveaux rôles. Ces nouveaux rôles impliquent, par voie de conséquence, de nouvelles identités à l'intérieur des réseaux, ce qui entraîne nécessairement des controverses.

À titre d'exemple, le problème récurrent d'accès à la santé buccodentaire en France est éloquent. En effet, malgré des dispositifs mis en place par certains acteurs, allant de la couverture maladie universelle (CMU) aux consultations de prévention, les inégalités d'accès perdurent. L'acceptation des controverses inhérentes à chaque acteur, aux dispositifs, aux pratiques, aux logiques des organisations peut permettre, par des bricolages, des évolutions notables sur des champs tels que le refus de soin, les freins à l'accessibilité culturelle, aux droits. Inclure dans la compréhension du partenariat ce concept d'actant permet de faire se confronter de manière productive et de faire émerger des solutions locales innovantes, des compromis, par la prise en compte des intérêts de chacun, des contraintes financières des usagers mais aussi des professionnels de santé, de sortir du champ classique de sentiment mutuel d'irrespect, de faire évoluer les barrières culturelles tant professionnelles qu'individuelles entre les acteurs concernés (sociaux, médicaux, habitants,...).

LES RÉSEAUX SOCIOTECHNIQUES PRENNENT DE L'EXPANSION ET SE CONSOLIDENT PAR LA TRADUCTION

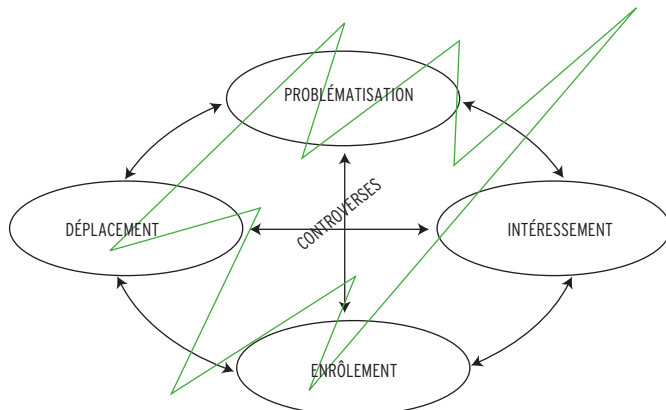
Il ne s'agit pas de mettre en présence deux éléments préalablement disparates pour constituer un réseau sociotechnique. Il faut les connecter, ce qui nécessite un travail de traduction, c'est-à-dire la constitution d'au moins un trait commun qui permet aux entités de se reconnaître au moins en partie dans l'autre, ce qui n'est possible que par l'appartenance au même réseau. Callon [3] identifie quatre opérations au processus de traduction, qui sont illustrées à la **figure 1**.

L'opération de problématisation consiste à définir les rôles et les identités des parties en présence en fonction l'une de l'autre, et, ce faisant, orienter les relations que l'on envisage entre ces parties. Ainsi, dans un programme de santé publique fondé sur des partenariats locaux, il faut être bien conscient que l'on demande à chacun de sortir, en partie, de sa mission, de son rôle originel pour trouver des solutions innovantes. Il arrive souvent à des organismes, dont ce n'est pas le mandat original, de contribuer à la réalisation d'un mandat de santé, acquérant ainsi de nouveaux rôles et une nouvelle identité. La problématisation consiste donc en une mise en mouvement des acteurs autour d'un problème donné, à faire bouger les frontières en permettant à chacun de poser ses intérêts, son rôle, ses limites, pour pouvoir les faire évoluer.

L'acceptation de ces nouveaux rôles suppose l'alignement des intérêts en présence, autour d'intérêts partagés. C'est l'opération d'intéressement qui consiste à déployer des actions ou des dispositifs qui permettent d'imposer ces nouvelles identités aux parties ou de leur en faciliter l'acceptation. C'est une phase de négociation où chacun doit trouver sa place, poser ses intérêts tout en évoluant dans ses nouveaux rôles. Le partage d'une expertise technique, l'allocation de nouvelles ressources sont autant de moyens d'intéressement

FIGURE 1

Partenariats : l'enchevêtrement de la théorie de l'acteur-réseau (sociologie de la traduction)



dont dispose la santé publique pour aligner ses intérêts avec ceux des acteurs d'autres réseaux. L'intéressement se concrétise souvent dans de nouveaux dispositifs qui permettent de donner forme à ces nouveaux rôles ou identités. C'est une phase qui peut se traduire par exemple par la reconnaissance à l'interne d'un rôle (cas des référents santé dans les établissements sociaux) qui va bien au-delà d'une simple légitimation pour un professionnel à agir sur ce champ. Cela suppose déjà une reconnaissance du rôle de l'institution sur la santé de ses usagers mais aussi la volonté d'agir, préalables à l'intégration effective dans le réseau. Le soutien que la santé publique va apporter dans ce cas à ces acteurs relève autant de l'aide technique que de la reconnaissance de leurs compétences. Il va contribuer à un intéressement efficace.

L'enrôlement est un intéressement réussi. C'est la prise des rôles nouveaux définis lors de la problématisation par les parties à connecter. Cette opération consolide et rallonge le réseau, car elle représente un lien établi avec une nouvelle entité, dont l'identité est maintenant liée aux objectifs et à l'action du réseau.

Enfin, le déplacement est une sorte de mise à l'épreuve de l'enrôlement. C'est la capacité du réseau qui résulte de la traduction, de conduire des actions coordonnées par la mobilisation des parties maintenant connectées et qui les oblige à assumer les rôles et les identités conférés par la problématisation qui les a d'abord connectés au réseau. C'est une opération de mobilisation des membres du réseau dans l'action, dans leurs nouveaux rôles. Cette opération permet l'émergence de solutions nouvelles, qui vont être testées, adaptées, remises en cause.

Ce processus n'est pas linéaire et de nombreux va-et-vient entre ces opérations sont souvent nécessaires pour bricoler les arrangements qui conduisent à une mobilisation réussie. Un partenariat vit et se construit par les controverses qui surviennent tout au long de ce processus [2]. Elles sont importantes et ne doivent surtout pas être contournées et écartées sans discussion, car elles soulignent les faiblesses dans les connexions établies, exigent des itérations des opérations de traduction et permettent enfin les bricolages nécessaires pour bien aligner les intérêts des parties en présence. Les controverses permettent, entre autres, de mettre à nu et de discuter les intérêts et les enjeux de chacun, les limites actuelles du partenariat établi. Discutées et gérées, les controverses permettent aux membres du réseau de mieux se connaître, de mieux accepter les enjeux et les contraintes de chacun, de mieux accepter et intégrer son nouveau rôle. Elles permettent au réseau de se renforcer. De plus, l'expansion d'un réseau sociotechnique, par l'ajout de nouvelles entités – ou sa consolidation par l'ajout de nouvelles connexions entre des actants déjà présents –, contribue à la transformation de l'identité du réseau et de ses composantes, incluant le problème qui a initialement présidé à la formation du réseau.

L'exemple québécois de l'élaboration au fil des ans des partenariats du programme *Petits cuistots-Parents en réseaux* illustre bien comment la traduction opère pour résoudre les controverses qui surgissent au sein d'un réseau sociotechnique. Ce programme d'éducation à l'art culinaire, qui vise aussi à

briser l'isolement des familles immigrantes, est mis en œuvre dans des écoles primaires de quartiers défavorisés de Montréal et supporté par un partenariat entre un organisme communautaire, la commission scolaire de Montréal, une fondation privée et une équipe de chercheurs. Une étude de la généalogie du programme [8] a montré que la forme actuelle du réseau sociotechnique et du programme qu'il porte est le résultat de l'enrôlement progressif de nouveaux partenaires et des bricolages successifs qui en résulte, chaque nouveau partenaire imprimant de nouvelles orientations au réseau et permettant de nouvelles solutions. L'étude a montré que l'identification, l'intéressement et l'enrôlement de nouveaux partenaires se font en réponse à des controverses que le réseau est impuissant à résoudre. Par exemple, l'intéressement et l'enrôlement de chercheurs dans le partenariat ne se sont produits que lorsque les partenaires alors en présence ont commencé à problématiser la survie et l'avenir du projet comme étant conditionnels à sa capacité de démontrer un impact positif sur les attitudes des enfants envers l'alimentation.

CONCLUSION

Cette théorie de l'acteur-réseau permet d'éclairer les partenariats sous un angle opérationnel pour la réduction des inégalités de santé. Ainsi les partenariats : 1) constituent des espaces de controverse, 2) dont la solution requiert des traductions et des négociation entre les diverses entités humaines et non humaines qui forment le réseau, 3) pour réussir à être des espaces qui créent des solutions innovantes.

Cette recherche de compromis amène à des solutions innovantes qui sont une des clés de la réduction des inégalités sociales de santé. L'animateur du partenariat, dans son rôle de traduction, de gestion des controverses, est le pivot indispensable pour résoudre les controverses et mobiliser les acteurs pertinents. La reconnaissance de cette complexité du partenariat est donc un enjeu important dans la lutte contre les inégalités de santé pour que les acteurs qui interviennent dans ce champ soient légitimés et formés pour cette stratégie d'intervention.

Bibliographie

- [1] Popay J., Williams G., Thomas C., Gatrell A. Theorising Inequalities in Health : the Place of Lay Knowledge. In : Bartley M., Blane D., Davey Smith G., dir. *The Sociology of Health Inequalities*. Oxford : Blackwell, 1998 : p. 59-83.
- [2] Bilodeau A., Lapierre S., Marchand Y. *Les partenariats comment ça marche? Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal : Direction de la santé publique, 2003 : 19 p. En ligne : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/guidepartenariat.pdf> [dernière consultation le 15/10/2009].
- [3] Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, 1986, n° 36 : p. 169-208.
- [4] Potvin L. Managing uncertainty through participation. In : McQueen D.M., Kickbusch I., Potvin L., Peilikan J.M., Balbo L., Abel T. *Health & modernity. The role of theory in health promotion*. New York : Springer, 2007 : p. 103-128.

- [5] Akrich M., Callon M., Latour B. À quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : l'art de l'intéressement. *Annales des mines. Gérer et comprendre*, juin 1998, n° 12 : p. 4-17.
- [6] Akrich M., Callon M., Latour B. À quoi tient le succès des innovations. Deuxième épisode : l'art de choisir les bons porte-parole. *Annales des mines. Gérer et comprendre*, septembre 1998, n° 12 : p. 18-29.
- [7] Latour B. *Changer de société - Refaire de la sociologie*. Paris : La Découverte, coll. Armillaire, 2005 : 400 p.
- [8] Bisset S., Potvin L. Reconceptualising implementation evaluation : The genealogy of a nutrition-based school program. *Health Education Research*, 2007, vol. 22, n° 5 : p. 737-746.

Les compétences des médiateurs dans les partenariats intersectoriels

CAROLE CLAVIER

Résumé : La réussite d'une action en partenariat pour réduire les inégalités sociales de santé repose sur son coordonnateur. C'est cette personne qui, au-delà des intérêts particuliers des différents partenaires (élus, administrations, associations...), va réussir, tel un médiateur, à faire travailler ensemble pour un objectif commun des acteurs aux cultures très différentes. Un véritable défi. Pour ce faire, elle doit mobiliser un panel complet de compétences, présentées dans cet article : le relationnel pour vaincre les résistances et réguler les tensions, la connaissance pointue des inégalités et de la promotion globale de la santé pour pouvoir argumenter et convaincre, une connaissance excellente du tissu et des acteurs locaux. Tel est le constat qui ressort d'une étude réalisée en France auprès de vingt-cinq coordonnateurs de partenariats intersectoriels dans plusieurs régions.

Mots clés : partenariats, médiation, compétences, pratiques.

INTRODUCTION

Ce chapitre examine les compétences que mobilisent les coordinateurs de partenariats intersectoriels pour accompagner les partenaires dans la définition et la mise en œuvre d'un projet partagé. Le rôle de ces coordinateurs est défini comme un rôle de médiateur en ce qu'ils doivent amener à travailler ensemble des acteurs de professions, d'institutions et de secteurs très différents. Les compétences qu'ils mobilisent pour assurer cette médiation sont de trois ordres : des connaissances spécifiques aux inégalités sociales de santé

(le domaine qui fait l'objet du partenariat), des compétences méthodologiques et des compétences relationnelles.

Comprendre comment travaillent les coordinateurs de partenariat et à quelles habiletés ou stratégies ils ont recours est essentiel pour développer des actions de réduction des inégalités sociales de santé. En effet, ces actions nécessitent d'agir sur plusieurs déterminants de la santé et donc de mobiliser des intervenants, des institutions ou des élus impliqués dans des domaines aussi divers que, par exemple, l'éducation, l'urbanisme, la sécurité ou le sport. Un défi de l'action intersectorielle pour la réduction des inégalités sociales de santé est donc de faire travailler ensemble des acteurs dont les cultures professionnelles, les missions et les enjeux auxquels ils font face sont très différents. Les compétences de médiation identifiées et développées dans ce chapitre sont utiles pour relever ce défi puisque ce sont autant de stratégies et d'habiletés que les coordinateurs de partenariats intersectoriels peuvent mobiliser pour parvenir à susciter des échanges et définir un projet partagé pour la réduction des inégalités sociales de santé.

Partant du postulat selon lequel les partenariats sont des espaces de controverses, de négociation et de traduction (voir section V, Potvin et Aumaître), quelles sont les compétences que mobilisent (ou devraient mobiliser) les acteurs chargés de leur coordination ? Dans cette optique, les partenariats ne sont pas des espaces consensuels qu'il conviendrait seulement d'administrer mais des espaces de débat et de négociation. De plus, les différentiels de pouvoir sont souvent importants dans les partenariats entre des membres dont la légitimité, les statuts et les connaissances varient grandement, par exemple entre médecins et habitants, entre représentants institutionnels ou associatifs. L'un des enjeux du partenariat est d'égaliser ces rapports de pouvoir [1]. Ainsi, le rôle des coordinateurs de ces partenariats n'est pas tant d'assurer la logistique de la coopération que d'accompagner ces controverses vers leur résolution, de les mettre en forme – ce que nous appelons un rôle de médiateur. L'objet de ce chapitre est donc d'identifier les compétences que ces coordinateurs mobilisent pour agir en tant que médiateurs.

LES COORDINATEURS DE PARTENARIATS INTERSECTORIELS : DES MÉDIATEURS DANS DES ESPACES DE CONTROVERSES ?

Avant d'en venir à l'analyse de ces compétences, précisons ce que l'on entend par médiateur et à quels acteurs cela correspond dans la pratique. La notion de médiateur désigne des acteurs qui contribuent à l'élaboration d'un référentiel commun entre les partenaires et qui montrent aux différents partenaires l'intérêt à participer même si leurs objectifs respectifs semblent *a priori* éloignés [2]. De telles compétences de médiation sont indispensables pour la réduction des inégalités sociales de santé dans la mesure où l'action sur les inégalités sociales de santé nécessite des stratégies politiques et d'intervention qui mobilisent plusieurs secteurs (tels que l'économie, l'urbanisme ou l'alimentation) dont les activités ont un impact sur les inégalités sociales et la traduction

de ces dernières en inégalités de santé [3]. Il revient aux médiateurs d'assurer l'interface entre les représentants de ces secteurs : il peut s'agir d'élus, de professionnels de santé, de l'éducation ou de l'urbanisme, comme c'est le cas dans le partenariat (voir section V, Tiffou et Lardillon). Les médiateurs peuvent aussi être à l'interface entre plusieurs instances où sont définis les politiques et les programmes de réduction des inégalités sociales de santé : des partenariats à l'échelle nationale, régionale ou urbaine et même des organisations internationales comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les médiateurs utilisent cette position de jonction et d'articulation entre des secteurs et des territoires d'intervention pour amener des acteurs rassemblés autour d'un enjeu particulier à négocier une stratégie d'intervention commune.

Qui sont donc les médiateurs ? En pratique, on s'intéresse ici aux coordinateurs ou aux animateurs de partenariats intersectoriels dans les politiques territoriales de santé, principalement la politique de la ville et les programmes régionaux de santé. Ces politiques et les partenariats auxquels elles donnent lieu n'ont pas pour seul objectif de réduire les inégalités sociales de santé mais elles y contribuent.

On comprend de la définition précédente que l'exercice de la médiation ne correspond pas nécessairement à une position institutionnelle mais plutôt à la capacité de faire entrer en dialogue différents acteurs. Ainsi, il ne suffit pas à un acteur d'occuper la position de coordinateur dans un partenariat pour agir comme un médiateur. Certains acteurs sont plus susceptibles que d'autres de jouer ce rôle et ils peuvent aussi rencontrer des résistances de la part de certains partenaires. Par exemple, de telles résistances ont été mises en évidence face aux transformations des métiers induites par la territorialisation de l'action publique en santé [4]. De façon générale, l'intensification des interactions entre les acteurs locaux, l'appel à la participation de la population ou l'utilisation d'une rhétorique du consensus ne sont pas des conditions suffisantes pour assurer le succès d'une stratégie, ce que des auteurs ont montré notamment à propos de l'exclusion sociale ou de la politique de la ville [2, 5, 6].

L'argument et les illustrations de ce chapitre sont tirés d'une étude empirique des pratiques des coordinateurs de partenariats intersectoriels locaux et régionaux chargés de l'orientation stratégique et de la mise en œuvre de politiques territoriales de santé dans deux régions françaises [7]. Outre l'analyse de la littérature scientifique et de textes relatifs à la politique de santé, des entretiens ont été menés avec vingt-cinq coordinateurs de programmes et de partenariats et avec certains membres de groupes de coordination de programmes dans les politiques régionales et locales. Des entretiens ont également été menés avec des responsables nationaux et régionaux des politiques de santé.

L'EXERCICE DE LA MÉDIATION

S'appuyant sur les travaux de Nay et Smith [2], on distingue deux types d'activités de médiation pour lesquels on verra ensuite que les médiateurs mobilisent des compétences différentes. Ce sont des activités cognitives, qui se rapportent à l'élaboration d'une problématisation commune des enjeux,

et des activités stratégiques, qui se concentrent sur la mise en évidence d'un intérêt commun à participer. Tous les médiateurs exercent ces deux types d'activités cognitives et stratégiques mais ils ont recours plus à l'une ou à l'autre en fonction du moment où l'on se trouve dans l'élaboration ou la mise en œuvre d'un programme de santé, de leur position institutionnelle ou du contexte dans lequel ils interviennent.

Par activités cognitives, on désigne toutes les activités qui contribuent à la traduction de connaissances et d'enjeux entre les partenaires issus de différents secteurs d'action publique et parfois des acteurs politiques. En effet, les domaines de la santé, de l'urbanisme ou du travail social n'ont pas forcément la même conception de la santé, du rôle des individus et de la société, ils n'ont pas non plus les mêmes modes d'intervention ni les mêmes priorités. Pour parvenir à une problématisation partagée de l'enjeu de l'action et des stratégies d'intervention, les médiateurs s'attachent donc à reformuler le problème qui rassemble les partenaires dans des termes qui les intéressent tous.

Par contraste, les activités stratégiques de la médiation sont plus opérationnelles : elles consistent à identifier des points d'accord et de désaccord entre les partenaires potentiels tout au long de la démarche d'élaboration et de mise en œuvre d'un projet partagé. Dans le cas de l'élaboration d'une politique de santé à l'échelle de la ville, les acteurs potentiellement concernés sont à la fois des acteurs politiques, des administrations et des associations, qui ont chacun leurs propres objectifs et missions. Ce sont, par exemple, les différents services de la ville (santé, social, politique de la ville, etc.), les autres institutions susceptibles de financer le programme comme le conseil général, l'intercommunalité, l'assurance maladie ou les services de l'État ainsi que les associations et conseils de quartiers qui interviennent dans le territoire concerné. Le rôle des médiateurs est alors de faire en sorte de trouver des solutions qui permettent la participation de tous les acteurs concernés par le problème.

LES COMPÉTENCES DES MÉDIATEURS

Les médiateurs mobilisent des compétences distinctes selon que leurs activités sont d'ordre cognitif ou stratégique : ils s'appuient respectivement sur des connaissances spécifiques et sur des compétences méthodologiques. Cependant, dans tous les cas, ils mobilisent de solides compétences relationnelles.

Des connaissances spécifiques

Pour parvenir à une compréhension commune d'enjeux intersectoriels tels que la réduction des inégalités sociales de santé, les médiateurs doivent être capables de reformuler ces enjeux dans le langage de leurs différents interlocuteurs, qu'il s'agisse de décideurs, de médecins ou d'enseignants. Pour cela, ils mobilisent des connaissances spécifiques sur les inégalités sociales de santé et sur le fonctionnement de l'action publique et sont capables d'actualiser ces connaissances. Olivier Nay et Andy Smith, les deux auteurs qui ont proposé cette distinction

entre activités cognitives et stratégiques de la médiation, parlent à ce propos de traduction au sens de Michel Callon [2, 8], c'est-à-dire de recherche de solutions de controverses (voir section V, Potvin et Aumaître).

Les débuts de la ville de Rennes dans le mouvement des Villes-Santé de l'OMS-Europe au milieu des années 1980 donnent un exemple du déploiement de compétences liées à la mobilisation de connaissances relatives à la santé. À cette époque, peu de villes s'étaient dotées de politiques de santé, encore moins de politiques visant, au-delà de l'offre de services de santé scolaire ou dentaire, à élaborer un plan transversal pour l'amélioration de la santé et des conditions de vie de la population dans les quartiers. Un des enjeux pour les initiateurs de la démarche, en particulier pour les élus, a donc été de convaincre les différents secteurs administratifs et d'intervention de la ville de la pertinence d'une telle politique à l'échelle urbaine. Pour cela, la définition de la santé comme un état de bien-être global proposée par l'OMS a été une ressource que les médiateurs ont mobilisée pour mettre en avant le fait que la santé est influencée par des déterminants sociaux tels que le transport ou l'aménagement urbain et que les compétences des villes leur permettent d'agir sur la santé *via* ces domaines d'intervention [9].

L'élaboration du programme régional de santé (PRS) *Santé des enfants et des jeunes* en Nord-Pas-de-Calais à la fin des années 1990 en est un autre exemple. Comme ce programme s'adressait à une population *a priori* en bonne santé, le comité responsable de l'élaboration du PRS s'est inspiré de la charte d'Ottawa et du modèle écologique (qui souligne l'interdépendance entre les déterminants individuels, sociaux et environnementaux de la santé) pour déterminer différents facteurs qui contribuent à la santé des enfants et des jeunes et, ainsi, délimiter les contours du programme. À ce stade, la coordinatrice du programme a joué le rôle de médiateur en animant une discussion collective sur les enjeux de la santé des enfants et des jeunes, et en encourageant des allers-retours entre les textes théoriques et les connaissances de terrain de chacun des acteurs présents dans le comité d'élaboration du programme. Cela a conduit à la planification d'un programme qui tient compte aussi bien de la santé physique et mentale des jeunes que de leur famille et des lieux de socialisation qu'ils fréquentent (crèche, école, lieux d'insertion, etc.) [7].

Dans cet exercice de reformulation des enjeux pour parvenir à une compréhension partagée d'un problème, les médiateurs s'appuient souvent sur des textes qui font autorité et qui fournissent un point de repère auquel les partenaires peuvent se référer – cela consiste à « mobiliser des alliés » pour reprendre la terminologie de M. Callon [8]. La notion d'alliés désigne des acteurs, des rapports ou tout autre document ou situation que les médiateurs peuvent mettre de l'avant pour argumenter leur point de vue. Ainsi, la charte d'Ottawa [10], qui formalise une définition globale de la santé et appelle à des politiques de santé intersectorielles, ou bien le rapport du Haut Comité de la santé publique de 1992 [11], qui propose une stratégie de prévention appuyée sur les déterminants sociaux de la santé, ont souvent été utilisés en ce sens lors de l'élaboration des PRS, et constituent de fait des alliés importants dans le développement et la formalisation des partenariats. Pour être en mesure

d'argumenter et de convaincre les partenaires dans une action intersectorielle, il est donc crucial pour les médiateurs de se former afin de maîtriser des connaissances sur les inégalités sociales de santé.

Des compétences méthodologiques

Pour leurs activités plus stratégiques, les médiateurs mobilisent des compétences méthodologiques, c'est-à-dire des méthodes de travail et des outils qui leur permettent d'accompagner les partenaires dans leurs démarches.

La première compétence repose tout d'abord sur une bonne connaissance des enjeux locaux de santé, de l'ensemble des politiques publiques pertinentes par rapport à l'objet du partenariat, des différents intervenants présents dans le territoire, de leurs intérêts et de leur positionnement les uns par rapport aux autres. Les médiateurs mobilisent ces connaissances pour faciliter l'implication des partenaires et créer des synergies entre les actions. Par exemple, un moyen utilisé pour cela est d'appuyer les nouveaux programmes de santé sur des politiques et des structures de concertation existantes. Ainsi, à Mulhouse, la politique de santé municipale s'est concrétisée par la création d'une coordination santé appuyée sur les structures de la politique de la ville. Elle rassemble donc, dans les quartiers défavorisés, les habitants, les associations et les professionnels de différents secteurs pour développer des actions de santé communautaire selon une logique participative [7].

D'autre part, les médiateurs maîtrisent souvent des outils tels que l'évaluation ou le diagnostic territorial (dans le cas de politiques territoriales de santé) ainsi que des capacités d'organisation et d'écriture qu'ils utilisent pour mettre en forme, dans un programme de santé, les connaissances de leurs partenaires quant à la population, aux interventions locales et autres. Il ressort d'entretiens réalisés avec des coordinateurs de partenariats locaux que leurs qualités d'écoute, de synthèse et de rigueur méthodologique sont essentielles pour accompagner les acteurs locaux depuis l'élaboration du programme jusqu'à la gestion quotidienne de sa mise en œuvre. Par exemple, en Nord-Pas-de-Calais au début des années 2000, des ateliers d'écriture de projets ont été instaurés pour permettre aux coordinateurs de programmes régionaux et locaux d'accompagner les intervenants dans la rédaction de leurs demandes de financement de projets et ainsi les aider à s'approprier un modèle de programmation d'actions.

Des compétences relationnelles

Enfin, que leurs activités soient cognitives ou stratégiques, tous les médiateurs ont recours à des compétences que l'on peut qualifier de relationnelles. Par là, on désigne leur capacité à établir des interactions stables et durables avec les autres acteurs des partenariats intersectoriels. Ces compétences relationnelles sont une composante importante de la légitimité des coordinateurs de partenariats intersectoriels aux yeux des partenaires – donc un élément essentiel qui leur permet de jouer le rôle de médiateur.

D'une part, adopter une posture de médiateur en retrait des intérêts locaux pour renforcer les dynamiques de coopération existantes et en susciter de nouvelles implique, paradoxalement, d'être très investi sur le terrain local afin d'établir des relations de confiance. Ainsi, un des coordinateurs du programme territorial de santé de Lille soulignait, au début de la démarche, que son rôle consistait à s'intégrer dans les réseaux et comités de pilotage de programmes en cours afin de ne pas contrarier les dynamiques de coopération existantes. Il se plaçait ainsi dans une posture de médiateur entre des intérêts locaux et une démarche descendante (la déclinaison locale des PRS) initiée par les administrations régionales de l'État, l'assurance maladie, la région et le département [7]. De façon générale, les coordinateurs de partenariats locaux soulignent que leur première tâche est d'identifier et de se faire connaître des différents intervenants, associations et institutions présents dans leur territoire.

D'autre part, la capacité des médiateurs à écouter les différents points de vue, à animer des partenariats et à faciliter des coopérations est une ressource importante dans l'exercice de leurs activités. Dans nos entretiens, la personnalité du coordinateur du programme a souvent été soulignée comme un élément essentiel à la cohésion du partenariat et à l'élaboration d'un projet partagé. Son statut est également en jeu : selon les cas, le fait que le coordinateur soit médecin ou non, qu'il ait un grade administratif ou non peut influencer sa crédibilité auprès des partenaires. C'est d'autant plus vrai dans le cas de partenariats visant la réduction des inégalités sociales de santé parce que les coordinateurs de partenariats intersectoriels sont alors confrontés à des acteurs aux identités professionnelles très différentes, qui appartiennent à des institutions dont l'organisation et les modes d'intervention diffèrent parfois beaucoup. Par exemple, les partenariats autour de la politique de la ville rassemblent souvent représentants des habitants et représentants institutionnels et associatifs : il revient alors aux coordinateurs de gérer ces différences de statut et de légitimité et les tensions qui peuvent en découler.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons proposé une analyse du rôle des coordinateurs de partenariats intersectoriels sous l'angle de la médiation, c'est-à-dire de leur contribution à l'élaboration d'un projet commun au-delà des intérêts particuliers des différents partenaires. Il s'agissait d'identifier et de comprendre les compétences que peuvent mobiliser les coordinateurs de partenariats intersectoriels pour y parvenir. Pour cela, nous avons distingué entre les activités cognitives de la médiation, qui visent à produire une compréhension commune du problème, et les activités stratégiques, plus concernées par la mise en évidence d'un objectif commun entre les partenaires potentiels.

Les médiateurs mobilisent trois types de compétences dans la conduite de ces activités : des connaissances spécifiques et des compétences méthodologiques qui sont spécifiques à la santé publique et à l'animation de partenariats ou à la gestion de projets, ainsi que des compétences relationnelles. En effet, bien que le travail partenarial et le travail des coordinateurs en particulier soient de plus

en plus formalisés, nécessitant des compétences bien délimitées (ce que l'on peut qualifier de savoirs formels à la suite de Freidson [12]), les savoirs quotidiens [13] comme les capacités relationnelles paraissent tout aussi centraux dans l'exercice de la médiation.

Enfin, la capacité des coordinateurs de partenariats intersectoriels à se positionner comme des médiateurs dépend beaucoup de leur légitimité aux yeux des partenaires. La maîtrise des compétences analysées ici peut renforcer cette légitimité, mais ce n'est pas une condition suffisante. L'action intersectorielle de réduction des inégalités sociales de santé peut, on l'a vu, susciter des résistances de la part de certains acteurs ou institutions. De plus, elle est également dépendante du contexte dans lequel ces coordinateurs interviennent : l'analyse de leurs pratiques et de leurs limites renvoie plus largement aux enjeux de l'action intersectorielle tels que le choix d'un territoire pertinent ou la participation qui sont discutés dans les chapitres suivants de cet ouvrage.

Bibliographie

- [1] Bilodeau A., Lapierre S., Marchand Y. *Le partenariat : comment ça marche ? Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal : Direction de la santé publique, 2003 : 19 p.
- [2] Nay O., Smith A. Les intermédiaires en politique. Médiation et jeux d'institutions. In : Nay O., Smith A., dir. *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action politique*. Paris : Economica, 2002 : p. 1-21.
- [3] Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., dir. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, 2000 : 448 p.
- [4] Jabot F., Loncle P. Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers. *Santé publique*, 2007, suppl. n° 1 : p. S21-S35.
- [5] Geddes M. Tackling social exclusion in the European Union ? The limits to the new orthodoxy of local partnership. *International Journal of Urban and Regional Research*, 2000, vol. 24, n° 4 : p. 782-800.
- [6] Loncle P. Partenariat et exclusion sociale en France : expériences et ambiguïtés. *Pôle sud*, 2002, n° 12 : p. 63-78.
- [7] Clavier C. *Le politique et la santé publique. Une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique (France, Danemark)* [Thèse pour le doctorat de science politique]. Rennes : Université de Rennes 1, 2007 : 553 p.
- [8] Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles Saint-Jacques et des pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, 1986, n° 36 : p. 169-208.
- [9] Clavier C. Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux. *Sciences sociales et santé*, 2009, vol. 27, n° 2 : p. 47-74.
- [10] Organisation mondiale de la santé - OMS. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa : Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique, 1986.
- [11] Haut Comité de la santé publique. *Stratégie pour une politique de santé : propositions préalables à la définition de priorités*. Paris : La Documentation française, 1992 : 116 p.
- [12] Freidson E. *Professional powers, a study of the institutionalization of professional knowledge*. Chicago : The University of Chicago Press, 1986 : 241 p.
- [13] Hirschkorn, K.A. Exclusive versus everyday forms of professional knowledge: legitimacy claims in conventional and alternative medicine. *Sociology of health and illness*, 2006, vol. 28, n° 5 : p. 533-557.

Outil de l'action en partenariat : pertinent pour les actions de réduction des inégalités

ANGÈLE BILODEAU, MARILÈNE GALARNEAU,
MICHEL FOURNIER, LOUISE POTVIN

Résumé : Conçu par des chercheurs québécois, l'outil diagnostique de l'action en partenariat permet d'apprécier la pertinence et l'efficacité d'un partenariat en santé publique. Cet outil est particulièrement approprié pour les actions de réduction des inégalités de santé, qui requièrent par définition un partenariat fort. L'enjeu est majeur : c'est ce partenariat qui apporte l'innovation et structure toute action visant à modifier les situations qui produisent les inégalités. L'outil insiste sur plusieurs idées fortes et potentiellement dérangeantes : tous les acteurs doivent être associés très tôt pour être en situation d'influencer le processus, de contrôler l'orientation de l'action tout comme la conduite du partenariat, dans un esprit de coconstruction. Les rapports de pouvoir doivent être égalitaires entre acteurs pour éviter la subordination qui entrave la controverse et l'innovation puisque c'est la résolution des controverses qui génère l'innovation. Cet outil, validé auprès de vingt-huit partenariats, se présente comme une grille de dix-huit items mesurant six conditions à réunir pour un partenariat de qualité. Il peut être utilisé dans une démarche d'évaluation mais aussi de réflexion.

Mots clés : partenariat, sociologie de la traduction, diagnostique, outil, qualité.

INTRODUCTION

L'amélioration des conditions de vie des personnes représente, pour la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS, la première priorité d'action pour réduire les inégalités sociales de santé [1].

Or, la plupart de ces conditions, tels le logement, l'accès à une alimentation suffisante et de qualité, des environnements urbains sécuritaires et propices à l'épanouissement, relèvent d'autres secteurs que celui de la santé. La poursuite d'objectifs de réduction des inégalités sociales de santé requiert donc que les acteurs sanitaires développent des alliances et des actions en partenariat avec l'ensemble des acteurs pertinents pour construire des interventions qui visent à modifier les conditions menant aux inégalités sociales de santé.

Un frein important à l'élaboration d'une argumentation convaincante pour promouvoir l'action en partenariat est le manque d'outils pour en évaluer la qualité, étant entendu que, pour avoir un effet bénéfique sur la planification et la mise en œuvre d'interventions, l'action en partenariat doit rencontrer des critères de qualité. En réponse à cette lacune, l'outil diagnostique de l'action en partenariat, présenté dans ce chapitre **[encadré 1]**, cherche à apprécier les processus de l'action collective de réseaux d'acteurs autour des dimensions clés de son efficacité telles que identifiées à partir d'une série d'études de cas. Ce chapitre décrit l'outil, ses fondements et la méthodologie de son élaboration et de sa validation. Il présente aussi ses usages et conclut avec une discussion sur sa validité.

ENCADRÉ 1

Outil diagnostique de l'action en partenariat

1. Dans notre partenariat, les acteurs concernés par le problème et les solutions sont mobilisés.

- Il manque des acteurs essentiels (secteurs ou réseaux concernés) pour bien comprendre le problème et pour concevoir des solutions adéquates.

- Les partenaires essentiels (secteurs ou réseaux concernés) sont mobilisés, mais la participation d'autres acteurs nous permettrait de comprendre plus finement le problème et de concevoir des solutions plus adéquates.

- Tous les partenaires essentiels (secteurs ou réseaux concernés) pour bien comprendre le problème et concevoir des solutions adéquates sont mobilisés.

2. Les populations qui vivent le problème participent activement à notre partenariat

- Aucun individu vivant le problème ni

organisme desservant les populations qui vivent directement le problème participe au partenariat.

- Des individus vivant le problème ou un organisme desservant les populations qui vivent directement le problème participent, mais leur point de vue est rarement pris en compte dans les décisions.

- Des individus vivant le problème ou un organisme desservant les populations qui vivent directement le problème participent, et ils ont une influence réelle sur les décisions.

3. Les partenaires sont activement impliqués dans l'analyse des problèmes et l'élaboration des solutions et non seulement dans l'exécution

- Les partenaires sont activement impliqués dans la définition des problèmes et des solutions.



- Les partenaires sont impliqués dans les décisions sur les solutions à des problèmes qui sont définis par d'autres instances telles que les institutions publiques ou les bailleurs de fonds.

- Les partenaires sont impliqués uniquement dans la mise en œuvre de solutions décidées par d'autres instances telles que les institutions publiques ou les bailleurs de fonds.

4. *Les partenaires communautaires ont une réelle influence sur les décisions*

- Les partenaires communautaires ont autant ou davantage d'influence sur les décisions que les membres institutionnels ou les bailleurs de fonds.

- Les partenaires communautaires sont entendus, mais leurs points de vue sont moins pris en compte que ceux des membres institutionnels ou des bailleurs de fonds.

Les partenaires communautaires n'influencent pas les décisions.

5. *Les partenaires sont capables de prendre des décisions et d'engager des ressources*

- La majorité des partenaires occupent dans leur organisation une position qui leur permet de prendre des décisions et d'engager des ressources dans le partenariat.

- Les partenaires représentent leur organisation, mais ne sont pas en position de prendre des décisions ou d'engager des ressources dans le partenariat.

- Les partenaires sont surtout engagés à titre individuel.

6. *L'échange sur une diversité de points de vue élargit les possibilités d'action*

- Des points de vue différents sont exprimés sans être vraiment documentés (données sur le milieu, savoirs d'expérience, études) et sans être discutés de sorte que cela ne permet pas de dégager de nouvelles pistes d'action.

- Des points de vue différents sont exprimés et documentés (données sur le milieu, savoirs d'expérience, études), mais cela ne permet pas vraiment de dégager de nouvelles pistes d'action.

- Des points de vue différents sont exprimés, documentés (données sur le milieu, savoirs d'expérience, études) et discutés et cela permet de dégager de nouvelles pistes d'action.

7. *Les partenaires sont capables d'identifier leurs divergences et de les discuter*

- Les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents et sont capables de les discuter ouvertement.

- Les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents, mais ils ne discutent que de leurs points de convergence.

- Seuls les points de vue pouvant faire consensus sont exprimés et discutés.

8. *Les partenaires parviennent à résoudre leurs divergences*

- Devant des positions divergentes, les partenaires sont capables de changer de position pour construire des compromis.

- Devant des positions divergentes, les partenaires changent rarement de position et les compromis sont rares.

- Devant des positions divergentes, les partenaires cherchent plutôt à les contourner.

9. *Les organismes partenaires maintiennent leur collaboration pour la durée des projets*

- Des organismes partenaires quittent en cours de projets et cela compromet leur réalisation.

- Le roulement des organismes partenaires fragilise ou retarde l'avancement des projets.

- Les organismes partenaires maintiennent leur collaboration dans les projets pour toute leur durée.



10. Les ressources essentielles pour réaliser l'action sont mobilisées

- Les ressources essentielles pour le fonctionnement des projets sont mobilisées.
- Il manque des ressources importantes, mais nous parvenons quand même à faire fonctionner les projets.
- Il manque des ressources indispensables, ce qui compromet le fonctionnement des projets.

11. Notre partenariat réussit à rallier les nouveaux acteurs dont il a besoin pour faire avancer ses actions

- Les partenaires ne cherchent pas vraiment à intéresser d'autres acteurs qui permettraient de consolider, d'améliorer ou de poursuivre le développement de l'action.
- Les partenaires ne réussissent pas à rallier les nouveaux acteurs qui seraient nécessaires pour consolider, améliorer ou poursuivre le développement de l'action.
- Les partenaires réussissent à rallier les nouveaux acteurs dont ils ont besoin pour consolider, améliorer ou poursuivre le développement de l'action.

12. Tous les points de vue sont traités de façon équivalente dans la discussion et la décision

- Dans les discussions et les décisions, tous les points de vue sont considérés selon leur valeur sans égard à la position sociale des partenaires.
- Tous les partenaires expriment leur point de vue dans les discussions, mais les points de vue de ceux ayant davantage de pouvoir sont davantage pris en compte dans les décisions.
- Seuls les points de vue des partenaires ayant davantage de pouvoir sont pris en compte dans les discussions et les décisions.

13. La contribution de chacun à la réalisation des actions est reconnue de façon juste

- La contribution des partenaires commu-

nautaires à la réalisation des actions est reconnue et rémunérée à sa juste valeur.

- La contribution des partenaires communautaires à la réalisation des actions est reconnue, mais n'est pas rémunérée adéquatement.
- La contribution des partenaires communautaires à la réalisation des actions n'est pas reconnue ni rémunérée adéquatement.

14. Les avantages découlant du partenariat sont répartis équitablement parmi les partenaires

- Tous les partenaires retirent des avantages réels de leur implication pour la réalisation de leur mission.
- Certains partenaires retirent davantage de retombées, mais tous sont en accord avec cette distribution.
- Certains partenaires retirent davantage de retombées et d'autres se sentent lésés.

15. Les partenaires parviennent à dépasser leurs intérêts propres pour converger vers l'intérêt des populations qu'ils ont à desservir

- Les partenaires cherchent d'abord à répondre à leurs propres intérêts.
- Certains partenaires dominent au point d'orienter l'action à leurs propres fins.
- Tous les partenaires mobilisent leurs atouts dans l'intérêt des populations qu'ils ont à desservir.

16. Les critères et mécanismes de reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi rendre compte) entre les organismes communautaires et les bailleurs de fonds sont négociés

- Les critères et les mécanismes de reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi rendre compte) entre les organismes communautaires et les bailleurs de fonds sont négociés et établis d'un commun accord.
- Les critères et les mécanismes de reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi



rendre compte) sont établis par les bailleurs de fonds suite à une consultation des organismes communautaires.

- Les mécanismes de reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi rendre compte) entre les organismes communautaires et les bailleurs de fonds sont établis par les bailleurs de fonds seuls.

17. *Les partenaires parviennent à se mobiliser autour de solutions intégrées qui dépassent la seule coordination des actions de chacun*

- Les partenaires travaillent à construire ensemble des actions nouvelles, intégrées, plutôt que de viser la seule coordination des plans d'action, programmes ou services qu'ils faisaient déjà.

- Les partenaires se consacrent surtout à coordonner les plans d'action, programmes

ou services qu'ils faisaient déjà, mais ils voient le besoin de se mobiliser autour de l'élaboration de solutions intégrées.

- Les partenaires se consacrent principalement à coordonner les différents plans d'action, services ou programmes que chacun faisait déjà.

18. *Les partenaires modifient leur rôle (ce qu'ils faisaient déjà) pour réaliser des solutions nouvelles*

- Les partenaires acceptent de modifier leur rôle pour faciliter la réalisation de projets novateurs.

- Peu de partenaires consentent à modifier leur rôle en fonction des nécessités de l'action.

- Chacun cherche à conserver son rôle indépendamment des nécessités de l'action.

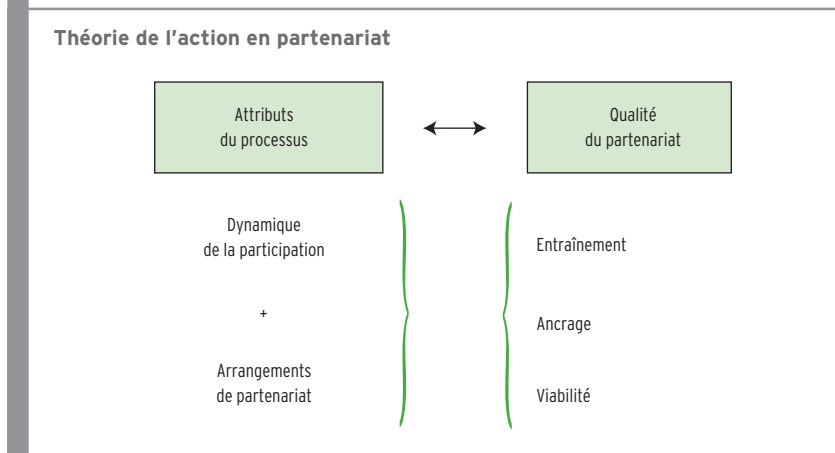
UN OUTIL BASÉ SUR DES ÉTUDES DE CAS

L'outil est fondé sur un modèle de l'action en partenariat découlant d'une série d'études de cas visant à identifier les conditions associées à la qualité des partenariats développés pour réaliser des interventions dans le domaine de la santé publique [2-8]. Dans ces études de cas, la qualité du travail en partenariat a été appréciée selon trois critères. 1) La force d'entraînement du partenariat traduit sa capacité à maintenir et à rallonger le réseau d'acteurs qui porte le projet. 2) L'ancrage du projet dans la communauté exprime sa pertinence aux yeux des acteurs et son adéquation au contexte et aux problèmes identifiés. 3) La viabilité d'un projet représente son potentiel de transformation des situations dans le sens voulu.

Dans ces études de cas, les interventions en partenariat ont été considérées comme des innovations sociales et, au plan théorique, l'analyse a pris appui sur la sociologie de la traduction [9-12]. Cette sociologie allie deux idées qui permettent de réfléchir l'action en partenariat. La première idée stipule que la mise en œuvre réussie d'une innovation repose sur la solidité du réseau sociotechnique qui la porte. La notion de réseau sociotechnique dénote la création de liens nouveaux entre des entités disparates, ce qui est le cas dans les partenariats. La deuxième idée énonce que la construction d'un réseau solide nécessite un travail incessant de traduction formé d'échanges continus et structurés entre les acteurs concernés sur le sens à donner aux actions

entreprises, collectivement et pour chacun des groupes d'acteurs. En clair, il ne s'agit pas seulement de mettre des acteurs en présence ! Pour réussir à réaliser des actions ensemble, les partenaires doivent travailler à solidifier les nouveaux liens (voir section V, Potvin et Aumaître pour un exposé plus détaillé sur la pertinence de la théorie de la traduction pour réfléchir l'action en partenariat).

Le modèle de l'action en partenariat découlant de ces études de cas et qui fonde l'outil identifie deux attributs du processus de travail en partenariat, soit la dynamique de la participation et les arrangements de partenariat, qui en conditionnent la qualité [figure 1]. La dynamique de la participation est le fruit de l'interaction entre le promoteur d'un projet (ou le coordinateur-médiateur pour reprendre les rôles développés par Clavier, section V) et les acteurs qu'il cherche à mobiliser. Cette mise en mouvement des acteurs se fait autour d'une définition de la situation qui pose problème et que l'intervention vise à transformer. Quant aux arrangements de partenariat, bien qu'ils puissent prendre diverses formes (protocoles d'entente, règlements, mémoires ou autres), ils sont le fruit d'un travail de construction de la coopération par la résolution des controverses qui divisent les acteurs, souvent sur des questions de pouvoir ou de paradigmes d'action.

FIGURE 1

La dynamique de la participation favorise la qualité du partenariat si elle rencontre quatre conditions dans lesquelles l'accès et le partage de l'information constituent l'ingrédient actif. C'est à travers un tel partage d'information, qui favorise un élargissement des possibilités de convergence parmi les intérêts des acteurs, que la participation contribue à la qualité de l'action.

1. La couverture de l'ensemble des perspectives ayant cours sur la question d'intérêt. Cette condition répond à la question : Qui participe? Dans un partenariat de qualité, la participation doit être suffisamment étendue pour rassembler la diversité des perspectives ayant cours sur la situation de sorte à élargir la zone de convergence parmi les acteurs.

2. L'intéressement précoce des acteurs pour les décisions stratégiques. Cette condition réfère à la question : À quelle étape mobiliser la participation? Dans un partenariat de qualité, les acteurs doivent être mobilisés pour les choix stratégiques et non seulement pour les aspects opérationnels. Les acteurs concernés doivent être introduits aux premières étapes de planification de l'action de sorte qu'ils contribuent à un élargissement de l'information qui éclaire la décision.

3. L'engagement des acteurs dans un rôle de négociation et d'influence sur la décision. Cette condition répond à la question : Qui contrôle la décision ? Dans un partenariat de qualité, tous les partenaires doivent être dans une position de négociation et d'influence sur la décision. Les acteurs doivent être introduits à un degré qui dépasse la consultation et qui les engage dans la négociation afin qu'ils soient en position d'influencer le processus.

4. L'engagement des acteurs stratégiques et névralgiques pour le projet. Cette condition réfère à la question : Y a-t-il des acteurs incontournables ? Dans un partenariat de qualité, les acteurs névralgiques (sans qui l'action ne peut être réalisée) et stratégiques (qui sont requis pour entraîner la participation d'autres acteurs essentiels) pour le projet doivent tous être mobilisés.

Quant aux arrangements de partenariat, ils entraîneront des gains de qualité de l'action s'ils rencontrent deux conditions [tableau I] :

TABLEAU I

Items évaluant l'atteinte des six conditions d'efficacité de l'action en partenariat

Conditions	Items
Couverture des perspectives ayant cours sur la question d'intérêt	#1, #2
Intéressement précoce des acteurs pour les décisions stratégiques	#3
Engagement des acteurs dans un rôle de négociation et d'influence sur la décision	#4
Engagement des acteurs stratégiques et névralgiques pour le projet	#5, #9, #10, #11
Égalisation des rapports de pouvoir parmi les acteurs	#12, #13, #14, #16
Coconstruction de l'action	#6, #7, #8, #15, #17, #18

5. Ces arrangements sont construits de sorte à favoriser l'égalisation des rapports de pouvoir parmi les acteurs. Il s'agit de structures et de mécanismes qui tendent à réduire l'effet de subordination découlant de l'inégalité structurelle parmi les acteurs. L'action en partenariat ne peut produire de nouvelles solutions sans un effort réussi d'égalisation des rapports entre les acteurs.

6. Ces arrangements supportent la coconstruction de l'action. Les convergences qui rallient les acteurs, comme les controverses qui les divisent, sont les matériaux pour la coconstruction de l'action. Les controverses et convergences sont les matériaux premiers de l'innovation, étant entendu que le processus innovant opère par la résolution des controverses. Les compromis

ainsi négociés sont une sorte de dosage entre les registres d'action des acteurs concernés, visant l'intérêt des populations qu'ils ont à desservir en commun.

L'ÉLABORATION ET LA VALIDATION DE L'OUTIL

L'outil diagnostique de l'action en partenariat, que nous proposons [encadré 1] permet d'anticiper la qualité des partenariats par l'appréciation des deux attributs du processus de construction d'un partenariat présentés plus haut, soit la dynamique de la participation et les arrangements de partenariat. Une première version de l'outil a été élaborée par l'adaptation d'items sélectionnés dans des outils existants [13-20] et l'élaboration d'énoncés nouveaux, de sorte à opérationnaliser les six conditions de la théorie de l'action en partenariat. L'objectif poursuivi était d'élaborer un outil apte à mesurer ces conditions tout en comportant le moins d'items possible de sorte à s'insérer dans les activités courantes des partenariats.

L'outil diagnostique de l'action en partenariat comporte dix-huit items mesurant le degré d'atteinte de six conditions associées à la qualité des partenariats. Le **tableau 1** détaille les items spécifiquement dédiés à évaluer l'atteinte de chacune des six conditions. Pour chaque item, trois énoncés décrivant chacun un degré d'atteinte de la condition sont présentés aux répondants qui doivent choisir parmi ces énoncés lequel correspond à leur expérience dans le partenariat pour lequel ils complètent l'outil. Ces séries de trois énoncés sont construites de façon à représenter des situations dans lesquelles les répondants peuvent se retrouver, leur permettant de répondre à partir de leur expérience. Ces séries de trois énoncés permettent aussi aux répondants de mieux concevoir, pour chaque item, le chemin parcouru et celui à réaliser pour améliorer leurs pratiques partenariales. La validité de contenu des items et des séries d'énoncés qui leur sont associées a été testée auprès de deux partenariats au cours de discussions de groupe.

Nous avons aussi procédé à la validation quantitative de l'outil auprès de 28 partenariats totalisant 273 participants. Chaque participant a complété l'outil, d'une manière individuelle sous la forme d'un questionnaire papier-crayon, en se référant à sa connaissance et à son expérience au sein du partenariat sur lequel on lui demandait de se prononcer. Les résultats, généralement satisfaisants, se déclinent en trois points. 1) Les jugements des répondants d'un même partenariat sont assez convergents. 2) Bien qu'en général les répondants jugent leur partenariat d'une manière très positive, on observe une variation dans les réponses. 3) L'outil permet de départager les partenariats qui ont des difficultés sur certaines conditions, par exemple, la couverture des perspectives ou l'égalisation des rapports de pouvoir. Pour ces partenariats, leurs résultats sont plus faibles pour le bloc d'items ayant trait à ces conditions.

LES USAGES DE L'OUTIL

Pour tirer profit de l'outil, le partenariat doit être plus qu'un lieu de partage d'information et de réseau ; il doit être le lieu d'une collaboration sur

un projet précis, défini dans le temps, et bénéficiant d'une allocation de ressources [4, 21]. La procédure d'utilisation est l'autoévaluation collective, insérable dans la gestion courante des partenariats. La discussion des différents énoncés et le partage d'information entre les membres d'un partenariat s'avèrent la meilleure voie pour arriver à poser un diagnostic juste sur les pratiques partenariales. Cet outil n'est pas un instrument de gestion par résultats ou de reddition de comptes. Il est destiné à être utilisé par les membres d'un partenariat s'investissant volontairement dans une démarche d'évaluation et de réflexion.

Trois options sont possibles pour effectuer le diagnostic : 1) répondre au questionnaire individuellement, puis enclencher une discussion collective sur la base des évaluations individuelles ; 2) répondre au questionnaire individuellement, compiler les réponses de tous les partenaires, puis enclencher une discussion collective ; 3) enclencher une discussion de groupe sur chacun des items afin de poser un diagnostic collectif. Notons que certains items peuvent ne pas s'appliquer à la situation de certains partenariats. L'évaluation collective peut focaliser sur les items témoignant des forces du partenariat, ou sur les items comportant le plus de réponses faibles orientant les partenaires vers l'amélioration de leurs pratiques, ou porter attention aux items dont les réponses sont très variées et pour lesquels les partenaires semblent avoir des perceptions différentes.

L'outil fournit un diagnostic se référant aux meilleures pratiques puisqu'il est fondé sur des études empiriques et sur une théorie de l'action. Il fournit une appréciation qualitative des situations et ne fournit pas, à proprement parler, une mesure puisque, notamment, la distance entre les énoncés qui servent à graduer l'atteinte d'une condition est inégale : il peut être relativement facile d'atteindre le second échelon sur un item, alors que le passage du second au troisième échelon peut être beaucoup plus ardu. L'outil permet de poser trois types de diagnostic. Premièrement, les items auxquels on ne peut trouver de réponses convergentes entre les répondants indiquent les aspects importants du partenariat qui échappent à une partie des répondants. Deuxièmement, l'identification des items pour lesquels les appréciations sont plus faibles indique que le partenariat a un problème autour de cette condition. Le même diagnostic peut être produit pour les forces du partenariat. Troisièmement, les diagnostics produits peuvent être ponctuels mais ils peuvent aussi être comparés de façon longitudinale pour un même partenariat ou de façon transversale entre plusieurs partenariats. Si plusieurs partenariats dans un contexte donné (ex. : une région sociosanitaire) rencontrent des problèmes autour des mêmes items, cela conduit à identifier des enjeux collectifs. Par exemple, si l'item #16 relatif à la gouverne : « Dans notre partenariat, les critères et mécanismes de la reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi rendre compte) entre les organismes communautaires et les bailleurs de fonds sont négociés » indique que la reddition de comptes négociée pose problème parmi plusieurs partenariats locaux relevant d'une même instance planificatrice ou d'un même bailleur de fonds, cela interpelle le niveau supérieur de la gouverne au palier régional, voire central.

CONCLUSION

La spécificité de l'outil diagnostique de l'action en partenariat est d'apprécier le degré d'atteinte des dimensions essentielles du processus conduisant à la qualité de l'action en partenariat. La validité d'un tel outil de nature qualitative réside dans sa procédure d'élaboration et de validation et dans la solidité du modèle qui le fonde.

La solidité d'un modèle tient au fait qu'il a subi l'épreuve et continue d'être ouvert aux démarches de vérification empirique. Dans le cas du modèle de l'action en partenariat énoncé plus haut, cette solidité repose d'abord sur le cadre théorique de la sociologie de la traduction issu de dizaines d'études de cas de processus d'innovation. Elle repose ensuite sur nos propres travaux d'études de cas multiples [2, 4, 8]. Au total, sept études de cas ont montré que, dans des contextes différents, les conditions spécifiées dans le modèle théorique entraînent des résultats positifs et leur contraire, des résultats inverses, venant renforcer la solidité du modèle.

Aussi, la pertinence du modèle de l'action en partenariat est renforcée par les conclusions de plusieurs recensions d'écrits portant sur le fonctionnement et les résultats des collaborations interorganisationnelles et du partenariat [7]. Ces recensions montrent que, pour opérer efficacement, les partenariats doivent être caractérisés par un rapport égal entre les acteurs sans égard à leur position sociale, par leur engagement précoce dans le processus et un contrôle réel des acteurs des communautés sur les orientations de l'action et la conduite des partenariats [22-25]. Ces conditions sont centrales dans les dimensions du modèle de l'action en partenariat à la base de l'outil, soit la dynamique de la participation, l'égalisation des rapports de pouvoir et la coconstruction de l'action. Le raisonnement de ces auteurs, appuyé sur de larges recensions d'écrits et sur des recherches portant sur de nombreuses initiatives, nous conduit à affirmer avec assez de certitude la pertinence du modèle théorique à la base de l'outil diagnostique de l'action en partenariat.

Enfin, c'est à l'usage que s'apprécie et se bonifie un outil diagnostique. Celui proposé ici a déjà montré une certaine validité et pertinence pour apprécier les conditions qui permettent d'anticiper la qualité des partenariats, en tout cas, suffisamment pour nous permettre d'en recommander l'usage. Idéalement cependant, l'utilisation de cet outil devrait être couplée à des recherches qui permettraient de définir davantage les critères de validité reconnus dans la littérature.

Bibliographie

[1] Organisation mondiale de la santé. *Comblé le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (résumé). Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008 : 40 p. En ligne :

http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf [dernière consultation le 17/06/2009].

[2] Bilodeau A., Chamberland C., White D. L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. *Revue*

- canadienne d'évaluation de programme, 2002, vol. 17, n° 2 : p. 59-88.
- [3] Bilodeau A., Lefebvre C., Allard D. *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002 : une évaluation de l'actualisation de leurs principes directeurs. Le cas des programmes de prévention du VIH/Sida chez les hommes gais dans la région de Montréal-Centre*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2002 : 120 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/098_PreventionVIHSidaGaisMtlCentre.pdf [dernière consultation le 17/06/2009].
- [4] Bilodeau A., Lapiere S., Marchand Y. *Le partenariat : comment ça marche? Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal : Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003 : 19 p. En ligne : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/guidepartenariat.pdf> [dernière consultation le 17/06/2009].
- [5] Bilodeau A., Lefebvre C., Allard D. *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002. Une évaluation de l'actualisation de leurs principes directeurs. Le cas du déploiement du programme Naître Égaux-Grandir en santé dans la région des Laurentides*. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2003 : 122 p. En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/239-NaitreEgaulsLaurentides.pdf> [dernière consultation le 17/06/2009].
- [6] Bilodeau A., Allard D., Lefebvre C., Cadrin H., Pineault M.J. Le protocole sociojudiciaire en matière de violence conjugale : une mobilisation ciblée pour une innovation limitée dans un champ fortement conflictuel. *Revue canadienne de criminologie et de justice pénale*, 2007, vol. 49, n° 3 : p. 403-422.
- [7] Bilodeau A., Allard D. Des indicateurs de l'état des lieux aux indicateurs des processus du développement social. In : Sénéchal G., dir. *Les indicateurs socioterritoriaux. Perspectives et renouvellement*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2007 : p. 221-234.
- [8] Allard D., Bilodeau A., Lefebvre C. Le travail du planificateur public en situation de participation. In : Fleury MJ., Tremblay M., Nguyen H., Bordeleau L., dir. *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Gaétan Morin, 2006 : p. 479-494.
- [9] Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'Année sociologique*, 1986, n° 36 : p. 169-208.
- [10] Callon M., Latour B. Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations ? *Perspective et Santé*, 1986, n° 36 : p. 13-25.
- [11] Amblard H., Bernoux P., Herreros G., Livian Y.-F. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris : Seuil, 1996 : 244 p.
- [12] Latour B. *Changer de société. Refaire de la sociologie*. Paris : La Découverte, 2006 : 399 p.
- [13] Watson J., Speller V., Markwell S., Platt S. The Verona Benchmark: Applying evidence to improve the quality of partnership. *Promotion & Éducation*, 2000, n° 2 : p. 16-23.
- [14] Lasker R.D., Weiss E.S., Miller R. Partnership synergy: A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *The Milbank Quarterly*, 2001, vol. 79, n° 2 : p. 179-205.
- [15] Weiss E.S., Anderson R.M., Lasker R.D. Making the most of collaboration: Exploring the relationship between partnership synergy and partnership functioning. *Health Education & Behavior*, 2002, vol. 29, n° 6 : p. 683-698.
- [16] Hardy B., Hudson B., Waddington E. *Assessing strategic partnership. The partnership assessment tool*. Londres : Office of the Deputy Prime Minister, 2003 : 49 p. En ligne : <http://www.communities.gov.uk/documents/localgovernment/pdf/135112.pdf> [dernière consultation le 17/06/2009].
- [17] Duignan P., Casswell S., Howden-Chapman P., Barnes H.M., Allan B., Conway K. *Community project indicators framework. Its use in community projects*. New Zealand: Ministry of Health. 2003 : 64 p. En ligne : <http://www>.

- [moh.govt.nz/moh.nsf/0/48f14012c1e6f9facc256ccd00083dd8/\\$FILE/CPIF0203.pdf](http://moh.govt.nz/moh.nsf/0/48f14012c1e6f9facc256ccd00083dd8/$FILE/CPIF0203.pdf) [dernière consultation le 17-06-2009].
- [18] Halliday J., Asthana S., Richardson S. Evaluating partnership. The role of formal assessment tools. *Evaluation*, 2004, vol. 10, n° 3 : p. 285-303.
- [19] Riesler J.A., Bouchard C. L'efficacité des consortiums locaux : le défi du leadership. Montréal : Cahiers du Grave-Ardec, 2004 : 22 p.
- [20] Centre for the Advancement of Collaborative Strategies in Health *Partnership self-assessment tool*. New York : New York Academy of Medicine, 2004 : 9 p. En ligne : <http://cacsh.org/pdf/psatquestionnaire.pdf> [dernière consultation le 17/06/2009].
- [21] Bourque D. *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2008 : 142 p.
- [22] Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health promotion international*, 1998, vol. 13, n° 2 : p. 99-120.
- [23] Chavis D., Lee K., Buchanan R. Principles for intergroup projects: A first look. Gaithersburg, Maryland: Association for the study and development of community, 1999 : 18 p. En ligne : <http://www.communityscience.com/pubs/CFIRO61999.PDF> [dernière consultation le 17/06/2009].
- [24] Lasker R.D., Weiss E.S. Broadening participation in community problem solving: A multidisciplinary model to support collaborative practice and research. *Journal of Urban Health Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 2003, vol. 8, n° 1 : p. 14-60.
- [25] Symes S.L. Social determinants of health: The community as an empowered partner. Preventing chronic disease. *Public Health Research, Practice, and Policy*, 2004, vol. 1, n° 1 : p. 1-5. En ligne : http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/pdf/03_0001.pdf [dernière consultation le 17/06/2009].

Marseille : expérience de démarche participative avec les ateliers santé et citoyenneté

HUGO TIFFOU ET FLORENCE LARDILLON

Résumé : Dans les quartiers populaires de Marseille, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ont intégré une démarche participative de leurs résidents. Des ateliers citoyens permettent de recueillir leurs propositions sur la santé et de les associer à la vie de la structure. L'évaluation montre que cette initiative, fondée sur un important partenariat, rend les résidents plus autonomes, y compris dans leurs démarches d'accès aux soins et aux droits, et contribue ainsi à réduire les inégalités. Mais la démarche se heurte à plusieurs difficultés : nombre de CHRS sont ainsi réticents à prendre en compte les propositions des résidents (sur l'hygiène, les repas, le sommeil, etc), faute de moyens ou de remise en cause de leur fonctionnement. Et les financements limités ne permettent pas d'élargir cette action qui n'en demeure pas moins prometteuse. Une démarche pilotée par les Ateliers Santé Ville (ASV).

Mots clés : démarche participative, Ateliers Santé Ville (ASV), Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

INTRODUCTION

Pour passer d'une consultation ponctuelle d'une population en situation de grande précarité, à une action de promotion de la santé auprès de cette même population, une réflexion sur les bonnes pratiques a été menée par le porteur de cette action innovante, en impliquant les associations et les institutions des secteurs sanitaire et social, partenaires de l'Atelier Santé Ville (ASV). C'est au prix d'une constante interrogation sur la démarche participative et citoyenne

que cette action a produit certains effets, évalués, sur les facteurs influençant les inégalités de santé. Dans ce chapitre, nous rendons compte des résultats de cette réflexion qui a été menée dans la foulée d'une évaluation formelle de l'action. Nous illustrerons, en passant, la pertinence et l'utilité de l'outil de catégorisation des résultats des actions de promotion de la santé développé par l'INPES [1].

DESCRIPTION DE L'ACTION

Les Ateliers Santé Ville de Marseille

Les Ateliers Santé Ville (ASV) de Marseille qui datent de 2002 sont parmi les plus anciens. Leur périmètre d'action recouvre de vastes quartiers de la politique de la ville. Avec respectivement 120 000 et 220 000 habitants au centre-ville et au nord de la commune, ils concernent la population la plus importante pour des ASV en France. Par ailleurs, selon l'audit du conseil national des villes de juillet 2007 [2], les ASV de Marseille traitent de situations particulièrement précaires (publics primo-arrivants, personnes sans domicile fixe, personnes en situation d'exclusion sociale et psychique). En termes de résultats, les ASV de Marseille ont servi de levier pour mobiliser des collaborations locales, notamment dans le domaine de l'accès à la prévention et aux soins, en associant à leur démarche plus de 300 partenaires associatifs et professionnels de santé libéraux, l'assurance maladie, l'assistance publique des hôpitaux de Marseille, ainsi que différentes collectivités locales.

Les Ateliers Santé Ville s'appuient sur une méthode rigoureuse : diagnostic partagé, élaboration puis mise en œuvre d'un plan local de santé publique. À chaque étape, un document est coélaboré avec les acteurs de proximité puis validé par un comité de pilotage institutionnel. Après avoir été intégré au contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) de Marseille, dans son volet santé, le plan local de santé publique est mis en œuvre pour une période de trois ans (2007-2009). Structuré autour d'objectifs, le plan propose vingt-six fiches-actions qui constituent autant de cahiers des charges pour des promoteurs de projets en santé [3]. Ceux-ci peuvent se référer à ces fiches pour répondre à des appels à projet du programme régional de santé publique, du contrat urbain de cohésion sociale, ou de la ville de Marseille. Outre cette démarche participative, commune aux ASV de France, le succès de la démarche marseillaise repose également sur la diversité, la qualité et la continuité des relations tissées entre les différents partenaires des ASV de Marseille. En terme de gouvernance par exemple, le préfet délégué à l'égalité des chances, de même que de l'adjointe au maire pour la santé participent au moins une fois par an au comité de pilotage des ASV. Un document précise le fonctionnement de ce pilotage auquel participent également l'assurance maladie, la région et l'Éducation nationale. De plus, employés par le groupement d'intérêt public pour la politique de la ville à Marseille, les quatre coordinateurs ASV peuvent compter sur le soutien de la Direction de la santé publique de la ville et des services déconcentrés de l'État, réunis en 2010 au sein de l'agence régionale de santé.

Contexte du démarrage de l'action

La genèse de l'action *Les ateliers santé et citoyenneté dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale du centre-ville de Marseille* remonte à 2004, lors du diagnostic local préalable à la rédaction du plan local de santé. Afin d'associer les publics particulièrement vulnérables à sa démarche, l'ASV sollicite l'association l'Université du citoyen dont le savoir-faire ne se situe pas dans le domaine de la santé mais dans celui du diagnostic participatif auprès des publics les plus exclus.

Le principe à la base de l'action de l'Université du citoyen est que toute personne a un savoir sur son environnement de vie et des idées pour l'améliorer. Par conséquent, elle est une ressource dans l'élaboration de ce qui relève de l'action publique. L'Université du citoyen a donc pour finalité de créer les conditions de la participation des habitants à l'action publique. Son action vise à transmettre des outils aux habitants en termes de prise de parole et de connaissance des sujets traités pour valoriser leur expertise et les mettre au service de projets individuels et ou collectifs. L'enjeu est de transformer les pratiques existantes des habitants, des professionnels et des décideurs institutionnels et politiques afin de rendre leur rencontre constructive et de leur permettre d'imaginer d'autres manières de faire pour améliorer les conditions de vie.

Le premier mandat de l'Université du citoyen a été de recenser les problèmes d'accès aux soins et aux droits des résidents des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) de Marseille. Les CHRS sont des foyers en structure collective ou à habitat diffus dans des appartements en ville. Un logement temporaire y est proposé pour une durée qui varie en général de six et dix-huit mois, ainsi qu'un accompagnement dans l'élaboration d'un projet d'insertion. Certains foyers abritent à la fois un CHRS et d'autres dispositifs comme un accueil aux demandeurs d'asile.

À l'occasion de cette consultation initiale en 2004, les résidents expriment un manque d'information sur les dispositifs d'accès aux soins et aux droits de même qu'un fort sentiment d'isolement, alors même qu'ils vivent dans une structure collective. En réponse aux besoins identifiés, le coordinateur de l'ASV et l'Université du citoyen construisent alors une action de promotion de la santé qui suit le cahier des charges d'une des fiches d'action du plan local (Action n° AS06) [4]. Depuis 2005, cette action, intitulée *Les ateliers santé et citoyenneté*, s'est déroulée dans sept CHRS du centre-ville.

L'action *Les ateliers santé et citoyenneté dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale du centre-ville de Marseille*

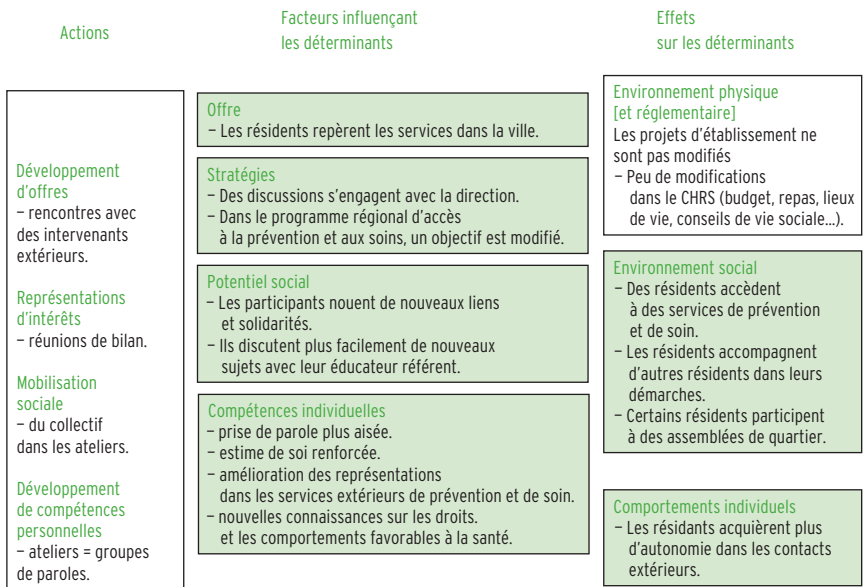
Cette action consiste à organiser et à animer dix séances collectives appelées « ateliers citoyens », au cours desquels les résidents sont invités à exprimer leurs savoirs, leurs difficultés et questionnements sur le thème « santé et citoyenneté ». L'atelier citoyen est un espace d'expression individuelle et

collective dans lequel chacun est reconnu à travers le savoir dont il est porteur. Il exclut toute idée de jugement ou d'évaluation des personnes. Au cours de chaque atelier, l'animateur salarié de l'Université du citoyen veille à mettre les participants en confiance en invitant chacun à s'exprimer et à partager ses ressources et connaissances personnelles avec les autres. Il n'apporte pas de réponses immédiates aux questions formulées mais mobilise pour cela des professionnels du secteur sanitaire, social ou juridique.

En 2007, cette action a fait l'objet d'une évaluation par un cabinet extérieur ECOVHA. Le nombre de participants par séance varie de quatre à vingt-cinq. En général, un « noyau dur » se constitue au fil des séances, mais la participation demeure instable. En 2008, les résultats, tels qu'ils sont présentés à la **figure 1**, ont été mis en forme selon un outil de catégorisation des résultats adapté à des actions de promotion de la santé [1].

FIGURE 1

Résultats de l'action « ateliers santé citoyenneté » dans les centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) du centre ville de Marseille, structurés selon une version adaptée du modèle développé par Promotion Santé Suisse [1]



LES ENJEUX ET LES MODALITES DU PARTENARIAT

L'action *Les ateliers santé et citoyenneté* repose sur une démarche participative. Celle-ci nécessite le concours et donc le partenariat entre les salariés de l'Université du citoyen et les différentes catégories d'acteurs impliquées dans ce projet. Il s'agit des équipes et de la direction des CHRS, des résidents, des professionnels extérieurs à la structure, sollicités pour intervenir dans

leur champ de compétence (sanitaire, social, juridique) et du coordinateur de l'Atelier Santé Ville.

Le partenariat avec les équipes et la direction des CHRS

La mise en œuvre de cette action dans une structure vise à donner à la participation une dimension politique. Il en résulte la nécessité d'effectuer un travail préparatoire avec l'équipe du projet et avec la direction des CHRS. L'évaluation, conduite en 2007, insiste d'ailleurs sur le rôle clé de cette étape dans la réussite de l'action.

La construction de ce partenariat repose sur l'organisation et l'animation de deux réunions d'information et de deux séminaires qui précèdent l'action et qui réunissent la direction et l'équipe de chaque CHRS. L'initiative de mettre en place cette action dans un CHRS ne peut être le seul fait des équipes. Elle nécessite l'aval de la direction ainsi que l'implication de cette dernière dans la mise en œuvre de l'action. L'enjeu de ce partenariat entre l'association l'Université du citoyen et la direction de chaque CHRS est d'intégrer l'action *Les ateliers santé et citoyenneté* dans le fonctionnement institutionnel et la prise de décision des établissements participants. Il s'agit ici de créer un cadre légitimant l'action et de garantir que ce qui est exprimé au cours des ateliers sera remonté à la direction pour être analysé et éventuellement pris en compte.

Ce travail de construction des partenariats en amont des ateliers permet d'atteindre quatre catégories de résultats qui facilitent la mise en œuvre de l'action. Tout d'abord, ce travail permet de faire prendre conscience à l'équipe et à la direction que la mise en œuvre de cette action repose sur la contribution et la transformation des pratiques de tous. Ensuite, il permet aux professionnels d'intégrer les valeurs et les principes de l'action et de l'Université du citoyen dans leur pratique professionnelle. En effet, dans les ateliers, le professionnel qui représente le CHRS doit uniquement être dans une posture d'écoute et de lien entre cet espace collectif offert aux usagers et le travail effectué dans le cadre du suivi individuel de chaque résident. Aussi, ces séminaires préalables permettent aux professionnels qui connaissent les habitudes de leur public, d'élaborer une stratégie de communication pour l'action. Il s'agit de créer de bonnes conditions de la participation des résidents. Enfin, ces séminaires servent à définir les modalités concrètes d'organisation de l'action (désignation d'un référent, inscription des avancées du projet dans l'ordre du jour des réunions d'équipe, possibilité d'aborder ce qui se passe dans les ateliers dans les réunions de supervision) de façon à articuler l'activité *Les ateliers santé et citoyenneté* qui appartient à la catégorie des actions collectives avec le travail quotidien des intervenants auprès de leurs publics. Pendant la période de déroulement proprement dite des *ateliers santé et citoyenneté*, il est demandé que l'un des membres de l'équipe d'intervenants de chaque CHRS participe à chaque séance, par exemple sur un principe de représentation tournante. Cette personne écoute et peut intervenir, mais uniquement à titre informatif, pour rappeler par exemple une règle interne. Cette présence matérialise le partenariat entre l'équipe du CHRS et l'association l'Univer-

sité du citoyen ; elle contribue à trois processus importants qui soutiennent l'atteinte des résultats. Premièrement, cette présence permet d'établir un lien entre l'espace collectif qu'est l'atelier santé et citoyenneté et le suivi individuel. En effet, l'évaluation a mis en évidence le fait que ces ateliers constituent aussi un moyen d'enrichir les sujets abordés dans les entretiens entre le résident et son éducateur de référence au sein de la structure, voire d'améliorer le lien de confiance entre eux, comme l'exprime ce témoignage recueilli en 2007. « Aujourd'hui je suis plus à l'aise avec ma référente. Nous parlons de ce qui s'est dit dans les ateliers pour voir si j'ai tout compris ; la discussion est plus facile avec elle car elle me donne aussi des conseils. » Ensuite, la participation d'au moins un intervenant sert à établir un lien entre cet espace collectif et la direction des établissements. Il s'agit, concrètement, de faire remonter les souhaits et les propositions des résidents relatifs à l'amélioration des conditions de vie individuelles et collectives à l'intérieur de l'établissement (exemples : modification de l'équilibre des repas ou de la répartition des budgets dédiés à l'alimentation et à l'hygiène corporelle). Enfin, le fait de côtoyer les résidents au cours d'une activité collective facilite l'instauration d'un changement de regard des membres de l'équipe et de la direction envers eux. L'évaluation, réalisée en 2007, a mis en évidence que la présence des professionnels aux ateliers leur permet de mieux percevoir les représentations et les souhaits des résidents concernant la santé et le bien-être comme en témoignent ces remarques d'un directeur de CHRS : « Cette personne est la dernière personne dont j'aurais pu imaginer qu'elle demande de l'aide... » et d'une éducatrice : « Les gens sont plus autonomes que ce qu'on croit. On ne fait pas assez confiance dans leurs capacités. Ces ateliers nous le révèlent de façon magistrale ».

À l'issue du cycle d'ateliers, les professionnels et la direction expriment leur appréciation sur ce dernier, les effets perçus sur le fonctionnement et/ou sur les relations au sein de leur structure, et les éventuelles attentes et projets nés de cette action. Ces différents résultats permettent ce que l'outil de catégorisation des résultats regroupe sous l'appellation élaboration de stratégies de promotion de la santé dans les institutions [figure 1].

Partenariat avec les résidents

Lors des deux premiers ateliers avec les résidents, aucune personne-ressource n'est présente. Dans le cadre de ces ateliers, une personne-ressource est un intervenant extérieur invité pour son expertise concernant un thème spécifique (par exemple un représentant de l'assurance maladie sur les droits à la sécurité sociale). Les résidents sont invités par l'animateur à donner leurs définitions du bien-être, de la santé, de la citoyenneté, à préciser ce qui contribue à l'actualisation de ces notions dans leur vie et ce qui constitue un frein à cette actualisation. Ces échanges permettent d'identifier leurs savoirs, leurs difficultés et leurs questionnements et donc de coconstruire le programme des rencontres avec les professionnels qui seront sollicités comme personnes-ressources par la suite. Cette modalité d'animation vise à positionner les

résidents au centre de l'action, ou encore comme partenaires à part entière de sa réussite. Il va de soi que si ces derniers n'expriment aucun souhait, aucune suite n'est possible. Afin de prendre en compte la rotation importante des résidents lors des ateliers, une séance sans intervenant extérieur est organisée au milieu du cycle. Celle-ci a pour but de consolider le noyau que forment les participants les plus assidus, de reprendre la démarche avec les nouveaux venus, et de construire ensemble les dernières séances.

Par ailleurs, le fait que, tout au long du cycle d'ateliers, l'animateur incite les résidents à partager des informations et des expériences sur les comportements favorables à la santé contribue à développer des interactions ou des partenariats entre les résidents. Par exemple, à l'issue d'un atelier, un résident en accompagne un autre à son rendez-vous pour des examens de santé comme le relate ce témoignage d'un participant recueilli à l'occasion de l'évaluation réalisée en 2007 : « Aujourd'hui j'ai lié des relations avec deux personnes, je les ai côtoyées lors des ateliers, on se rencontre souvent, c'est en [leur] expliquant, en traduisant les ateliers que j'ai pu lier ces relations. » Cette technique d'animation contribue également à ce que certains problèmes exposés par un participant soient résolus par un échange de conseils entre résidents.

Le dernier atelier est consacré à l'évaluation. L'animateur s'appuie sur une grille d'entretiens qui permet aux participants d'exprimer leur appréciation sur la méthode d'animation et le contenu des ateliers, et de faire un état des lieux de leurs propositions pour améliorer le bien-être individuel et collectif en interne et en externe du CHRS. Ces réunions d'évaluation ont permis à l'Université du citoyen et à l'Atelier Santé Ville de repérer avec la direction et l'équipe CHRS des points à améliorer et des actions spécifiques à mettre en place. Ainsi, suite à l'évaluation de deux cycles des ateliers santé et citoyenneté dans un CHRS, une formation intitulée « Bien-être, hygiène et vie en collectivité », a été mise en place en 2008 en direction des professionnels et des résidents afin de leur transmettre des outils et des techniques pour aborder ces sujets délicats et ainsi faire évoluer les pratiques des uns et des autres. Ce travail a été matérialisé sous forme d'une charte, d'affiches et d'articles présentés dans le centre et dans son journal.

Ces exemples illustrent comment l'animation des ateliers contribue à la construction de partenariats qui permettent aux résidents de devenir acteurs de leur santé et d'acquérir une plus grande autonomie dans leur démarche d'accès aux soins et/ou aux droits. C'est ce que l'outil de catégorisation des résultats intitule le potentiel social et l'engagement favorable à la santé [figure 1].

Partenariat avec les professionnels invités à échanger avec les résidents.

En fonction des thèmes qui émergent des ateliers, des professionnels du secteur sanitaire, social ou juridique sont identifiés comme personnes-ressources par le coordinateur de l'Atelier Santé Ville et/ou par l'Université du citoyen, au sein de leurs réseaux respectifs. Les critères de choix de ces intervenants sont leur savoir-être autant que leurs compétences, ainsi que la proximité de leur lieu de travail avec celui du centre d'hébergement.

L'animateur des ateliers rencontre ces personnes avant l'atelier afin de leur expliquer la perspective dans laquelle leur intervention s'inscrit. En effet, il s'agit pour les personnes-ressources de présenter la mission et le fonctionnement de leur structure (lieu et plan d'accès, heures d'ouverture, etc.) et d'échanger avec les résidents-participants, uniquement à partir des connaissances et des questions de ces derniers, sans livrer de messages péremptaires ou déresponsabilisants. Autrement dit, il est demandé aux personnes-ressources d'aborder les thèmes de manière large, tout en répondant à des questions précises. Au fil des cycles, certains de ces intervenants sont devenus des habitués qui connaissent bien la démarche et apprécient ces échanges, qui leur permettent de mesurer ou de confirmer l'acuité de certains besoins ou la pertinence de certaines mesures.

Ces rencontres entre les résidents et les divers professionnels du champ permettent aux premiers de réaliser trois conditions qui leur facilitent par la suite l'accès à des services de qualité. Tout d'abord, ils repèrent dans leur environnement plusieurs dispositifs de prévention auxquels ils peuvent avoir recours. Ensuite, ces rencontres favorisent l'instauration d'une relation de confiance entre eux et un professionnel qui intervient dans ces dispositifs, ce qui contribue à réduire les freins culturels et psychologiques, préalables à leurs démarches. Un participant témoignait ainsi en 2007 : « Ces ateliers m'ont permis de prendre plus de contacts avec l'extérieur. Je ne connaissais pas mes droits, aujourd'hui je suis plus autonome pour chercher du travail par exemple. » Ces rencontres permettent par ailleurs aux participants d'être sensibilisés par des professionnels sur les attitudes et les comportements défavorables à la santé. En s'adressant à ces intervenants extérieurs, qui jouent un rôle d'écoute, les participants complètent et valident leurs connaissances « profanes » sur la santé, dont ils mésestimaient la pertinence et l'utilité. Enfin, ces rencontres permettent aux résidents de mieux connaître leurs droits par rapport à leur statut et d'acquérir une plus grande autonomie dans leurs démarches administratives ou de soins. Ainsi, à l'issue d'un cycle d'ateliers citoyens, l'équipe d'un CHRS constata que les participantes faisaient preuve d'un plus grand calme face aux difficultés dans les étapes d'avancées de leurs démarches et que certaines d'entre elles avaient adopté le principe de se faire accompagner dans leurs démarches. Ce partenariat avec les professionnels extérieurs qui sont invités à échanger avec les résidents a un impact sur deux déterminants identifiés par l'outil de catégorisation des résultats : la notoriété et l'accessibilité de l'offre en matière de promotion de la santé et les compétences individuelles favorables à la santé [figure 1].

Partenariat avec l'Atelier Santé Ville

L'Atelier Santé Ville (ASV) intervient à plusieurs titres dans cette action. Premièrement, il joue un rôle de soutien à l'ingénierie de projet. À l'origine du projet, l'ASV a identifié le savoir-faire de l'Université du citoyen, il en a accompagné les principales étapes, d'une consultation ponctuelle à une action de promotion de la santé. Il a également piloté l'évaluation externe de l'action

en 2007 et contribué à la valorisation de cette évaluation en 2008. Grâce à son réseau d'acteurs de proximité et de spécialistes de prévention, il participe à l'identification des CHRS et des intervenants extérieurs. Par ailleurs, l'ASV, *via* son coordinateur, pose un cadre au projet et facilite les liens entre le promoteur du projet et les institutions. Deuxièmement, l'ASV soutient cette action auprès des institutions compétentes dans les domaines de la santé publique (Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône (DDASS 13), assurance maladie, Direction santé publique de la ville), et du développement social urbain (équipes du contrat urbain de cohésion sociale). En inscrivant l'action dans le cadre du plan local de santé publique (PLSP) 2007-2009, l'Atelier Santé Ville justifie du bien-fondé de cette action auprès des pouvoirs publics, et lui assure plus de légitimité et de pérennité. Le PLSP pose ainsi un cadre institutionnel, en délimitant un territoire prioritaire (le centre-ville de Marseille) et propose un cahier des charges précis à cette action et à son évaluation. Troisièmement, l'ASV sollicite les pouvoirs publics (DDASS, assurance maladie, groupement régional de santé publique et ville de Marseille) pour une meilleure prise en compte de la santé, telle qu'elle est exprimée par les habitants du centre-ville. C'est en faisant remonter les constats et les besoins des résidents auprès des institutions et des financeurs que celles-ci ont modifié, en 2008, un objectif du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) afin de « développer des actions visant à apporter des connaissances en santé, à redonner confiance (estime de soi, compétences personnelles) aux personnes les plus démunies, à faciliter leurs accès à certains dispositifs de prévention ou de soins [5] ». Indirectement, le travail complémentaire entre l'Université du citoyen et l'Atelier Santé Ville contribue à un engagement des pouvoirs publics à prendre en compte la parole des habitants, et donc à développer ce que l'outil de catégorisation des résultats nomme les stratégies de promotion de la santé dans les politiques et les institutions [figure 1].

SUCÈS, LIMITES DU PARTENARIAT ET PERSPECTIVES : DE LA RÉPARTITION DES RÔLES, DANS UN CADRE DE COLLABORATION, À LA TRANSMISSION DU SAVOIR-FAIRE

La valorisation de cette action par l'animateur de l'Université du citoyen et le coordinateur de l'Atelier Santé Ville auprès des financeurs a permis à cette initiative d'être financée chaque année et de faire l'objet d'une évaluation. Cette dernière a permis aux institutions d'estimer ses qualités en terme de promotion de la santé. Parallèlement, les équipes et directions des CHRS ont gagné en confiance dans cette approche ascendante et collective, qui se démarque d'une activité occupationnelle plus couramment proposée à leurs résidents.

Les résultats évalués de cette action semblent reposer sur les liens de confiance qui se développent entre les acteurs concernés. Si la qualité des partenariats peut être améliorée par des bonnes pratiques que nous avons exposées précédemment, les retombées partenariales de ce travail connaissent de réelles

limites. L'évaluation externe réalisée en 2007 et la réflexion à laquelle celle-ci a donné lieu ont permis d'identifier cinq de ces limites :

1. Planifiés sur cinq mois environ, les ateliers santé et citoyenneté revêtent un caractère ponctuel pour des personnes dont le parcours de réinsertion sera souvent beaucoup plus long.
2. Les propositions des résidents sont globalement peu prises en compte par les directions des CHRS, notamment lorsqu'elles ont un impact financier ou organisationnel sur la structure. Les directions semblent avoir du mal à intégrer une approche collective qui est source de remise en cause des pratiques et du fonctionnement du foyer.
3. Les interventions des professionnels qui agissent comme personnes-ressources dans les ateliers peuvent mettre en lumière certaines lacunes des salariés concernant la connaissance qu'ils ont de certains dispositifs, particulièrement complexes et évolutifs, comme celui du droit de la sécurité sociale.
4. Les équipes des CHRS sont souvent surchargées et se renouvellent vite. Elles disposent de peu de temps pour réfléchir à la manière d'intégrer les propositions de changements dans les pratiques ou dans le fonctionnement de la structure. Aussi peut-il être intéressant de répéter deux ans de suite une série d'ateliers dans le même centre d'hébergement. Ceci, cependant, limite à terme le nombre de structures bénéficiaires, puisque le promoteur de l'action n'a les moyens de proposer cette action qu'à deux ou trois structures par an.
5. Toujours faute de temps, rares sont les liens noués entre ces invités et les professionnels des CHRS.

Il résulte de ces différents freins que les résultats de l'action ont un caractère essentiellement individuel : un résident en accompagne un autre dans ses démarches, un groupe particulièrement motivé s'inscrit à une association culturelle ou sportive, mais ces initiatives demeurent peu formalisées au sein des structures. Souvent, des réflexions s'engagent au sein des CHRS (lieux d'écoute, règles pour la cuisine, l'hygiène, le sommeil) mais le fonctionnement des foyers évolue peu.

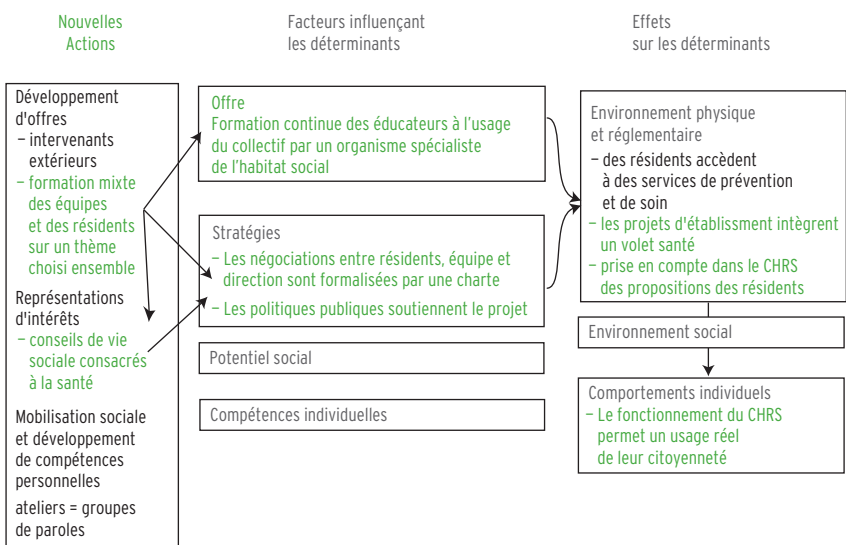
À ce stade-ci, trois évolutions de l'action sont envisagées afin de pérenniser l'action et garantir son efficacité. Premièrement, la prise en compte par les équipes et les directions des CHRS des propositions des résidents doit être améliorée. En particulier, les conseils de vie sociale, instances paritaires (direction, équipe et représentants des résidents) instituées par la loi dite 2002-2, pourraient s'ouvrir au thème de la santé, afin de prolonger la réflexion engagée dans les ateliers santé et citoyenneté. De même, comme le préconise un rapport interne de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale de décembre 2006 [6], la santé pourrait être intégrée dans le projet d'établissement des centres d'hébergement. Deuxièmement, il faut développer une formation pour les professionnels à des méthodes de promotion de la santé, afin qu'ils soutiennent la santé comme un thème important de débat et de vie

dans le centre d'hébergement. La question se pose ici de la transmission du savoir-faire de l'Université du citoyen à des acteurs de l'hébergement social. Ceux-ci pourraient ainsi acquérir les moyens de s'initier à la méthode utilisée dans les ateliers santé et citoyenneté, puis en faire usage dans le fonctionnement non pas de leur structure mais plutôt d'une structure du même type. Une telle évolution demandera du temps et des ressources car l'approche collective et participative des résidents n'est pas une pratique professionnelle répandue dans les CHRS. Troisièmement, il faut accroître la valorisation de l'approche collective dans les formations initiales et continues en travail social et ingénierie sociale, afin que la participation des résidents soit moins perçue comme une source de déstabilisation par la direction et les équipes dans les CHRS. Ce témoignage d'une éducatrice dans le cadre de l'évaluation de 2007 indique la voie à suivre : « La question de l'expression des usagers permet que l'on chemine de concert sur certains points. Elle permet de renforcer les analyses de l'équipe. Nous ne devons plus la voir comme dérangeante. »

La **figure 2** applique à nouveau l'outil de catégorisation des résultats. Il illustre plus particulièrement comment ces trois nouvelles perspectives pourraient améliorer cette action déjà très innovante de promotion de la santé auprès de publics particulièrement vulnérables et désireux de prendre la parole sur la question de leur santé et de leur bien-être.

FIGURE 2

Perspectives de renforcement de l'action, selon l'outil de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse



CONCLUSION

Les principes et les valeurs de la démarche participative proposée par le promoteur de cette action qui, rappelons-le, n'a pas de compétence particulière dans le domaine de la santé, contribuent à modifier les pratiques de chacun des acteurs. En d'autres termes, chaque partenaire retire des bénéfices de cette action.

L'outil de catégorisation des résultats des actions de promotion de la santé, proposé par Promotion Santé Suisse et adapté aux fins de cette action, a permis aux rédacteurs de cet article et en particulier au promoteur d'identifier les effets qualitatifs de cette action mais aussi des critères d'évaluation de la démarche participative. Parmi les éléments évalués qui contribuent à la réussite de cette action de promotion de la santé, la coconstruction ou le partenariat avec les usagers est celui qui a le plus d'effets sur les facteurs influençant les inégalités de santé. C'est aussi ce qui permet aux résidents des CHRS, qui appartiennent à la catégorie des publics précaires, de passer du statut d'usager à celui de citoyen.

Bibliographie

- [1] Cloetta B., Spörri-Fahrni A., Spencer B., Ackermann, G., Broesskamp-Stone U., Ruckstuhl B. Promotion Santé Suisse. *Guide pour la catégorisation des résultats. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention.* Adapté pour la France par l'INPES. [Document en ligne]. 2010. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf [dernière consultation le 1^{er} juillet 2009]
- [2] Conseil national des villes. *Avis du Conseil national des villes sur les Ateliers Santé-Ville. Saint-Denis : CNV, 2007 : 8 p.* En ligne : <http://www.crdsu.org/inclusions/getfichier.php?id=1067> [dernière consultation le 1^{er} juillet 2009].
- [3] Centre de ressources pour la politique de la ville Provence-Alpes-Côte-d'Azur. *Les Ateliers Santé Ville et les plans locaux de santé publique de Marseille* [site Internet]. 2010. En ligne : http://www.crvp-paca.org/2-politiqueville/niveau_regional_asv_mars.php [dernière consultation le 1^{er} juillet 2009].
- [4] Centre de ressources pour la politique de la ville Provence-Alpes-Côte-d'Azur. *Action n° AS06 : Ateliers Santé Citoyenneté dans les CHRS du centre-ville de Marseille.* Saint-Denis : CNV, 2007 : 2 p. En ligne : http://www.crvp-paca.org/2-politiqueville/asv/depot_tableaux/depot_fiches/ACCES_SOINS_2ASV/ficheAS06_sante_citoyennete.pdf [dernière consultation le 1^{er} juillet 2009].
- [5] PRSP Paca. Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des personnes les plus démunies. *PRSP 2005-2009. Cahier des charges 2008.* Marseille : PRSP Paca, 2008 : 8 p. En ligne : <http://www.grsp-paca.sante.fr/subv2008/cahierdescharges2008prog19.pdf> [dernière consultation le 2 juillet 2009].
- [6] Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS). *Guide méthodologique de l'accompagnement santé. Recueils et Documents, décembre 2006, n° 40 : 74 p.* En ligne : http://www.feantsa.org/files/Health%20and%20Social%20Protection/Reference%20Documents/fr_guide_health_homelessness.pdf [dernière consultation le 04/04/2010].

Bouches-du-Rhône : articuler l'action locale et régionale pour réduire les inégalités de santé

MIREILLE FLOCH LAVIT

Résumé : Dans le département des Bouches-du-Rhône, des plans locaux de santé publique, intégrant une approche de promotion de la santé et de lutte contre les inégalités, ont été mis en place au niveau des communes et de leurs quartiers défavorisés. Ces plans fonctionnent en articulation avec la politique régionale de santé ; ils permettent de soutenir des actions au plus près des populations et de leurs besoins. Ainsi onze communes – dont Marseille et Aix – se sont dotées d'Ateliers Santé Ville dans ce cadre. Ces plans ont permis de faire remonter les besoins des habitants au niveau régional et sont désormais financés plus largement, grâce au partenariat instauré entre ces territoires locaux et la région. Un partenariat instructif qui réunit les services de l'État, les collectivités territoriales, les communes et l'ensemble des professionnels intervenants dans le sanitaire et le médicosocial. Alors que les agences régionales de santé (ARS) se mettent en place en France, cette approche par territoire et par population – plutôt que par pathologies et risques – est à considérer, car elle permet d'agir à la base sur les déterminants des inégalités de santé.

Mots clés : partenariat, politique régionale de santé, Atelier Santé Ville, plans locaux de santé publique.

Il n'est plus à démontrer que le champ de compétences des collectivités locales (villes, établissements publics de coopération intercommunale, départements, régions) intègre largement la santé publique. Par leur action dans des domaines aussi divers que le logement, les transports, les cantines scolaires, etc., elles ont un impact certain sur les déterminants de santé. Les

lois de décentralisation successives leur ont d'ailleurs confié l'action sociale, leur permettant d'agir directement sur la réduction des inégalités sociales. Toutefois, en France, la santé reste une mission essentielle de l'État. Dans ce contexte, les collectivités locales entendent se voir reconnaître par l'État comme des interlocuteurs incontournables s'agissant des besoins de santé de leur territoire et des réponses à y apporter, tout en conservant toute latitude sur leurs domaines d'intervention et les moyens à y consacrer. L'État, quant à lui, demeure seul décideur pour fixer les priorités de santé, mais a un intérêt majeur à ce que ces priorités trouvent une déclinaison opérationnelle efficace sur l'ensemble du territoire national.

On pourrait craindre que ces logiques ascendantes et descendantes, par les contradictions qu'elles portent en germe, s'opposent à une action commune sur les inégalités sociales de santé. Or, c'est justement au point de jonction de ces deux logiques que se situe précisément le terreau d'une construction partenariale transversale et concertée pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Après avoir décrit et analysé les controverses posées au croisement des logiques ascendantes et descendantes, ce chapitre présente des organisations, des méthodes et des partenariats mis en œuvre à la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS) des Bouches-du-Rhône, pour y apporter des réponses. Il précisera enfin les points sur lesquels la vigilance doit être maintenue, ainsi que les facteurs de réussite et les conditions nécessaires à la poursuite d'un partenariat territorialisé de lutte contre les inégalités sociales de santé.

LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET LA PLACE DES COLLECTIVITÉS LOCALES, DES ÉVIDENCES DONT LA TRADUCTION EN TERME DE PROGRAMMATION ET DE PRATIQUE PARTENARIALE NE VA PAS FORCÉMENT DE SOI

Il y a aujourd'hui une large convergence pour considérer que la lutte contre les inégalités sociales de santé doit se traiter au plus près des populations. L'autorité chargée d'analyser les besoins, puis de planifier et programmer des politiques, va donc forcément être confrontée à la question du choix du territoire le plus pertinent pour que la question des inégalités de santé soit prise en compte. La détermination du territoire adéquat dépasse cette seule question, puisque ce même territoire servira de support à la définition de l'offre de soins sanitaire et médicosociale pour l'ensemble de la population et non seulement pour les plus précaires d'entre eux. Le choix du lieu où s'établira le diagnostic des besoins, où seront croisés indicateurs de santé et indicateurs sociaux, et où se décidera le plan d'actions, est donc déterminant. Chaque région définit ses territoires de santé et de proximité. En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le territoire de proximité épouse peu ou prou les contours des communautés d'agglomération. Le département des Bouches-du-Rhône comprend ainsi six territoires de proximité.

Convaincue que la question des inégalités sociales de santé devait se traiter en agissant en priorité auprès des publics cumulant les indices de précarité sociale, la DDASS des Bouches-du-Rhône s'est fortement mobilisée depuis huit ans pour développer un niveau d'observation et de plan d'actions plus fin : celui des villes, et, plus particulièrement, celui des quartiers bénéficiant de contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) signés entre l'État, les villes et d'autres partenaires volontaires. Le CUCS identifie en effet des quartiers d'intervention prioritaire, car présentant les inégalités sociales les plus criantes. En effet, ces quartiers ont été repérés comme en grande difficulté, sur la base notamment d'un revenu médian des ménages inférieur de 30 à 50 % au revenu des ménages de l'unité urbaine. Ces quartiers exigent un effort de rattrapage important et des moyens d'intervention accrus et ciblés de l'État et de ses partenaires. Or, le volet santé des CUCS était peu ou pas développé. C'est pourquoi la DDASS s'est activement saisie d'un outil mis à la disposition des acteurs locaux par la direction interministérielle à la ville en 2000 : les Ateliers Santé Ville (ASV). Elle a proposé aux partenaires volontaires de produire, ensemble, des plans locaux de santé publique couvrant le champ de la promotion de la santé. Ont répondu présentes les villes de Marseille et de Salon-de-Provence puis, progressivement, celles d'Aix-en-Provence, Martigues, Port-de-Bouc, Port-Saint-Louis-du-Rhône, Arles, Aubagne, La Ciotat, Vitrolles et Miramas, soit onze villes.

Toutefois, cette démarche départementale avait précédé l'élaboration du plan régional de santé publique (PRSP). Il s'est agi dès lors de concevoir des modes opératoires permettant d'articuler les besoins de santé des publics en difficulté sociale ressortant des diagnostics locaux des ASV, avec le diagnostic régional, lequel aboutirait à la détermination des objectifs du PRSP. Il s'est agi également de porter les priorités d'actions des plans locaux dans le PRSP, afin que ces dernières y trouvent une traduction possible, tant en terme d'objectifs qu'en terme financier. Lors de l'élaboration et de la mise en œuvre du PRSP, la DDASS a donc pris appui sur cette base partenariale éprouvée afin de la conforter et d'articuler les deux logiques. Cela paraissait d'autant plus indispensable que les logiques initiales pouvaient différer de façon sensible. En effet, la loi de santé publique de 2004 et le programme régional qui en découle, privilégient une approche par pathologie ou par risque. Les ASV ont, eux, privilégié une approche par territoire et par population. Par ailleurs, comme l'analyse le Haut Comité de santé publique dans son rapport d'octobre 2008 : « [...] si dans la majorité des cas la coopération entre les deux principaux financeurs (État et assurance maladie) [...] a renforcé un dispositif déjà existant d'appel à projets unique, il faut constater une mobilisation irrégulière des collectivités territoriales au sein des groupements régionaux en santé publique. [...] Parmi les éléments d'explication, figure au premier plan la crainte des collectivités territoriales, du moins dans un premier temps, d'avoir à contribuer financièrement à une enveloppe commune sans avoir une réelle marge de décision, le président du groupement régional concentrant à lui seul la majorité des voix. Cette situation tient également au souhait de ces collectivités de maîtriser les politiques de prévention qu'elles mettent en œuvre. » (11, p. 9.)

Les résultats recherchés étaient en effet multiples. Dans un mouvement ascendant, il s'agissait de :

- faire remonter au niveau régional les diagnostics locaux des besoins de santé des personnes en difficulté sociale, ainsi que les objectifs et priorités d'actions des territoires, à partir d'un pilotage partagé État, ville, assurance maladie et conseil régional ;
- contribuer à l'évolution des objectifs des programmes du plan régional pour tenir compte des besoins des territoires ;
- faire accéder aux financements régionaux de droit commun les actions des plans locaux.

Dans un mouvement descendant, les objectifs étaient de :

- favoriser la prise en compte, par les plans locaux, des publics et territoires ciblés par le niveau régional comme prioritaires le cas échéant ;
- mettre en place les conditions les plus favorables à la déclinaison opérationnelle des priorités régionales localement ;
- accompagner les porteurs de projets, dans les territoires, pour améliorer la qualité des projets et mieux articuler les dispositifs (plan régional de santé publique, contrats urbains, plan santé mentale, etc.).

DES COLLABORATIONS ÉPROUVÉES, SUPPORT AU DÉVELOPPEMENT D'UNE CIRCULATION ASCENDANTE ET DESCENDANTE DYNAMIQUE ENTRE LES TERRITOIRES ET LA RÉGION, QUI S'EST APPROFONDIE ET OUTILLÉE DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES

Les fondations d'origine : des partenariats à géométrie et engagement variable autour du noyau dur État/ville

Outre l'État et les villes, le conseil régional et la Caisse primaire d'assurance maladie ont été des partenaires dès l'origine des ASV. Le conseil général, quant à lui, n'a pas souhaité, pour l'heure, s'impliquer au niveau politique et financier même si ses techniciens (protection maternelle et infantile, revenu minimum d'insertion, maisons de la solidarité) ont activement contribué à enrichir les diagnostics et ont collaboré à la mise en œuvre des plans locaux. D'autre part, le chef de projet du CUCS est membre du comité de pilotage, ce qui permet de faire le lien avec la politique de santé publique sur les quartiers d'intervention prioritaire.

Il a été entendu, dès l'origine, que les membres du comité de pilotage local se devaient d'avoir un niveau de représentation suffisant pour s'engager à porter au sein de leur institution les priorités du plan local, à en favoriser l'intégration et le financement dans les différents plans, schémas et programmes, et ce de façon intersectorielle. Ainsi, par exemple, la ville est représentée au sein du comité de pilotage par l' élu à la santé mais également, selon les territoires, par d'autres élus municipaux, permettant ainsi d'intervenir sur plusieurs déterminants de santé.

Le comité de pilotage local interpelle par ailleurs, au besoin, les plans et les schémas sociaux et sanitaires qui ne sont pas de sa compétence directe, mais qui contribuent à la réduction des inégalités de santé. Ainsi, par exemple à Marseille, un focus a été fait sur la santé dans l'habitat – accès aux soins, logement des personnes handicapées psychiques, incidence des hépatites, de la tuberculose, de la teigne, de la gale – impliquant ainsi des opérations de rénovation urbaine, le plan santé mentale, en plus de la veille sanitaire dans les quartiers. De même, à Aix-en-Provence et à Vitrolles, le repérage des besoins des mères défavorisées pour mieux accueillir leur enfant a conduit à solliciter positivement le plan périnatalité.

Par ailleurs, le préfet pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, signataire des CUCS, assure un fort soutien aux ASV depuis l'origine et préside un comité de pilotage départemental, constitué des élus santé des villes dotées d'un ASV, de la Caisse primaire d'assurance maladie, du conseil régional et du conseil général. Réuni une à deux fois par an, ce comité de pilotage a pour objet de mieux prendre connaissance des politiques de chacun, de délibérer sur les orientations communes à plusieurs territoires et de mutualiser les outils et méthodes. Lors de la mise en place du GRSP, la DDASS des Bouches-du-Rhône a transformé cette instance en plate-forme d'animation territoriale.

Une méthodologie structurante, laissant la place aux spécificités locales

Le partenariat s'est rodé en un apprentissage collectif, à partir d'une méthodologie construite peu à peu en commun, non sans tension parfois sur les rôles et les compétences de chacun, mais dans un dialogue permanent. Autour d'un coordinateur qualifié en santé publique (doté d'un diplôme universitaire supérieur en santé publique) et d'un comité de pilotage local réuni à un rythme régulier, la méthodologie a été conçue comme devant être suffisamment structurante. Cette méthodologie comporte : un diagnostic établi sur le croisement de données objectives sanitaires et sociales au niveau du territoire (voir **encadré 1** ci-après) et sur la consultation des professionnels sanitaires et sociaux et des habitants ; le choix de priorités par le comité de pilotage local à

ENCADRÉ 1 Observation sanitaire et sociale

L'observation croisée sanitaire et sociale a été développée dans les Ateliers Santé Ville (ASV) : création d'un observatoire local à Salon-de-Provence, enrichissement d'un observatoire préexistant à Martigues/Port-de-Bouc et La Ciotat ; et,

enfin, élaboration d'une base de données départementale constituant un socle permettant aux coordinateurs ASV de mettre à jour le diagnostic local sans être obligés de solliciter de façon dispersée les détenteurs de données.

l'issue du diagnostic ; une animation par le coordinateur ASV de groupes de travail réunissant des professionnels sanitaires et sociaux et, dans la mesure du possible, des habitants ; le choix des actions à partir de la production de ces groupes de travail par le comité de pilotage, l'ensemble d'entre elles constituant le plan local. Cette méthodologie se devait également d'être suffisamment souple pour tenir compte des spécificités locales (choix des outils de consultation des acteurs, mode de communication sur la démarche, etc.).

Le comité de pilotage local de chaque ASV est ainsi le lieu d'échanges, de débat sur les contraintes et les opportunités respectives, les orientations et les priorités, lieu de négociation et de choix, lieu de décision. Il suppose que des arbitrages soient clairement posés et que les plans locaux soient visibles pour les professionnels de terrain, d'une part, et par les partenaires institutionnels en charge des différents dispositifs sanitaires et sociaux, d'autre part.

La cohérence départementale est recherchée au travers d'une animation régulière par la DDASS des coordinateurs. Outre l'échange de pratiques et l'élaboration d'outils communs, ces rencontres ont également pour objet de donner aux coordinateurs toutes informations utiles sur l'évolution des objectifs du PRSP et des procédures. Par ailleurs, le préfet pour la cohésion sociale et l'égalité des chances finance un accompagnement méthodologique renforcé des coordinateurs, pour les aider notamment dans l'actualisation de leurs plans locaux. Cette animation est gage d'une qualification constante des coordinateurs et des membres des comités de pilotage locaux.

L'organisation interne des services de la DDASS a dû être également repensée, d'une part, pour accompagner l'articulation santé/social et, d'autre part, pour dégager le temps de pilotage et d'animation nécessaires à la dynamique du dispositif territorial. Ainsi, pour chaque territoire de proximité, une même personne de la DDASS est désignée à la fois comme référent territorial du plan régional et comme référent territorial des CUCS. À ce titre, elle instruit et participe à l'évaluation des projets déposés tant dans le PRSP que dans le contrat urbain. Le gain est indéniable en terme de cohérence, tant sur le contenu des actions que sur leur cofinancement.

Ces modalités de travail ont apporté une plus-value certaine en terme de pilotage et de suivi approfondi dans un système complexe où foisonnent partenaires, actions, problématiques, et où la prise en compte des inégalités sociales de santé suppose un croisement permanent entre le PRSP et la politique de la ville. Il ne faut toutefois pas omettre de signaler que ces modalités sont très consommatrices de temps.

LES EFFETS DE CETTE CONSTRUCTION COMMUNE SUR L'ARTICULATION ENTRE LES NIVEAUX LOCAL ET RÉGIONAL

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la démarche régionale a rejoint la démarche initiée dans les Bouches-du-Rhône lors de la phase d'élaboration du PRSP. En effet, des consultations ont été organisées par territoire de proximité, à partir du dire des experts (données statistiques de santé) et en présence d'une

large palette d'acteurs des champs sanitaires et sociaux. À cette phase, les diagnostics locaux des ASV ont fortement nourri les échanges. Des problématiques, telles que la santé psychique et le lien parentalité/ santé des jeunes, qui n'apparaissaient pas prioritaires au vu des seules données objectives de santé, ont pu être prises en compte dans le programme régional. D'autre part, le matériau mis au débat a été significativement plus riche dans les territoires ayant un ASV. Les partenaires ayant une meilleure connaissance réciproque et une antériorité de dialogue sur les constats et les besoins, il a été plus aisé d'aboutir à un consensus sur les priorités à dégager et sur des propositions construites.

En fondant le comité de pilotage départemental des ASV en une plate-forme d'animation territoriale, la DDASS a, par ailleurs, eu pour but de permettre aux territoires d'étayer le dialogue à conduire avec les pilotes du PRSP. La DDASS des Bouches-du-Rhône a œuvré, notamment par cette instance, pour que la mobilisation de l'État et des communes au sein des ASV soit mise au service d'une plus grande fluidité de la rencontre entre le local et le régional et favorise la prise en compte des publics des quartiers prioritaires dans les objectifs de santé.

Elle s'est élargie aux représentants de l'ensemble des communes ayant adhéré au Groupement régional de santé publique (GRSP), au-delà donc des communes ayant un ASV. On a pu remarquer toutefois que le noyau dur, en terme de participation, est resté celui des villes dotées d'un ASV. La plate-forme a, par ailleurs, maintenu son ouverture au conseil régional et au conseil général, alors même que ces collectivités ont décliné l'offre qui leur était faite d'adhérer au GRSP.

À noter également que si de nombreuses communes ont adhéré au GRSP en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, elles n'ont cependant pas souhaité fondre leurs crédits d'intervention en santé publique avec ceux de l'État et de l'assurance maladie. Or, il est intéressant d'observer que ces mêmes acteurs, ainsi que le conseil régional, ont maintenu leur contribution financière à l'animation des plans locaux en santé publique et ont mobilisé leurs crédits d'intervention pour les mettre en œuvre. Enfin, les techniciens du conseil général demeurent présents dans les groupes de travail des ASV, et cette collectivité est également représentée, certes de façon irrégulière, mais de plus en plus accentuée depuis un an, au sein de la plate-forme d'animation territoriale. On peut faire ici l'hypothèse que les passerelles construites entre la politique de la ville et les politiques de l'État en matière de santé publique, antérieurement à la mise en place du GRSP, ont été des facteurs importants de la poursuite de ce partenariat.

S'agissant du dialogue à construire entre les territoires et les pilotes du programme régional de santé, il a pris en particulier racine au moment de l'instruction des projets. Dans un premier temps, le GRSP a considéré que les plates-formes d'animation territoriale ne devaient avoir qu'un rôle de consultation. Par la suite, sur l'insistance des partenaires locaux, le GRSP a mieux équilibré les rôles de chacun, la plate-forme d'animation territoriale validant désormais les priorités d'actions proposées aux pilotes du programme régional.

Par ailleurs, la DDASS réalise annuellement une étude qualitative, avec les coordonnateurs ASV, à l'issue des programmations du PRSP et de la politique de la ville, croisant les objectifs des plans locaux et du PRSP, afin de dégager les points de convergence et de divergence et les évolutions souhaitables. Cette étude complète l'analyse prospective que les élus sont invités à faire, sur leurs priorités de santé publique, lors des réunions de la plate-forme territoriale. Ceci permet ensuite une négociation sur les objectifs du PRSP. De même, ce travail rend visible, pour chaque territoire, les cofinancements opérés au titre des quartiers en difficulté et du PRSP.

La volonté affirmée des villes ayant mis en place des ASV, de la Caisse primaire d'assurance maladie et de l'État de considérer comme prioritaires les actions émanant des plans locaux, tant dans les programmes régionaux que dans les contrats urbains, s'est traduite par une appropriation de cette posture par plusieurs pilotes régionaux et par une augmentation très sensible de la part de ces actions dans les financements régionaux.

Enfin, la plate-forme d'animation départementale a plusieurs fois fait observer aux instances régionales que des actions pertinentes des plans locaux ne trouvaient pas de réponse dans les objectifs du PRSP, souvent très ciblés, alors même que ces actions répondaient pleinement à des objectifs stratégiques reconnus par le PRSP. L'évaluation intermédiaire du PRSP, en 2008, a abouti au même constat et a préconisé une territorialisation accrue du PRSP. Récemment, la décision a été prise par le GRSP d'octroyer une enveloppe spécifique, sur trois territoires, à titre expérimental, pour permettre le financement de ce type d'actions.

On peut par contre regretter que les plans locaux n'aient trouvé aucun écho dans le programme de santé au travail. De même, la déclinaison par les pilotes du PRSP de leurs priorités, par territoire de proximité, est encore peu effective. Il s'agit pourtant là d'une étape incontournable de négociation régulière entre le local et le régional sur la comparaison de l'analyse des besoins, les choix qui en découlent et les engagements réciproques.

Du côté descendant, le service Santé publique de la DDASS organise des rencontres entre les coordinateurs des ASV et les autres responsables de service de la DDASS (offre de soins, offre médicosociale, santé environnementale, veille et sécurité sanitaire), afin que des échanges fructueux aient lieu. Les responsables de services de la DDASS repèrent tout à la fois en quoi les priorités des plans locaux en santé publique interagissent avec les politiques publiques qu'ils mettent en œuvre, et en quoi la connaissance fine des enjeux locaux par les coordinateurs peut leur être utile dans la déclinaison territoriale de ces politiques régionales et nationales. Ils peuvent, en retour, faire part aux coordonnateurs ASV des orientations, priorités, limites, arbitrages des politiques publiques de l'État, permettant à ces derniers d'intégrer ces éclairages aux réflexions à conduire en vue de la mise en œuvre des actions de leurs plans locaux, d'une part, et de leur actualisation, d'autre part. Les responsables de service mettent, par ailleurs, à disposition des coordonnateurs ASV, les données territoriales dont ils disposent.

Le mouvement descendant du PRSP vers les territoires implique, par ailleurs, que l'ensemble des porteurs de projet soient informés des objectifs opérationnels des pilotes et de leur évolution. Cette rencontre s'opère lors d'une réunion annuelle de programmation à laquelle sont conviés les porteurs de projet ainsi que les coordonnateurs ASV, dans leur fonction de ressource locale.

D'autre part, les artisans des plans locaux en santé publique ont tous fait valoir que le travail en réseau entre les acteurs du sanitaire et du social apparaissait comme un facteur indéniable de progrès dans la prise en charge du parcours des personnes présentant un cumul de facteurs d'inégalités de santé. Or, les réseaux sont peu ou mal financés, ou doivent obéir, pour obtenir les quelques financements dédiés à cet effet, à des contraintes méthodologiques fortes que les réseaux débutants ne peuvent guère atteindre. La DDASS a donc obtenu du préfet pour la cohésion sociale et à l'égalité des chances qu'il consacre une partie de ses crédits à la structuration de réseaux ou d'ébauche de réseaux locaux, portés dans les plans locaux en santé publique. Cette impulsion première a favorisé une maturation progressive et une structuration de réseaux, qui ont ensuite pu trouver place dans les programmes de droit commun. C'est le cas, par exemple, du réseau de Vitrolles pour la prise en charge et l'orientation de femmes victimes de violences conjugales, et de leurs enfants, tant sur le volet social que médical. De même, un réseau autour des professionnels de la petite enfance a été créé à Salon-de-Provence pour la prise en charge des troubles précoces de l'enfant (troubles de l'apprentissage et troubles du comportement).

CONCLUSIONS : LES CONDITIONS DE RÉUSSITE ET LES POINTS DE VIGILANCE

Cette expérience nous a amené à identifier cinq facteurs de réussite essentiels. Le premier facteur de réussite réside en la constitution d'un comité de pilotage territorial dont le niveau de représentation permet aux décisions prises d'être opérantes. Au sein du comité de pilotage, la place des collectivités locales ne doit pas être limitée à la déclinaison opérationnelle d'un PRSP mais au contraire s'étendre à une coconstruction du diagnostic du territoire et du plan d'actions. Il s'agit par là même d'intégrer, dans la phase de diagnostic, comme dans celle de la planification des actions, les aspects sociaux, *via* la politique de la ville et les schémas et programmes sociaux de droit commun. Inclure, dans l'analyse des besoins, des sujets comme la santé dans le logement (la santé mentale, par exemple) et la rénovation urbaine, est susceptible d'entraîner une meilleure adhésion des collectivités concernées.

Le second est l'intégration de la notion de temporalité. Un diagnostic de qualité approfondi suppose d'y consacrer environ un an lorsqu'il repose sur la consultation des acteurs de terrain et des habitants. L'appropriation d'un plan local d'actions par le plus grand nombre d'acteurs, passe par leur association à son élaboration (démocratie sanitaire).

Le troisième réside au niveau de l'État, qui doit se doter d'une équipe territoriale pluridisciplinaire (administratif, médecin et/ou infirmier en santé publique,

ingénieur et/ou technicien sanitaire), chargée de piloter et d'animer, avec les partenaires institutionnels, l'élaboration, la mise en œuvre et l'actualisation des plans locaux en santé publique.

Le quatrième est une organisation des services qui doit être réfléchie en prévoyant systématiquement des passerelles entre les instances de veille sociale, les CUCS et les plans locaux et régionaux de santé. Pour les collectivités locales, un engagement intersectoriel de l'ensemble des services de la commune est un facteur clé d'une intervention sur les facteurs essentiels de réduction des inégalités sociales.

Le cinquième est la définition des indicateurs d'évaluation du processus, d'une part, et du plan d'actions, d'autre part, et le sixième est une communication sur les priorités locales pour les faire connaître et reconnaître, de sorte qu'elles puissent interagir avec les priorités régionales.

La mise en place des agences régionales de santé et des directions régionales et départementales de la jeunesse et de la cohésion sociale, en séparant le volet sanitaire du volet social, nécessite plus que jamais de conforter l'expérience et les méthodes de travail acquises dans le partenariat élaboré de façon très volontariste au niveau des territoires, pour que la lutte contre les inégalités sociales de santé demeure un objectif déterminant des politiques mises en œuvre au niveau régional. En effet, tant les villes que l'État peuvent céder à la tentation d'instrumentaliser les organisations locales de santé publique pour imposer leurs orientations et leurs priorités propres au lieu de définir des choix partagés. On peut voir en œuvre ici et là, au niveau local, des crispations, fruits d'enjeux nationaux, qui ont un impact sur des collaborations jusqu'ici fondées sur des rapports constructifs et de confiance. La force d'une construction partenariale telle que celle présentée ici, véritable plaidoyer pour un maintien dans l'action publique d'une politique de santé faisant toute sa part aux déterminants sociaux de santé, repose sur la démonstration du gain qui en résulte en termes d'expertise sur les besoins locaux, d'engagement des acteurs sur les priorités, et d'exercice d'une démocratie sanitaire en action.

Bibliographie

- [1] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Haut Conseil de la santé publique. *Les politiques régionales de santé publique : éléments de constat*

et préconisations dans le contexte de la loi hôpital-patients-santé-territoires. Paris : HCSP, octobre 2008 : 20 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20081017_PRS.pdf
N.B : rapport commandé par le ministère de la Santé.

Postface

Sir Michael Marmot : comment se mobiliser pour lutter contre les inégalités sociales de santé

« *Comblen le fossé en une génération* », tel est le défi que la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS demande à la communauté internationale de relever. Chaque année, à travers le monde, des centaines de milliers de gens meurent par négligence, faute de la capacité à assurer à chaque être humain les bases élémentaires indispensables à sa santé et à son développement. Cette situation est déjà bien connue, et de nombreux textes et déclarations la rappellent régulièrement. Il y a près de vingt-cinq ans, la charte d'Ottawa dressait une liste d'exigences à satisfaire : paix, sécurité, éducation, alimentation, revenus, un écosystème stable, des ressources durables, justice sociale et égalité. À l'aube du nouveau millénaire, 192 pays et plus de 20 ONG internationales se sont accordés au sein de cette Commission sur huit grands objectifs de développement mondial à atteindre ici 2015. Ces objectifs, plus ambitieux, désignaient une nouvelle fois comme priorités absolues la pauvreté, l'éducation et l'inégalité entre les sexes.

Cherchant à dépasser la simple identification des causes qui déclenchent en cascade toutes les autres, et afin d'orienter des actions concrètes visant à réduire les inégalités en matière de santé, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a énoncé trois recommandations primordiales : 1) améliorer les conditions d'existence quotidienne, notamment les condi-

tions de naissance des enfants et les conditions de travail permettant un développement ultérieur des individus ; 2) s'attaquer aux inégalités de répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, inégalités liées à la façon dont les sociétés s'organisent ; 3) prendre la dimension du problème, le comprendre et évaluer l'effet des actions entreprises. Ces objectifs prioritaires ont été établis en vue de stimuler et d'orienter l'action des gouvernements. Ils ont été définis au plus haut niveau et les décideurs politiques locaux doivent les prendre à leur compte en les adaptant aux conditions et aux situations locales. Un fait essentiel, qui a été démontré tout au long des travaux de la Commission, est que ce qui est vrai au niveau mondial l'est également à l'échelon national, régional et local. Il n'existe pas de société où n'apparaisse pas une structure sociale hiérarchique qui reflète l'accès au pouvoir et aux ressources, et cette structure détermine la répartition de la plupart des indicateurs de santé, à tous les niveaux.

MOBILISATION

En dépit d'un système de santé performant et largement plébiscité, la France, tout comme un grand nombre d'autres pays de l'OCDE, souffre d'inégalités en matière de santé. Tout comme de nombreux pays à forts revenus, elle a quelque peu tardé à prendre en compte frontalement ce problème, à travers des interventions et des politiques de santé publique et préféré centrer son action sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les populations vulnérables ou « précaires ». Bien que ce type d'intervention soit une étape nécessaire pour assurer une justice minimale en matière de santé, on est très loin du compte lorsqu'il s'agit de corriger les inégalités de santé observées sur l'ensemble de la population. Une forte impulsion des pouvoirs publics est un impératif si l'on veut, d'une part, que l'ensemble des actions gouvernementales contribue à réduire les inégalités ayant un impact sur la santé, et, d'autre part, à développer et mettre en place des programmes et des interventions visant à réduire les répercussions des inégalités sociales sur la santé. Cependant, ainsi que le note le rapport de la Commission, les signes concrets montrant comment des interventions et des pratiques peuvent faire naître et vivre cette impulsion en matière de santé publique manquent cruellement. Nous en savons trop peu sur la capacité des interventions publiques à réduire les inégalités dans ce domaine. Il est grand temps de commencer à étudier sérieusement ces phénomènes. La tâche est immense et chaque étape compte. L'histoire des sciences nous a appris que, devant des problèmes pratiques lourds et complexes, l'élabora-

tion de solutions savamment construites n'apporte souvent pas les résultats escomptés. La réponse à ce type de problème passe plutôt par la mobilisation d'une multitude d'équipes de recherche employant des méthodes diverses et travaillant en étroite collaboration avec tous ceux présents sur le terrain : l'objectif est de réunir des données sur des solutions provisoires, lesquelles seront perfectionnées à force de tâtonnements et d'expérimentations.

RECHERCHE, ÉVALUATION : URGENCES

Ce livre constitue un pas dans cette direction. Les divers chapitres qui rendent compte des actions entreprises pour réduire les inégalités en matière de santé montrent clairement qu'il n'y a ni remède miracle, ni solution consensuelle. Notre entreprise pour réduire les inégalités sociales pesant sur la santé en est encore à un stade très précoce, mais crucial, où l'inventaire des différents types d'actions mises en œuvre par les divers acteurs est une nécessité vitale. Au-delà de l'impulsion qu'ils donnent au projet, ces exercices de compilation sont essentiels pour identifier des pratiques et des stratégies prometteuses qu'il faudra amplifier, reproduire et/ou adapter à d'autres situations. Cet inventaire peut servir à révéler les directions dans lesquelles les recherches doivent être approfondies. Il peut aider à repérer des domaines où la recherche appliquée montre comment développer et mettre en œuvre des interventions susceptibles de réduire les inégalités devant la santé. Ce recueil d'études de cas identifie nettement trois directions dans lesquelles les actions existantes peuvent être traduites et adaptées, ou qui nécessitent des recherches plus poussées : les actions qui visent les politiques publiques, les actions qui visent le secteur des soins de santé et les actions qui sont élaborées et mises en œuvre en collaboration avec d'autres acteurs sociaux.

Pour finir, ce livre souligne avec force la nécessité d'intensifier et de diversifier les travaux de recherche et d'évaluation. Il ne suffira pas d'expérimenter diverses méthodes visant à réduire les inégalités sociales devant la santé. Ces expériences doivent aussi venir enrichir nos connaissances collectives, lesquelles doivent être multidimensionnelles, depuis la planification jusqu'aux actions durables en passant par les phases de mise en œuvre. Cela ne se fera pas sous l'égide d'un modèle de recherche unique, aussi puissant soit-il. Le problème doit être attaqué sous de nombreux angles différents afin de dégager une série de perspectives et d'identifier des moyens de synthétiser et de rassembler ces observations.

Ce livre n'est pas un livre de recettes. Il est d'ailleurs fort peu probable qu'un tel livre soit jamais écrit ! Les inégalités sociales

devant la santé sont une des conséquences de la façon dont les êtres humains ont choisi de vivre ensemble. Que ces choix aient été ou non conscients et volontaires ne change rien au résultat : ces inégalités ne pourront pas être sensiblement corrigées sans actions audacieuses, délibérées et concertées. Mais ces actions exigent des ressources et une volonté politique qui entrent nécessairement en concurrence avec d'autres questions pressantes, ce qui en fait un problème éminemment politique. Comme c'est le cas pour toutes les questions politiques globales, les actions touchant aux inégalités en matière de santé doivent être étroitement adaptées à la situation politique, économique et sociale des lieux où elles sont élaborées, planifiées et mises en œuvre. Ce livre présente un remarquable éventail d'actions entreprises dans le monde francophone. Les avoir présentées ensemble dans cet ouvrage prouve sans ambiguïté qu'il est possible de réunir des ressources et des acteurs sur ce problème mais, au-delà, suggère également des stratégies concrètes et pratiques pour y parvenir.

Professeur Michael Marmot

Directeur, International Institute for Society and Health
et professeur de recherche du MRC,

Département d'épidémiologie et de santé publique,
University College London, Royaume-Uni.

Il a présidé la Commission des déterminants sociaux
de la Santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Annexes



Liste des abréviations

Acsé	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AME	Aide médicale d'État
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARDEPASS	Association de recherche et de dépistage des pathologies du sein en Seine-Saint-Denis
ARS	Agences régionales de santé
ASPHER	Association des écoles de santé publique dans la région Europe
ASV	Ateliers Santé Ville
CCAS	Centres communaux d'action sociale
CDH	Conseil départemental d'hygiène
CES	Centre d'examens de santé
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIRC	Centre international de recherches sur le cancer
CMTQ	Coalition montréalaise des Tables de quartier
CMP	Centre médico-psychologique
CMS	Centre médicosocial
CMU	Couverture maladie universelle
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CRESP	Centre de recherche sur les enjeux en santé publique
CSSS	Centre de santé et services sociaux (Québec)
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DSPM	Direction de la santé publique de Montréal
EES	Évaluation environnementale stratégique
EIS	Évaluation d'impact sur la santé
EPSM	Établissement public de santé mentale
FTE	Fumée de tabac dans l'environnement
GRSP	Groupeement régional de santé publique
INPES	Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
ISS	Inégalités sociales de santé
Loi HPST	Loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
MG	Médecin généraliste
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMS-Euro	Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programme régional de santé
PRSP	Plan régional de santé publique
RMI	Revenu minimum d'insertion
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
VAE	Vélo à assistance électrique
ZEP	Zone d'éducation prioritaire
ZUS	Zone urbaine sensible

Liste des tableaux et des figures

Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ?

- 41 **Figure 1** : Modèle des déterminants de la santé
- 42 **Figure 2** : Stratification sociale et genèse de la maladie
- 43 **Figure 3** : Modèle des déterminants sociaux de Mackenbach et Stronks
- 45 **Figure 4** : Le modèle Pathway de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS

Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique

- 64 **Figure 1** : Espérance de vie à 35 ans, des hommes et des femmes en France par catégorie socioprofessionnelle, périodes 1976-1984 et 1991-1999
- 65 **Figure 2** : Mortalité relative pour la période de 1990-1996 en France, pour les hommes et les femmes âgés

entre 35 et 64 ans en 1990, selon le plus haut diplôme déclaré

Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe

- 77 **Tableau I** : Objectifs quantifiés de réduction des inégalités sociales de santé en Grande-Bretagne
- 80 **Tableau II** : Expérimentations mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé aux Pays-Bas
- 81 **Tableau III** : Objectifs intermédiaires et recommandations pour réduire les inégalités sociales de santé aux Pays-Bas
- 83 **Tableau IV** : Objectifs du rapport de la commission parlementaire « La santé dans les mêmes termes pour tous : objectifs nationaux de santé publique » en Suède (2000)

L'intervention française sur les inégalités sociales de santé : une histoire et des enjeux

- 92 Figure 1** : Une démarche de mise en cohérence : les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
- 95 Figure 2** : Tendances des inégalités de revenus britanniques 1979-2005-2006

Mobiliser les politiques publiques pour réduire les inégalités : enjeux et stratégies pour les acteurs de la promotion de la santé

- 117 Tableau I** : Courte approche historique de la lutte contre le saturnisme et l'habitat insalubre en France
- 119 Figure 1** : Modèle causal de la relation entre l'habitat dégradé et le saturnisme infantile
- 120 Figure 2** : Introduction des cibles d'action locale dans le modèle causal de la relation entre l'habitat dégradé et le saturnisme infantile
- 124 Figure 3** : Introduction des « déterminants des déterminants » dans le modèle causal de la relation entre l'habitat dégradé et le saturnisme infantile

L'évaluation d'impact sur la santé : un outil de lutte contre les inégalités

- 145 Tableau I** : Synthèse de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) appliquée au projet de tri-compostage au Québec

S'adapter pour réduire les inégalités : l'exemple du service de protection maternelle et infantile de Paris

- 214 Tableau I** : Principaux résultats de l'analyse de la file active des femmes enceintes suivies dans les centres de planification et d'éducation familiale

(CPEF) du département de Paris (année 2005 et 1^{er} semestre 2006)

- 216 Tableau II** : Principaux résultats de l'analyse des consultations hospitalières des sages-femmes de PMI du département de Paris dans les maternités publiques du réseau Nord (année 2008)

Organiser le système de santé mentale en réseau de partenariats pour lutter contre les inégalités

- 233 Tableau I** : Comparaison entre les nouvelles et anciennes structures liées à la santé mentale sur le secteur de la Banlieue est de Lille
- 229 Figure 1** : Troubles dépressifs et risque suicidaire selon la catégorie socioprofessionnelle

Spécificités de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités

- 261 Tableau I** : Quelques exemples de questions à l'égard des inégalités sociales de santé
- 264 Tableau II** : Domaines d'évaluation et questions d'évaluation de programme (génériques et spécifiques aux ISS)
- 267 Tableau III** : Deux formes de l'évaluation participative
- 260 Figure 1** : Les quatre sous-processus d'une intervention
- 263 Figure 2** : Logique d'intervention
- 265 Figure 3** : Domaines d'évaluation

Les évaluations mixtes des actions de réduction des inégalités

- 271 Tableau I** : Les principaux types de méthodes qualitatives et quantitatives
- 276 Tableau II** : Critères de qualité minimale pour planifier ou évaluer les méthodes mixtes

Évaluation par méthode mixte : l'exemple des centres d'examen de santé

- 280 Tableau I** : Caractéristiques des divers recueils de l'enquête
- 281 Tableau II** : Caractéristiques et buts des différentes types d'approche existantes dans les CES

Au-delà des méthodes expérimentales : l'approche réaliste en évaluation

- 293 Figure 1** : Régularités des configurations contexte-mécanismes-effets observés et élaboration progressive d'une théorie intermédiaire

Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé

- 303 Tableau I** : Mécanismes candidats de l'efficacité en promotion de la santé
- 304 Tableau II** : Forces et faiblesses des trois outils analysés

Les partenariats : espaces négociés de controverses et d'innovations

- 322 Figure 1** : Partenariats : l'enchevêtrement de la théorie de l'acteur-réseau (sociologie de la traduction)

Outil de l'action en partenariat : pertinent pour les actions de réduction des inégalités

- 340 Tableau I** : Items évaluant l'atteinte des six conditions d'efficacité de l'action en partenariat
- 339 Figure 1** : Théorie de l'action en partenariat

Marseille : expérience de démarche participative avec les ateliers santé et citoyenneté

- 349 Figure 1** : Résultats de l'action « ateliers santé citoyenneté » dans les centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) du centre ville de Marseille, structurés selon une version adaptée du modèle développé par Promotion Santé Suisse
- 356 Figure 2** : Perspectives de renforcement de l'action, selon l'outil de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse

Ouvrages parus aux éditions de l'Inpes

Guilbert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A.-C., Arwidson P., Janvrin M.-P.

Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode

2001, 144 p.

Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (dir.)

Baromètre santé 2000. Volume 2. Résultats

2001, 474 p.

Guilbert P., Gautier A., Baudier F., Trugeon A. (dir.)

Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans.

Volume 3.1 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux

2004, 216 p.

Bournot M.-C., Bruandet A., Declercq C., Enderlin P., Imbert F., Lelièvre F., Lorenzo P., Paillas A.-C., Tallec A., Trugeon A.

Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans.

Volume 3.2 : Résultats régionaux

2004, 256 p.

Guilbert P., Perrin-Escalon H. (dir.)

Baromètre santé nutrition 2002

2004, 260 p.

Gautier A. (dir.)

Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003

2005, 276 p.

Guilbert P., Gautier A. (dir.)

Baromètre santé 2005, premiers résultats

2006, 176 p.

Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. (dir.)

Baromètre cancer 2005

2006, 202 p.

Broussouloux S., Houzelle-Marchal N.

Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer

2006, 144 p.

Lydié N. (dir.)

Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements

2007, 188 p.

Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.)

Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé

2007, 608 p.

Bantuelle M., Demeulemeester R. (dir.)

Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces

2008, 132 p.

Ménard C., Girard D., Léon C., Beck F. (dir.)

Baromètre santé environnement 2007

2008, 416 p.

Godeau E., Arnaud C., Navarro F. (dir.)

La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006

2008, 276 p.

Beck F., Legleye S., Le Nézet O., Spilka S.

Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données Inpes/OFDT

2008, 264 p.

Foucaud J., Balcou-Debussche M. (dir.)

Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille, 11-13 octobre 2006

2008, 112 p.

Gautier A., Jauffret-Roustide M., Jestin C. (dir.)

Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux

2008, 252 p.

Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P. (dir.)

La dépression en France. Enquête Anadep 2005

2009, 208 p.

Lorto V., Moquet M.-J. (sous la dir.)

Formation en éducation pour la santé. Repères méthodologiques et pratiques.

2009, 100 p.

Jourdan D.

Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?

2010, 160 p.

Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A.

Les minorités sexuelles face au risque suicidaire.

Acquis des sciences sociales et perspectives.

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 112 p.

Foucaud J., Bury J.A., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir.

Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation.

Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412 p.

Vincent I., Loaëc A., Fournier C. dir.

Modèles et pratiques en éducation du patient :

apports internationaux – 5^{es} Journées de la prévention, Paris, 2-3 avril 2009.

Saint-Denis : INPES, coll. Séminaires, 2010 : 172 p.

Conception graphique originale **Scripta** – Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Desk** – 25 Bd de la Vannerie – 53940 Saint-Berthevin
Photographie de couverture **Webistan Photo Agency** © REZA
Impression **Fabrigue** – ZA du Bois Joly – BP 10 – 87500 Saint-Yrieix-la-Perche
Dépôt légal octobre 2010

Comment réduire les inégalités sociales de santé ?

Tous les indicateurs soulignent qu'elles ont tendance à s'accroître, y compris dans les pays les plus favorisés comme ceux d'Europe occidentale dont la France. L'Inpes, depuis sa création, s'est fortement impliqué dans cette thématique qui est l'un des piliers de toute stratégie de promotion de la santé, de tout programme de prévention ou d'éducation pour la santé. Car prévention, promotion et éducation pour la santé doivent profiter à tous pour des raisons évidentes d'équité. Or, dans la pratique, ce sont les classes les plus favorisées qui en tirent les plus grands bénéfices.

L'Institut, entre autres missions, apporte une expertise aux professionnels confrontés à ces inégalités, qu'ils travaillent dans la santé, l'éducation, le social ou dans tout autre domaine. Cet ouvrage leur est prioritairement destiné. Rédigé par une cinquantaine d'experts reconnus, il a été élaboré par un comité éditorial associant très largement le Québec, qui dispose d'une expertise incontestée en la matière, ainsi que l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES). L'objectif : mettre à disposition des lecteurs les connaissances scientifiquement validées et les pratiques évaluées dont pourront s'inspirer les porteurs de projets. Cet ouvrage ne contient pas de réponse normalisée et n'a pas la prétention d'apporter des solutions incontestables et définitives ; il se veut plus modestement un guide d'aide à l'action en rassemblant des expériences nationales et internationales qui tentent de réduire les inégalités.

Sir Michael Marmot, Président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, auteur de la postface, en résume ainsi l'enjeu : « Les inégalités sociales devant la santé sont une des conséquences de la façon dont les êtres humains ont choisi de vivre ensemble. Que ces choix aient été ou non conscients et volontaires ne change rien au résultat : ces inégalités ne pourront être sensiblement corrigées sans actions audacieuses, délibérées et concertées. Ce livre présente un remarquable éventail d'actions entreprises dans le monde francophone. Les avoir présentées ensemble dans cet ouvrage prouve sans ambiguïté qu'il est possible de réunir des ressources et des acteurs sur ce problème mais, au-delà, suggère également des stratégies concrètes et pratiques pour y parvenir. »

**Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires.
Ne peut être vendu.**



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex - France