



Journée d'Echanges Régionale

Les
INÉGALITÉS
SOCIALES et
TERRITORIALES de
SANTÉ

Comment les prendre en compte et les évaluer ?



DOSSIER DE CONNAISSANCES

**Les inégalités sociales et territoriales
de santé (ISTS) : Comment les prendre en
compte et les évaluer ?**

BEC Émilie • Novembre 2024

Citation suggérée :

BEC Emilie, Les inégalités sociales et territoriales de santé : Comment les prendre en compte et les évaluer ? CREAI-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2024-11, 90 p.

Les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) : Comment les prendre en compte et les évaluer ?

Rédaction et recherches par **BEC Emilie**, Documentaliste au CREA-ORS Occitanie
Contribution bibliographique, Promotion Santé Auvergne-Rhône-Alpes
Mise en page par **NICOLE Angèle**, Chargée de communication, Promotion Santé Occitanie
Coordination par **HATCHER-SÉGUY Laure**, Coordinatrice du DRAPPS, Promotion Santé Occitanie

Avec la relecture critique (par ordre alphabétique) :

- **BELARBI-DESMATIN Valérie**, CREA-ORS Occitanie
- **DELPIERRE Cyrille**, INSERM
- **DELPY Anne-Lise**, Promotion Santé Occitanie
- **FERRON Christine**, Fédération Promotion Santé
- **GODARD Aurore**, Promotion Santé Occitanie
- **HATCHER-SÉGUY Laure**, Promotion Santé Occitanie

Avec la participation au Comité d'experts :

- **CHOMA Catherine**, Directrice de la santé publique à l'Agence Régionale de Santé
- **DELPIERRE Cyrille**, épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm, directeur du centre d'Epidémiologie et de Recherche en santé des POPulations (CERPOP)
- **FERRON Christine**, déléguée générale de la Fédération Promotion Santé
- **Dr PAUBERT Yves**, président du Conseil Territorial de Santé (CTS) de l'Ariège, président du Groupe de travail relatif à la lutte contre les ISS de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) Occitanie
- **SICOT François**, Professeur en Sociologie de la santé, Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires (LISST), Université Toulouse Jean-Jaurès

Ce dossier a été commandité et financé par l'ARS Occitanie, dans le cadre du DRAPPS, à l'occasion de la Journée d'Échanges Régionale du 26.11.2024 « LES ISTS : COMMENT LES PRENDRE EN COMPTE ET LES EVALUER DANS LES ACTIONS ? »



SOMMAIRE

1. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	6
1.1. Base de données et portails interrogés	6
1.2. Sites consultés	7
1.3. Mots clefs utilisés	8
1.4. Productions du Drapps	9
2. INTRODUCTION	12
3. INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ : DONNÉES DE CADRAGE	13
Approche conceptuelle	13
Définitions	16
4. RÉDUIRE LES ISTS	20
Recommandations	20
Leviers d'intervention	22
Universalisme proportionné	22
Littératie en santé	26
Agir précocement	29
Participation citoyenne	32
Médiation en santé et stratégies d' «aller-vers» et «faire-avec».....	32
5. COMPRENDRE ET ÉVALUER LES ISTS	40
Outils pour accompagner les acteurs	40
Évaluation et amélioration continue des actions	44
Évaluation à chaque étape du projet	44
ISTS, une évaluation spécifique	44
Outils d'évaluation	47
Transférabilité des interventions	52
Complexité des interventions, contexte et efficacité	52
Description et fonction-clés	53
Exemple de mises en application des outils de transfert	56
6. CONCLUSION	63
7. GLOSSAIRE	64
8. BIBLIOGRAPHIE	70
9. POUR ALLER PLUS LOIN	79

AVANT-PROPOS

« Chers lecteurs,

Nous avons le plaisir de vous présenter cette note documentaire, fruit d'un travail de synthèse mené à partir d'une exploration approfondie de la littérature académique mais également de la littérature grise. Ce type de documentation, bien que moins visible, regroupe des ressources produites notamment par des institutions publiques, des universités ou des associations. Par son caractère à la fois original et actuel, elle constitue une source précieuse, offrant des perspectives novatrices et des données pertinentes pour les professionnels du secteur.

Ce document synthétise les idées clés des publications sélectionnées, avec pour objectif de vous proposer un contenu clair et structuré. Cette démarche de vulgarisation mêle paraphrases et citations autour d'un thème central, tout en mettant à votre disposition un corpus riche pour nourrir vos réflexions et approfondir vos recherches.

Nous souhaitons également exprimer notre profonde gratitude envers les relecteurs qui ont contribué à l'élaboration de ce document. Grâce à leurs critiques constructives et leurs suggestions avisées, nous avons pu affiner notre travail et garantir une meilleure précision dans le contenu proposé. Leur regard extérieur a été essentiel pour enrichir la réflexion et renforcer la qualité de cette synthèse.

Afin de rendre votre lecture plus fluide, nous avons volontairement simplifié la présentation : bien que les citations ne soient pas systématiquement encadrées de guillemets, toutes les sources sont rigoureusement référencées en bas de page et en fin de document.

Vous aurez ainsi un accès direct aux documents originaux pour aller plus loin.

Nous espérons que ce travail sera une ressource inspirante pour vos projets et un point de départ stimulant pour vos travaux.

Nous vous souhaitons une lecture enrichissante et agréable. »

1. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Tous les documents et les liens mentionnés ont été consultés pour la dernière fois en novembre 2024.

1.1. BASE DE DONNÉES ET PORTAILS INTERROGÉS

Base de données bibliographiques – Base des outils pédagogiques en éducation et promotion pour la santé (Bib-Bop)

<http://www.bib-bop.org/>

Cismef

<http://www.chu-rouen.fr/cismef/>

Cairn.info

<http://www.cairn.info/>

Capitalisation des expériences en Promotion de la Santé (CAPS)

<https://www.capitalisationsante.fr/la-capitalisation/>

Cochrane France

<https://france.cochrane.org/>

Edimark

<http://www.edimark.fr/>

EmConsult

<http://www.em-consulte.com/>

Erudit

<https://www.erudit.org/fr/>

Google Scholar

<https://scholar.google.com/>

HAL. Archives ouvertes en sciences de l'homme et de la société

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/>

Interventions probantes et prometteuses et promotion de la santé

<https://www.santepubliquefrance.fr>

Medline (Pubmed)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Open Edition

<https://search.openedition.org/>

OSCARS Santé

<https://www.oscarsante.org/>

Portail documentaire Santé publique France

<https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr>

Portail environnement santé

<http://environnement.sante.wallonie.be>

Research Gate

<https://www.researchgate.net/>

Sciencedirect

<https://www.sciencedirect.com/>

Sudoc

<http://www.sudoc.abes.fr/>

1.2. SITES CONSULTÉS

Apprendre à agir pour réduire les inégalités sociales de santé (AAPRISS)

<https://aapriss.univ-tlse3.fr>

Dispositif régional d'appui en prévention et promotion de la santé (DRAPPS) Occitanie

<https://promotion-sante-occitanie.org/drapps/accueil/>

Fabrique Territoires Santé

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/>

Haut conseil de santé publique (HCSP)

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Accueil>

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

<https://www.insee.fr>

Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales

<https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/boite-outils-des-elus>

Ministère des solidarités et de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/>

Organisation mondiale de la santé (OMS)

<https://www.who.int/fr>

PromoSanté

<https://promosante.org/>

Promotion Santé Occitanie

<https://www.promotion-sante-occitanie.org/>

Promotion Santé Pays de la Loire

<https://www.irepspdl.org/page-95-0-0-1.html>

RESO. Service universitaire de Promotion de la Santé

<https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso>

Réseau région d'appui à la prévention et à la promotion de la santé (RRAPPS)

<https://rrapps-bfc.org/>

Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS)

<https://refips.org/>

Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/>

SO-RISP

<https://sorisp.fr/>

Vie publique

<https://www.vie-publique.fr/>

1.3. MOTS CLEFS UTILISÉS

Inégalité sociale

Inégalité territoriale

Inégalité de santé

Équité en santé

Justice sociale

Déterminant de santé

Gradient social

Recommandation

Levier d'intervention

Universalisme proportionné

Littératie en santé

Plaidoyer en santé

Démarche participative

Participation citoyenne

Médiation en santé

« Aller-vers »

« Faire-avec »

Démocratie sanitaire

Démocratie en santé

Empowerment

Capabilité

Donnée probante

Programme probant

Donnée prometteuse

Preuve

Pratique fondée sur les preuves

Evidence based

Évaluation

Transférabilité des interventions



1.4. PRODUCTIONS DU DRAPPS

Précédents dossiers de connaissances



Eco-anxiété : des pistes pour agir. Enfants, ados et jeunes adultes. Dossier de connaissances, CREA-ORS OCCITANIE, Drapps Occitanie, 2023-11-21, 88 p.

Ce dossier propose une sélection de pistes d'actions à mettre en place pour faire face à cette éco-anxiété chez les enfants et les jeunes. La première partie est consacrée au développement des compétences psychosociales qui représente un levier important pour gérer les émotions difficiles et les exploiter pour agir. La deuxième partie présente l'importance de l'éducation au développement durable qui est un autre levier essentiel pour diffuser des connaissances, impulser des changements de comportements et permettre à chacun d'être acteur au quotidien de la transformation et de la mise en œuvre des objectifs de développement durable. Une présentation d'un panel d'initiatives inspirantes impulsées par les jeunes clôture ce dossier.



Promouvoir la santé mentale des adolescents dans une société en crise : état des lieux régional, repérage, diagnostic et pistes d'orientation, CREA-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2022-11, 110 p.

Ce dossier propose un état des lieux de la santé mentale des jeunes au niveau national et en région Occitanie. Il présente différents outils de repérage et de diagnostic ainsi que les orientations possibles de prise en charge. Il fournit des pistes d'orientation et valorise des initiatives inspirantes qui permettent de promouvoir une bonne santé mentale auprès de ces jeunes.



Puberté précoce et perturbateurs endocriniens. Comprendre, repérer, prévenir, CREA-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2021-11, 100 p.

Ce dossier éclaire la problématique de la puberté précoce liée aux perturbateurs endocriniens. Il présente les examens de dépistage permettant d'établir un diagnostic et explique les prises en charge disponibles. Il valorise également les leviers et les initiatives inspirantes qui permettent d'agir en limitant l'impact des expositions aux perturbateurs endocriniens et prévenir l'apparition de puberté précoce. Il s'adresse tant aux élus et aux collectivités locales, qu'aux professionnels concernés et aux familles.



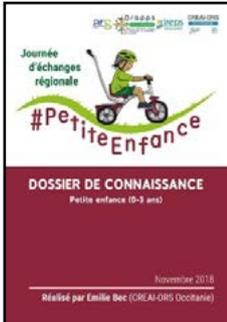
Périnatalité et santé environnementale. Dossier de connaissances, CREA-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2020-11, 113 p.

Ce dossier met à disposition des informations récentes sur les risques environnementaux en périnatalité. Il présente les différentes expositions et leurs impacts sur la fertilité, la grossesse et la santé du jeune enfant. Pour finir, il propose aussi des leviers qui permettent de limiter l'impact de ces expositions et termine en valorisant des exemples d'actions prometteuses et d'initiatives innovantes.



Les troubles du neurodéveloppement de 3 à 6 ans, CREAI-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2019-11, 76 p.

Ce dossier fait le point sur les troubles neurodéveloppementaux. Il définit les troubles, donne des repères de développement, informe sur les signes d'alerte. Il précise aussi les démarches administratives à effectuer pour bénéficier de la reconnaissance du handicap et mettre en place des accompagnements adaptés. Il présente également différents programmes de recherche et actions de terrain innovantes mis en œuvre sur le territoire.



Petite enfance 0-3 ans, CREAI-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2018-11, 55 p.

Ce dossier consacré à la petite enfance de 0 à 3 ans, propose des repères du développement psychomoteur et psychologique de l'enfant et pointe les avancées réalisées par les neurosciences. Il traite également du rôle et de la place de l'enfant dans la société en soulignant l'influence de l'environnement et de la famille, l'importance des politiques publiques et l'impact des pratiques des professionnels de la petite enfance. Il présente aussi les données probantes internationales et une sélection d'expériences prometteuses importées de l'étranger ou développées en France qui participent au bon développement de l'enfant et à sa santé future.

Précédentes bibliographies en lien avec la thématique



Intervenir en prévention, éducation et promotion de la santé : Principes et fondements, Bibliographie commentée, CREAI-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2023-09, 28 p.

Cette bibliographie commentée propose une sélection de ressources afin de faciliter les interventions sur le terrain. Elle propose des repères théoriques sur les concepts, les techniques d'animation et sur l'utilisation des outils d'intervention. Elle est complétée par deux autres bibliographies sur l'intervention en promotion de la santé appliquée à des thématiques spécifiques. La première porte sur [le développement et le renforcement des compétences psychosociales auprès des publics jeunes \(enfants, adolescents\)](#). En effet, le développement des CPS est une thématique transversale, qui constitue la pierre angulaire de tout programme d'éducation pour la santé. La deuxième bibliographie commentée qui complète cette série sur [les interventions en EPS-PS, concerne la prévention des risques liés à l'utilisation d'Internet et des réseaux sociaux et la promotion de pratiques numériques positives.](#)



Évaluation d'impact en santé (EIS), Bibliographie sélective, CREA-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2022-01, 25 p.

L'Évaluation d'Impact en Santé (EIS) est définie par l'OMS comme la « combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou un projet peuvent être évalués selon ses effets potentiels sur la santé de la population et la distribution de ces effets à l'intérieur de la population ». L' EIS est un outil d'aide à la décision et de promotion de la santé qui permet d'évaluer, le plus en amont possible, les conséquences éventuelles d'un programme ou d'un projet sur la santé d'une population, d'une politique. En identifiant les effets d'une action spécifique sur la santé, l'objectif de l'EIS est de guider la prise de décision afin de maximiser les bénéfices sur la santé et de minimiser les impacts négatifs. En plein essor en France, elle suscite de réelles attentes au regard des enjeux d'inégalités face à la santé, de démocratie et d'articulation des politiques sectorielles. Cette bibliographie propose une sélection de références sur la thématique de l'évaluation d'impact en santé. Elle commence par présenter des données de cadrage, puis propose des références méthodologiques ainsi que des outils. Elle termine en fournissant des exemples de mises en pratique dans les territoires sur des thématiques variées.



Évaluer son projet en promotion de la santé, Bibliographie sélective, CREA-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2021-06, 22 p.

L'évaluation est définie comme une démarche, un processus, un moyen permettant de mesurer, de juger, de connaître, d'améliorer et de décider de la valeur, de l'efficacité ou de la qualité d'une action. Elle est désormais devenue une pratique incontournable en éducation et promotion de la santé. Pourtant, elle peut susciter encore des réticences car elle peut apparaître comme complexe et questionne la qualité de l'intervention. Exercice continu qui se réfléchit en amont de l'intervention, externe ou interne, le travail évaluatif doit se soumettre à un questionnement préalable : évaluer, pourquoi ? Quoi ? Avec qui ? Pour qui ? Pour quoi faire ? Comment ? L'explicitation des objectifs, la définition du champ de l'évaluation, la clarification du questionnement et la définition des modalités de travail sont des épreuves obligatoires. Il s'agit de rendre explicite ce qui ne l'est pas. Cette réflexion initiale doit permettre de s'entendre sur l'utilisation de cette évaluation, les questions à poser et les critères de jugement. En effet, ce choix n'est pas neutre et relève d'un acte collectif qui engage l'ensemble de la démarche. En plus de montrer l'efficacité des interventions, l'évaluation vise aussi à améliorer les pratiques, appuyer des revendications, faire reconnaître un secteur d'intervention, redonner du sens et une légitimité aux pratiques, assurer la continuité des programmes, favoriser une meilleure utilisation des fonds publics, améliorer le pilotage et la visibilité des politiques de promotion de la santé. Cette bibliographie propose une sélection de références sur la thématique de l'évaluation. Elle commence par présenter des références méthodologiques sur la construction de projet en promotion de la santé et plus précisément sur l'évaluation. Elle propose ensuite des données sur l'évaluation d'impact en santé (EIS) avant de valoriser des exemples concrets d'évaluation d'actions et de programmes mis en place sur le terrain.

2. INTRODUCTION

L'état de santé des Européens varie selon leur catégorie socioéconomique. En France, à âge et sexe comparables, les salariés les moins qualifiés et les ouvriers sont en moins bonne santé que le reste de la population. Ils sont plus nombreux à déclarer un état de santé dégradé et sont plus fréquemment concernés par des syndromes dépressifs, par un handicap, par le surpoids ou par l'obésité. Ils fument également davantage que les autres personnes en emploi plus qualifiées. Ce **constat d'inégalités sociales en matière de santé** au sein de la population active n'est pas spécifique à la France ; néanmoins, les écarts entre catégories socioéconomiques y sont souvent plus larges que dans les autres pays européens¹. Difficultés d'accès aux soins, d'ouverture de droits à une couverture santé, pénurie de médicaments, augmentation des restes à charge, majoration des franchises² mais également difficultés scolaires, difficultés d'accès à l'emploi, baisse des indicateurs de qualité de vie³, les **inégalités sociales et territoriales de santé** (ISTS) sont de plus en plus prégnantes⁴. Elles mettent en évidence la relation étroite entre l'état de santé et l'inégale distribution des ressources liée à la position sociale (catégorie socio-professionnelle, revenu, niveau d'études, profession) et le territoire⁵.

Ce dossier de connaissances s'intéresse à la manière dont les inégalités sociales et territoriales sont prises en compte dans les actions et les projets de promotion de la santé. Dans une première partie, il commence par fournir des **données de cadrage**. Il présente **les différents concepts associés** aux ISTS et **propose des définitions**. Dans une deuxième partie, il présente les recommandations formulées et **des leviers d'action** permettant de réduire ces ISTS. **Universalisme proportionné, littératie en santé, action précoce, participation citoyenne et médiation en santé sont autant de stratégies efficaces présentées.** Elles sont illustrées par **des exemples et des initiatives inspirantes mis en œuvre dans les territoires**. La troisième partie aborde la manière de prendre en compte et d'évaluer les ISTS dans les projets. Elle présente des outils d'aide à l'intégration et à l'évaluation dans les projets et la question de la transférabilité des interventions. Pour finir, le dossier propose un **glossaire reprenant les différents concepts**. Les documents sélectionnés sont récents, accessibles en ligne ou sur demande par mail. Ils sont présentés en note de bas de page de manière systématique pour faciliter la lecture et repris dans la bibliographie générale par date de publication : de la plus récente à la plus ancienne. Les liens hypertextes mentionnés ont tous été consultés pour la dernière fois en novembre 2024.

1 **France, portrait social**, Insee références, 2023-11, 234 p. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666863?sommaire=7666953>

2 **Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde France**, Médecins du monde, 2023-10, 12 p. https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2023/11/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2023_SYNTHESE_pAp.pdf

3 FOURNIER Clément, **Les inégalités sociales, environnementales et économiques augmentent entre les territoires en France**, Youmatter, 2023-01, en ligne : <https://youmatter.world/fr/categorie-societe/inegalites-territoriales-social-environnemental-economique/>

4 **Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde France**, Médecins du monde, 2023-10, 12 p. https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2023/11/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2023_SYNTHESE_pAp.pdf

5 **Les enjeux du PRSE : la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**, Plan régional santé environnement des Pays de la Loire, 2024-06, en ligne : <https://www.paysdelaloire.prse.fr/les-enjeux-du-prse4-la-reduction-des-inegalites-a1054.html>

3. INÉGALITÉ SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ : DONNÉES DE CADRAGE

3.1. APPROCHES CONCEPTUELLES

La **santé** est un concept complexe. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la définit comme un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁶. L'état de santé des individus est impacté par une multitude de facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux appelés **déterminants de santé**. Plusieurs modèles décrivant les relations entre déterminants et état de santé ont été proposés ces dernières décennies. Ils tentent de rendre compte de leur complexité et 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 santé⁷. Très schématiquement, trois familles de modèles historiques, dont certains sont obsolètes, se distinguent : **le modèle biomédical, le modèle global de la santé et le modèle socio-environnemental**⁸. **Le modèle biomédical** a été hégémonique jusque dans les années 1970. Selon ce modèle, la maladie est une conséquence de l'action d'un agent pathogène externe sur un individu plus ou moins en capacité de se défendre⁹.

En 1974, le **rapport Lalonde** « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens »¹⁰ a proposé un nouveau cadre de référence avec une **conception plus globale de la santé**. Ce modèle repose sur **quatre grands types de déterminants de l'état de santé** : **la biologie humaine** qui englobe tous les aspects de la santé ; **l'environnement** qui représente l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun ; **les habitudes de vie** qui représentent l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé ; **l'organisation des soins de santé** qui comprend la quantité, la qualité, l'agencement et la nature des soins, mais aussi les rapports entre la population et les ressources engagées dans la distribution des soins de santé¹¹.

6 **Constitution**, Organisation mondiale de la santé, s.d., en ligne : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

7 POTVIN Louise, MOQUET Marie-José, JONES Catherine, **Réduire les inégalités sociales en santé**, INPES, 2010, 380 p https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/INPES_Reduire_les_inegalites_sociales_en_sante.pdf

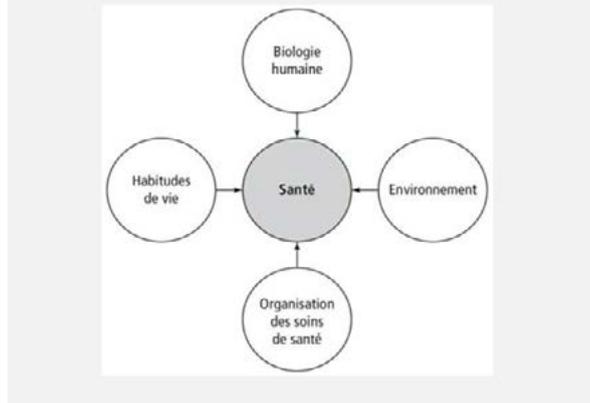
8 ALLA François, « **Les déterminants de la santé** », Traité de santé publique, 2016, pp. 15-18. <https://www-cairn-info.gorgone.univ-toulouse.fr/traite-de-sante-publique--9782257206794-page-15.htm>

9 ALLA François, « **Les déterminants de la santé** », Traité de santé publique, 2016, pp. 15-18. <https://www-cairn-info.gorgone.univ-toulouse.fr/traite-de-sante-publique--9782257206794-page-15.htm>

10 LALONDE Marc, **Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens**, Gouvernement du Canada, 1981, 83 p. <https://www.phac-aspc.gc.ca>

11 ALLA François, « **Les déterminants de la santé** », Traité de santé publique, 2016, pp. 15-18. <https://www-cairn-info.gorgone.univ-toulouse.fr/traite-de-sante-publique--9782257206794-page-15.htm>

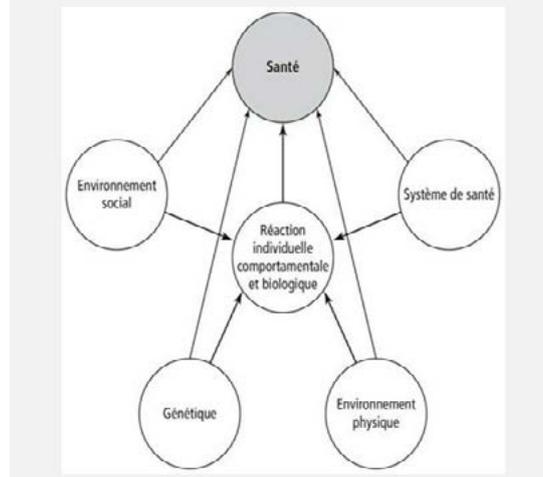
LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SELON LA CLASSIFICATION DE LALONDE.



Source : ALLA François, « **Les déterminants de la santé** », Traité de santé publique, 2016, pp. 15-18.
[Disponible sur demande](#)

Ce rapport est considéré comme le premier document d'importance reconnaissant que l'état de santé ne dépend pas seulement d'un agent pathogène, mais de la combinaison, voire de **l'interaction entre ces quatre types de déterminants**. Les classifications des déterminants qui ont ensuite été proposées dans les années 1970 et 1980 reprennent pour la plupart les principes exposés par Lalonde, en les développant et les affinant. La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, promulguée par l'OMS en 1986, représente un aboutissement du modèle initié par Lalonde, en soulignant que **les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé**.

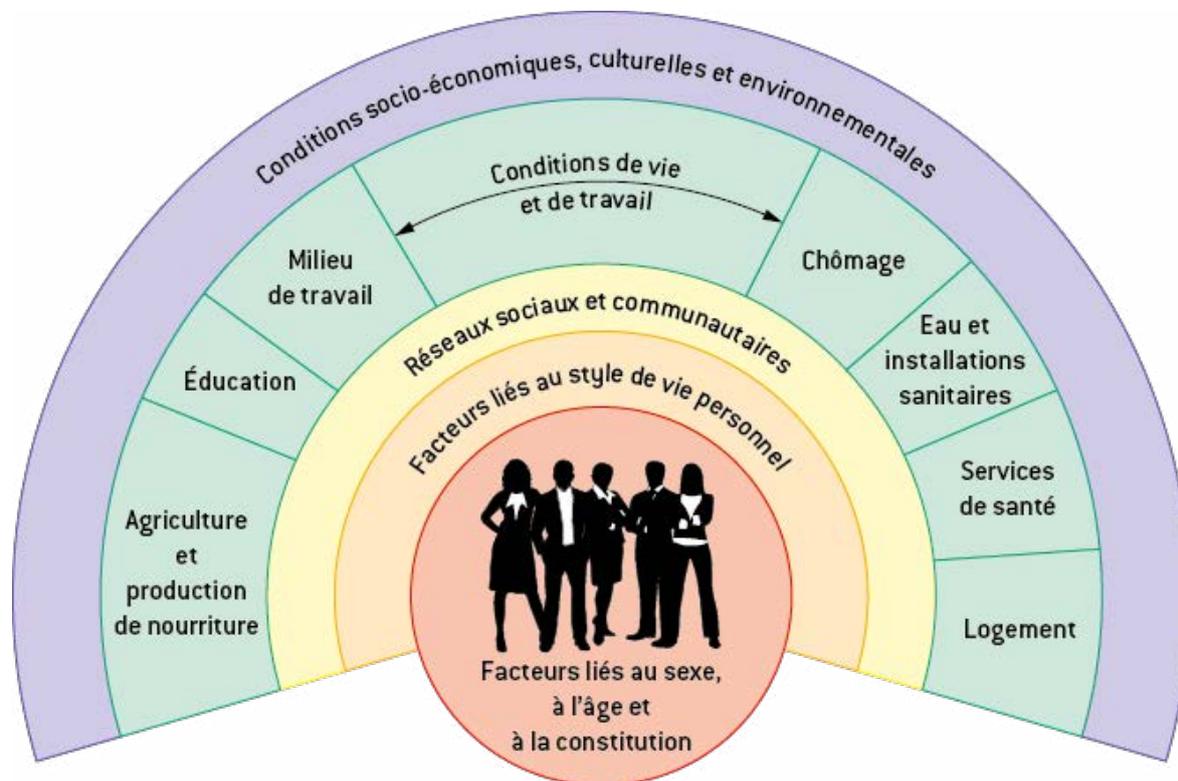
LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SELON LA CLASSIFICATION D'EVANS ET AL. (SIMPLIFIÉE).



Source : ALLA François, « **Les déterminants de la santé** », Traité de santé publique, 2016, pp. 15-18.
[Disponible sur demande](#)

Plus récemment, les recherches en santé des populations menées depuis le milieu des années 80, ont permis de constater que **les déterminants macrosociaux, économiques et culturels** ont autant d'influence sur l'état de santé des populations que les comportements personnels ou les soins médicaux. Evans propose **une nouvelle classification des déterminants qui renforce le poids des facteurs sociaux**. Cinq types de déterminants se distinguent : **l'environnement social ; l'environnement physique ; la génétique ; le système de santé et les réactions individuelles, comportementales et biologiques**. Le modèle d'Evans distingue ainsi deux niveaux de déterminants : direct (comme le comportement) et indirect (qui influence le niveau direct, comme l'environnement social)¹².

12 ALLA François, « **Les déterminants de la santé** », Traité de santé publique, 2016, pp. 15-18. <https://shs.cairn.info>



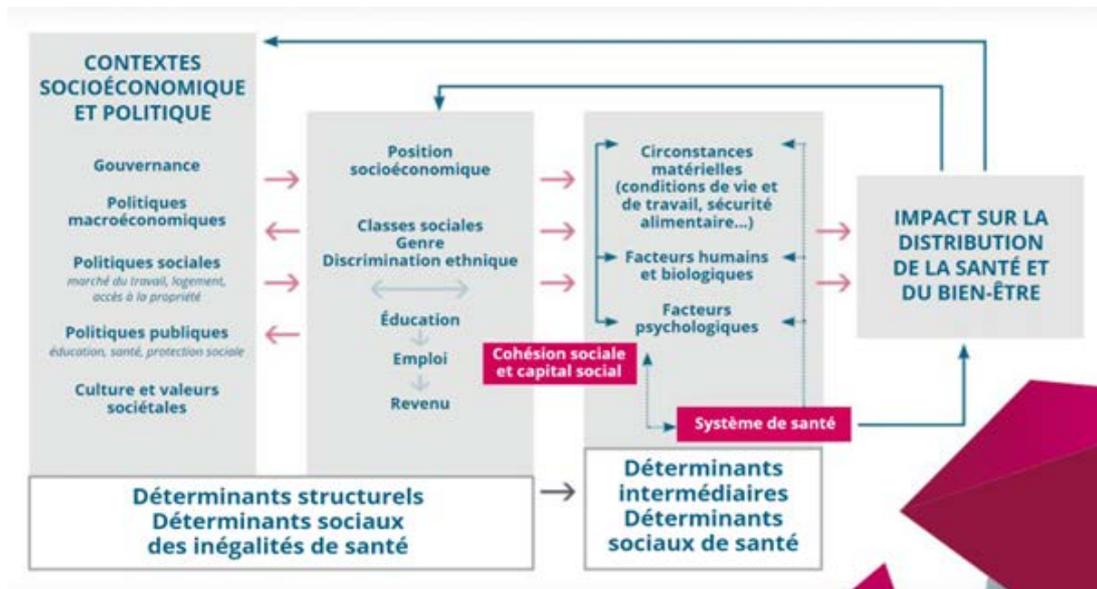
Source : adapté de Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. The Lancet, 1991, n° 338 : p. 1059-1063 <https://aapriis.univ-tlse3.fr/vf/definitions-et-concepts-relatifs-aux-iss>

D'autres **modèles explicatifs** de ces déterminants de la santé ont été élaborés parmi lesquels le **modèle de Dahlgren et Whitehead** en 1991 ; le **modèle de Diderichsen et Hallqvist** en 1998, adapté par la suite par Diderichsen, Evans et Whitehead en 2001 ; le **modèle de Mackenbach** en 1994 ; le **modèle de Brunner, Marmot et Wilkinson** en 1999 ; le **modèle de la CSDH/CDSS (Commission on Social Determinants of Health / Commission des déterminants sociaux de la santé) de l'OMS**. Certains privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités. D'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie. Ces courants ne sont pas exclusifs les uns des autres et peuvent être complémentaires.¹³

Les déterminants sociaux de la santé ont un impact direct sur la santé des individus et des populations et sont les meilleurs prédicteurs de la santé des individus et des populations, des inégalités de santé et des choix de mode de vie.¹⁴

13 Qu'est-ce qui détermine notre état de santé, Inpes, 2012-02, 5 p. <https://www.utep-besancon.fr>

14 ALLA François, « Les déterminants de la santé », Traité de santé publique, 2016, pp. 15-18. <https://shs.cairn.info>



Source : **Modélisation des déterminants structurels, sociaux et individuels des inégalités de santé, modèle « Pathway »** (Solar and Irwin, 2010) https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf

3.2. DÉFINITIONS

L'état de santé de la population s'est globalement amélioré en France et dans les pays de niveau socio-économique équivalent, mais des **inégalités sociales significatives demeurent en matière de santé**; ces inégalités qui traversent l'ensemble de la population se répartissent selon un « gradient social » de santé¹⁵. Les **inégalités sociales de santé (ISS)** font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations¹⁶. Les **inégalités de santé** rendent compte de plusieurs phénomènes qui s'imbriquent. Leurs causes sont à rechercher dans les **effets cumulatifs des inégalités sociales**, liés notamment à la faiblesse des revenus, à la précarité des conditions de vie et au déficit éducatif,¹⁷. Elles peuvent se traduire par des écarts importants de l'espérance de vie en bonne santé ou de la mortalité évitable selon le groupe social d'appartenance et le milieu de vie par exemple. Les ISS dépendent de l'**inégalité répartition des effets positifs ou négatifs des déterminants sociaux de la santé**. Elles sont donc liées au modèle de société dans lequel l'individu évolue. Socialement construites, elles ne sont ni naturelles ni justes¹⁸. Les inégalités sociales de santé sont systématiques, socialement construites et donc injustes et modifiables¹⁹. Elles relèvent de la **responsabilité collective** et en particulier de l'action des pouvoirs publics responsables de l'égalité et de l'accès aux droits pour toutes et tous sans distinction²⁰.

La prise en compte des inégalités sociales de santé est relativement récente en France. Depuis 1986, la Charte d'Ottawa, déclaration internationale mais également texte fondateur

15 FOURCADE Nathalie, VON LENNE Franck, GREMY Isabelle, et al, **L'état de santé de la population en France**. Rapport 2017, DREES, 2021, 436 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf>

16 LAURENT Anne, **Les inégalités sociales de santé : la nécessité « d'outiller » les acteurs, tous les acteurs...**, Santé Publique, vol. 1, n°. HS1, 2018, pp. 11-12. Disponible sur demande

17 MARESCA Bruno, HELMI Sara, **Les inégalités territoriales de santé, une approche des bassins de santé**, CREDOC, n° 320, 2014-12, 75 p. <https://www.credoc.fr/publications/les-inegalites-territoriales-de-sante-une-approche-des-bassins-de-sante>

18 **Guide Fab'riss. Premiers pas pour réduire les inégalités sociales de santé**, IREPS Pays de la Loire, 2024-03, 31 p. https://www.irepspd.org/_docs/Fichier/2024/5-240426081127.pdf

19 WEIL-DUBUC, Paul-Loup. **L'injustice des inégalités sociales de santé**. Rennes, Presses de l'EHESP. « Controverses », p.182. URL : <https://shs.cairn.info/l-injustice-des-inegalites-sociales-de-sante--9782810910250?lang=fr>.

20 **Avis sur les inégalités sociales de santé**, CNCNDH, 2022-02, 23 p. <https://www.cncndh.fr>

de référence de la promotion de la santé, est un texte stratégique qui oriente les interventions en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé²¹. La publication du **rapport Wresinski en 1987**²², puis des **rapports du Haut Comité de la santé publique en 1994**²³ et **1998**²⁴ amorcent la réflexion en préconisant d'agir **sur les déterminants sociaux de la santé**. Au niveau international, la publication par l'OMS du **rapport de Michael Marmot**²⁵ marque un tournant dans la lutte contre les inégalités sociales de santé et la mise à l'agenda politique de cette question. En France, les années 2000 donnent lieu à de nombreuses publications et recommandations visant à mieux **comprendre la façon dont elles se construisent, à les documenter et à les suivre**,²⁶ notamment par un apport des sciences humaines et sociales. La santé est vue comme une ressource de la vie quotidienne appelant des interventions ayant pour objectif sa préservation, agissant sur l'environnement de l'individu et du groupe. L'état de santé est perçu comme **dynamique, multi-niveaux et ses déterminants comme étant en interaction permanente avec les milieux de vie et leurs composantes**.²⁷

Les **inégalités sociales de santé se recoupent et se potentialisent avec les inégalités territoriales de santé** qui, même si les unes et les autres se recouvrent en partie du fait de la distribution spatiale des classes sociales ne sont pas réductibles aux inégalités sociales car **s'y ajoute l'effet de la distance, géographique** comme dans les zones rurales ou sociale comme dans les banlieues des grandes villes. Les **inégalités de la répartition des professionnels de santé** sont également très marquées. La situation devient préoccupante dans de nombreux territoires, fréquemment ruraux, ou dans les banlieues défavorisées des grandes métropoles. Ces situations ne concernent plus seulement quelques cantons isolés mais bien des départements entiers, voire des régions entières²⁸. Pour parler précisément **des inégalités territoriales**, il faut pouvoir isoler la composante des disparités entre populations qui ressortent précisément **de différences existant dans l'organisation du soin, de la prévention, de l'accompagnement des patients**²⁹, mais aussi **de l'accès aux services, des infrastructures de transport**³⁰ et de l'urbanisme. **La notion des inégalités territoriales correspond à cette dimension organisationnelle**. La France est l'un des pays d'Europe où les inégalités de santé, appréciées notamment sur les indicateurs de mortalité, sont les plus importantes. **Les écarts observés entre régions sont très marqués** et ces inégalités socio-territoriales se sont accrues au cours des dix dernières années³¹.

21 RIDDE Valéry, GUICHARD Anne, HOUETO David, **Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances »**, IUHPE, Vol. 14, suppl. 2, 2007, pp. 44-47 <https://journals.sagepub.com>

22 WRESINSKI Joseph, Grande pauvreté et précarité économique et sociale, 1987-02, JORF, 113 p. <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>

23 **La santé en France**. Rapport général, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Haut Comité de santé publique, 1994-11, 335 p. https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/Rapport_HCSP_1994_La_sante_en_France_Rapport_general_.pdf

24 **La santé en France 1994-1998**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, HCSP, 1998-09, 310 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=18>

25 **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, OMS ; 2009. 232 p. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789242563702_fre.pdf

26 LAURENT Anne, **Les inégalités sociales de santé : la nécessité d'outiller les acteurs, tous les acteurs...**, Santé Publique, HS, 2018, pp. 11-12 Disponible sur demande

27 FISCHER Gustave-Nicolas, TARQUINIO Cyril, **L'éducation à la santé in Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé**, Dunod, 2014, pp. 189-213. Disponible sur demande

28 VIGNERON Emmanuel, **Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français**, Les Tribunes de la santé, Vol. 38, n° 1, 2013, pp. 41-53. Disponible sur demande

29 MARESCA Bruno, HELMI Sara, **Les inégalités territoriales de santé, une approche des bassins de santé**, CREDOC, n° 320, 2014-12, 75 p. <https://www.credoc.fr/publications/les-inegalites-territoriales-de-sante-une-approche-des-bassins-de-sante>

30 RICAN Stéphane, VAILLANT Zoé, **Urbanisme et réduction des inégalités sociales de santé : les diagnostics locaux de santé**, La santé en action, n° 434, 2015, pp. 24-25 <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2015-n-434-urbanisme-et-amenagements-favorables-a-la-sante>

31 MARESCA Bruno, HELMI Sara, **Les inégalités territoriales de santé, une approche des bassins de santé**, CREDOC, n° 320, 2014-12, 75 p. <https://www.credoc.fr/publications/les-inegalites-territoriales-de-sante-une-approche-des-bassins-de-sante>

Les inégalités sociales et territoriales de santé concernent la population française dans son ensemble, en dessinant un gradient continu à travers toutes ses couches sociales, et n'opposent pas les plus précaires au reste de la population³². L'état de santé s'améliore progressivement au fur et à mesure que l'individu s'élève dans la hiérarchie sociale, de manière continue, depuis le bas de l'échelle sociale jusqu'au sommet³³. En d'autres termes, les personnes qui ont une position sociale favorable sont en meilleure santé que celles qui sont juste au-dessous, et ainsi de suite jusqu'aux personnes les plus démunies. Ainsi, les personnes les plus défavorisées ont l'état de santé le moins bon de façon générale³⁴. Les inégalités sociales de santé **agissent dès l'enfance et peuvent se maintenir tout au long de la vie.³⁵**



Source : **Guide Fab'riss. Premiers pas pour réduire les inégalités sociales de santé**, IREPS Pays de la Loire, 2024-03, 31 p.

Le terme d'inégalités sociales de santé renvoie donc à la **relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles ne sont pas synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale**³⁶. Les inégalités sociales de santé se traduisent par une différence d'espérance de vie à 35 ans, de 5,3 ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs chez les hommes, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale. Chez les femmes, cet écart est moins marqué (3,4 ans). Les ouvriers ont plus de deux fois plus de risque que les cadres de mourir entre 35 et 65 ans, et 1,7 fois plus entre 65 et 75 ans. Depuis les années 1990, l'écart d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers a diminué pour les hommes (-1,7 an), alors qu'il a augmenté modérément pour les femmes (+0,8 an). Entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés, l'écart d'espérance de vie à 35 ans est de 8 ans pour les hommes et de 5,4 ans pour les femmes. Pour les hommes, il existe une gradation : plus le diplôme est élevé, plus l'espérance de vie l'est. Pour les femmes, l'écart d'espérance de vie est net entre celles qui ont un diplôme et

32 **Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité**, HCSP, 2009-12, 101 p. <https://www.google.com>

33 **Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité**, HCSP, 2009-12, 101 p. <https://www.google.com>

34 TRON Laure, FAUVERNIER Aurélien, REMONTET Laurent, et al., **Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteint d'un cancer en France. Étude du réseau Francim**, BEH, n° 5, 2021, pp. 81-93 http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/5/pdf/2021_5_2.pdf

35 VERDOT C, TORRES M, SALANAVE B, et al., **Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006**, BEH, n° 13, 2017, pp. 234-241 http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/2017_13_1.html

36 LANG Thierry, ULRICH Valérie, **Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016**, DREES, 2017-10, 290 p. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf

celles qui n'en ont pas, mais la gradation est peu marquée parmi les diplômées³⁷.

La précarité, elle, est définie par l'OMS par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux.³⁸ **Les personnes en situation de précarité sont plus vulnérables aux problèmes de santé physique et mentale**, en raison notamment d'un accès plus difficile aux soins et d'une plus grande exposition aux facteurs de risque tels que le stress, la malnutrition, l'environnement défavorable, etc.³⁹

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 l'ensemble de la population. Pour l'anthropologue **Didier Fassin**, les inégalités sociales de santé sont le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment dans les corps⁴⁰.

Lutter contre les inégalités sociales de santé nécessite d'adopter une approche par la promotion globale de la santé. Au niveau international, la Charte d'Ottawa propose un cadre d'action permettant d'envisager une démarche **d'intervention transversale sur l'ensemble des déterminants sociaux, économiques ou environnementaux de la santé**. A cela s'ajoutent cinq piliers : **l'élaboration d'une politique publique qui pose les conditions d'une vie en bonne santé, la création de milieux de vie favorables, la participation de la population et le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des systèmes de santé vers une approche globale de la personne**⁴¹.



Source : **Les inégalités sociales de santé persistent selon la Drees**, Care news, 2022, en ligne : <https://www.carenews.com>

37 BLANPAIN Nathalie, **Les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers : 5 ans chez les hommes, 3 ans chez les femmes**, Insee, n° 2005, 2024-07, en ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8220688>

38 MICOULAUD-FRANCHI Jean-Arthur, **Précarité et psychiatrie**, in Psychiatrie et addictologie, 2021, pp. 38-40 <https://www.cairn.info/psychiatrie-addictologie--9782340061033--page-38.htm>

39 **Droits et soins de santé des personnes en situation de précarité : quelles difficultés rencontrent-elles ?**, Médecins du monde, 2023, 50 p. https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2024/05/Etude-Droits_Soins_Precaires_Metz-Parie-1-France-FR.pdf

40 POTVIN Louise, MOQUET Marie-José, JONES Catherine, **Réduire les inégalités sociales en santé**, INPES, 2010, 380 p https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/INPES_Reducire_les_inegalites_sociales_en_sante.pdf

41 **Avis sur les inégalités sociales de santé**, CNCDH, 2022-02, 23 p. <https://www.cncdh.fr>

4. RÉDUIRE LES ISTS

4.1. RECOMMANDATIONS

Dans leurs travaux de recherche portant sur l'évolution des recommandations politiques internationales et nationales relatives à la lutte contre les inégalités sociales de santé, Marion Porcherie et ses collègues montrent que **les modes d'action sur les inégalités sociales de santé décrits dans ces textes** poursuivent deux buts distincts. D'une part, ils posent les bases d'une **logique d'actions à mettre en œuvre** et **déclinent des recommandations en termes de cibles et de moyens**. D'autre part, ils **ont pour objectifs des modifications structurelles et systémiques** appelant une conception nouvelle de l'action publique. Face à la complexité pour saisir la réalité des inégalités sociales de santé et à agir sur celles-ci, les recommandations visent des **leviers multiples**. Cependant, si les grands principes d'actions sont bien posés et identifiables, ils ne décrivent pas toujours concrètement les processus par lesquels intervenir. De plus, les auteurs soulignent que **les recommandations semblent aussi mettre de côtés des stratégies complexes ciblant des déterminants sociaux, environnementaux et commerciaux, non directement reliées au système de soins**. De telles stratégies nécessitent une **conception du financement de la santé publique et de la promotion de la santé bien plus large et global que ce que l'on a pu observer jusqu'à présent**. Les **responsabilités individuelles** demeurent donc une **cible privilégiée des recommandations**. Néanmoins, les auteurs notent que le **partage des responsabilités politiques** entre tous les secteurs est présenté comme **essentiel** et la **responsabilité du secteur sanitaire est systématiquement mise en avant** afin de garantir, en principe, l'organisation d'un système préventif et de promotion de la santé et un niveau de prise en charge satisfaisants. Enfin, toujours au niveau international, c'est **l'échelon local qui est présenté comme le niveau de responsabilité et d'action le plus pertinent**. Les auteurs se sont également intéressés de façon plus spécifique à la façon dont les recommandations internationales ont été intégrées aux politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé déployées en France. Ils montrent ainsi que **cette intégration a pris du temps et n'est pas encore complètement aboutie**⁴².



42 PORCHERIE Marion, LE BIHAN-YOUIYOU Blanche, POMMIER Jeanine, **Les évolutions des modes d'actions pour agir sur les inégalités sociales de santé dans les recommandations politiques à l'international et en France**, Santé Publique, 2018-05, HSI, pp .33-46 <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HSI-page-33?lang=fr>

Liste des rapports internationaux et français pour la prise en compte des inégalités sociales de santé entre 2000 et 2014 au regard des textes politiques de portée mondiale produits par l'OMS et mode d'action sur les inégalités sociales de santé.

	Auteurs	Année	Titre	Organe émetteur	Principaux modes d'action sur les inégalités sociales de santé*
Chartes	OMS	1978	Déclaration of Alma Ata	Chartes de l'OMS	①a ④e ⑥c ⑦a,d
	OM	1986	Ottawa	Chartes de l'OMS	①b, ②④d ⑤d ⑨e
	OMS	1998	Déclaration pour le XXI ^e siècle	Chartes de l'OMS	⑤d ⑥a ⑧a,d ⑨d,e
	OMS	2005	Bangkok	Chartes de l'OMS	②⑤a ⑩a
	OMS	2010	Adelaide	Chartes de l'OMS	⑥d ⑧a ⑨b,d,f,g,h
	OMS	2011	Rio	Chartes de l'OMS	③⑤a,b ⑨a
	OMS	2013	Helsinki	Chartes de l'OMS	③a ④a h ⑨a
Recommandations internationales	Bell & Marmot	2014	Policies for health: Why a social determinants framework is needed now	UK	③a ④a ⑤d ⑥a,b,c ⑩b
	OMS Comité régional Europe	2014	Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020	OMS EU	①b ③a ④d ⑤c ⑦a ⑨b,c
	European Commission	2014	Action in health inequalities in the European Union 2003-2013 Final Report	EU	④b ⑦b,c ⑨b,h
	Lin, Jones, Wang & Bans	2014	Health in all policies as a strategic policy response to NCDs	HNP World Bank	④⑨b,g
	OMS Comité régional Europe	2011	Strengthening public health capacities services in Europe: a framework for action	OMS EU	①b ④b ⑧b ⑨b ⑩a,b
	Marmot & NHS	2010	Fair society, healthy lives, the Marmot's review	Rapports de recommandations internationaux	⑦c ④c,d ⑩c
	NHS	2009	Tackling Health Inequalities: 10 Years On – A review of developments in tackling health inequalities in England over the last 10 years	UK	②b ④c
	CSDSS OMS	2008	Closing the gap in a generation	MOS	②c ⑦a,b,d ⑧c ⑨c
	IUPHE Canadian Consortium for Health Promotion Research	2007	Déterminer l'avenir de la promotion de la santé : priorités d'action		⑦c ④d ⑤d ⑨c,e
	Tone P. Torgersen, Øyvind Giæver and Ole Trygve Stigen	2007	Developing a national strategy to reduce the social inequalities in health. The Norwegian case	Norvège	④d ⑥a,c ⑦e ⑨b ⑩b
	Kelly, Morgan <i>et al.</i>	2007	The social determinants of health: developing an evidence based for political action	NICE - NHS - UK	//
	Hunter & Killoran	2004	Tackling health inequalities: turning policy into practice?	NHS - ADH	④d ⑧a ⑨d,h
	Graham & Kelly	2004	Health inequalities: concepts, frameworks and policy	NHS - Breifing note	⑦b,f ⑧a,c ⑨b,c
	Acheson	1998	Acheson inquiry	UK	②c ⑤c ⑦a,b,d,e ⑧a ⑨b
	Recommandations françaises	SFSP 1	2014	Une gouvernance renouvelée pour la Stratégie nationale de santé	France
SFSP 2		2014	Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé	France	①b ②④b ⑤c ⑦a ⑧a ⑨b,c,i ⑩c
Ministère Santé (Hors Textes)		2013	Projet de loi de Santé Publique – dossier de presse	France	①a,b
IGAS		2011	Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action	France	⑦a,b ⑨b,i ⑩b,c ⑩a,b
HISCP		2009	Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité	France	⑦a ⑧c ⑨e,h ⑩c ⑩a,b
INPES, Coll. Ss dur. Basset		2008	Les Agences Régionales de Santé et les inégalités sociales de santé	France	④⑤b ⑥d ⑦a,b,c,f ⑨b,c,d,g

Source : PORCHERIE Marion, LE BIHAN-YOUIYOU Blanche, POMMIER Jeanine, **Les évolutions des modes d'actions pour agir sur les inégalités sociales de santé dans les recommandations politiques à l'international et en France**, Santé Publique, 2018-05, HSI, pp .33-46 <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HSI-page-33?lang=fr>

Dans les grandes lois portant sur l'organisation du système de santé votées depuis les années 2000, la question des inégalités sociales de santé n'est quasiment pas prise en compte. Toutefois, si la structure du système de santé français reste centrée sur la question de l'offre de soins et de l'accès aux soins, **l'adoption de stratégies nationales de santé (SNS) depuis 2014 affiche la volonté de mettre en place une approche plus globale de la santé**, et de refonder dans une seule et même politique l'ensemble des champs de l'action publique sanitaire. Ces stratégies visent à donner une cohérence à l'action des différents ministères et réduire les inégalités sociales de santé ⁴³.

La feuille de route de la stratégie nationale de santé 2014-2018 a commencé à mieux

43 Avis sur les inégalités sociales de santé, CNCDH, 2022-02, 23 p. <https://www.cncdh.fr>

prendre en compte les ISS. Dès l'introduction, elle prévoyait de « définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent, pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins ». L'axe 1, intitulé « Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé », comportait d'ailleurs des objectifs larges, comme « ne pas cloisonner curatif et préventif », « diversifier suffisamment l'offre de santé, a fortiori en termes de prévention, afin de ne pas laisser certains publics à l'écart du système de santé » et « agir sur les déterminants de santé en mobilisant, dans ce but, les autres politiques publiques (social, éducation, travail, environnement...) ». Ces objectifs auraient dû se traduire par des mesures concrètes dans la loi de santé, or cela n'a pas été le cas puisque celle-ci, publiée en 2014, s'est finalement concentrée sur quelques mesures de prévention essentiellement ciblées sur l'évolution des comportements individuels et ignorant le reste des déterminants sociaux de santé⁴⁴.

La stratégie nationale de santé 2018–2022 était plus concrète et prenait mieux en compte le caractère transversal des inégalités sociales de santé. La sous-partie intitulée « promouvoir des conditions de vie et de travail favorables à la santé et maîtriser les risques environnementaux » comprenait notamment des mesures visant à lutter contre des conditions d'habitat indignes, à améliorer la santé et la qualité de vie au travail ou encore à réduire l'exposition aux pollutions. Cependant, la plupart de ces mesures n'ont pas été pleinement mises en œuvre.

La stratégie nationale de santé 2023–2033, encore non validée à l'heure où nous écrivons ces lignes, tient compte des enseignements tirés de la crise sanitaire et de l'impact qu'elle a eu sur la santé des populations. Les catégories les plus modestes ont été plus exposées à la contamination, en raison de leurs emplois et de la promiscuité au sein de leurs logements. Du fait de leur condition physique initialement dégradée, elles présentaient en parallèle un risque plus élevé de développer des formes graves de la maladie, comme en a témoigné la surmortalité dans certains départements. Ainsi, **la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est le fondement de l'ensemble des objectifs qui figurent dans cette stratégie**. Dans le cadre de la mise en œuvre des actions portées par les différents plans nationaux ou régionaux, **les actions visant la population dans son ensemble** seront déclinées avec une cible de réduction des inégalités, ou d'adaptation des moyens selon un principe d'universalisme proportionné⁴⁵. Cette nouvelle SNS avance des mesures adoptant **une vision globale de la santé, intégrant la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé comme prioritaire** ainsi que l'accès de tous à la prévention et aux soins, y compris les publics les plus éloignés et/ou en situation de vulnérabilité⁴⁶.

44 **Avis sur les inégalités sociales de santé**, CNCDDH, 2022-02, 23 p. <https://www.cncddh.fr>

45 **Stratégie nationale de santé 2023–2033. Projet soumis à consultation**, Ministère de la santé et de la prévention, 2023-09, 85 p. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_sns.pdf

46 **Retour sur le projet de Stratégie nationale de Santé (2023–2033) à l'adresse de la Conférence nationale de santé**, UNIOPSS, 2023-09, 21 p. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/c_2d_uniopss_contribution_proj_sns_env_mme_munch_070923.pdf

4.2. LEVIERS D'INTERVENTION

Universalisme proportionné

Les politiques mises en place pour réduire les inégalités sociales de santé ne doivent **pas se limiter à agir sur les déterminants de la santé** mais incluent des **actions visant à contrecarrer les mécanismes à l'origine de la répartition inégale des déterminants de la santé** dans la population. Pour ce faire, la conception de telles politiques nécessite la prise en compte de stratégies relatives au contexte socio-économique et politique ; aux approches intersectorielles ; à la participation sociale et l'*empowerment*. Dans la mise en place de politiques ou d'actions en santé, **deux types de stratégies sont souvent déployées : l'approche universelle et l'approche ciblée**⁴⁷.

L'**approche universelle** représente une politique ou une action, où l'intervention est offerte à tous, et qui a le potentiel de soutenir l'ensemble de la population et de favoriser le bien-être de tous les niveaux socio-économiques. Il s'agit donc d'une intervention qui **concerne indifféremment l'ensemble de la population**, quels que soient les besoins ou la position sociale de chacun. Il est question d'égalité d'accès. En prenant l'exemple des soins de santé, chaque individu a potentiellement accès aux soins de santé de base indistinctement de son âge, de son revenu ou de sa position sociale. Cependant, cette approche ne prend pas en compte les difficultés d'accès des individus moins socialement avantagés qui peuvent faire face à un ensemble de barrières (le coût des soins, les moyens de se rendre à l'hôpital, le niveau de littératie en santé trop faible etc.) restreignant l'accès effectif aux soins de santé de base. Les **approches universelles peuvent donc accentuer les inégalités sociales de santé** : les personnes disposant d'un statut socio-économique plus élevé bénéficient davantage des approches universelles notamment car leurs comportements sont plus proches de ceux qui sont préconisés et elles rencontrent moins de difficultés d'accès aux ressources nécessaires.⁴⁸

L'**approche ciblée** représente une politique ou une action qui concerne une partie de la **population**. Cibler seulement les populations défavorisées est insuffisant pour réduire les inégalités. En effet, le ciblage des populations induit l'idée d'inclusion et de non inclusion d'un groupe. Cette vision présente deux risques : le premier est celui de stigmatiser un sous-groupe, notamment lorsque l'on cible des populations défavorisées et dans le besoin, et il y a le risque d'assimiler leurs modes de vie aux causes des inégalités de santé. Le second risque est celui de négliger les besoins des groupes intermédiaires, non inclus dans le ciblage, dont l'état de santé peut être très proche de celui des groupes ciblés. Par ailleurs, l'approche ciblée peut permettre d'agir sur les conséquences des ISS mais pas sur les causes⁴⁹. **Les approches universelles et les approches ciblées présentent chacune des inconvénients et impactent de manière limitée le gradient social de santé.**

En combinant ces deux approches, **Michael Marmot**, chercheur en épidémiologie et en santé publique, **a développé en 2010, le principe d'universalisme proportionné**. Selon lui, pour réduire la pente du gradient social de santé, les **actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de la défaveur sociale**. Une plus grande intensité d'action sera probablement nécessaire pour ceux qui ont un plus grand désavantage social et économique, et donc plus de besoins ou des besoins spécifiques, mais se concentrer uniquement sur les plus défavorisés ne réduira pas le gradient de santé

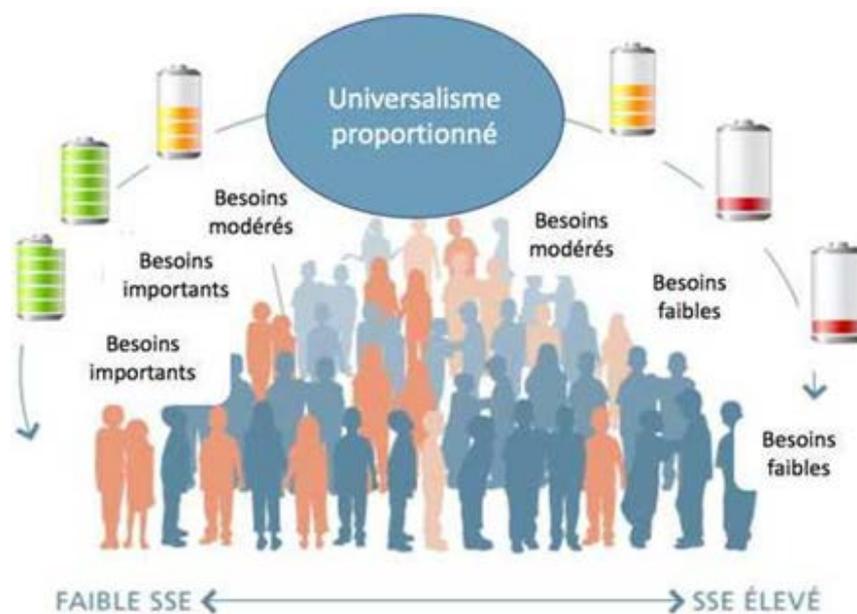
47 L'**universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé**, Observatoire de la santé Province de Hainaut, 2017, 17 p. <https://observatoiresante.hainaut.be>

48 L'**universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé**, Observatoire de la santé Province de Hainaut, 2017, 17 p. <https://observatoiresante.hainaut.be>

49 **Universalisme proportionné : lutte contre les inégalités sociales dès la petite enfance**, Ville santé OMS, 2017-06, 4 p. https://villes-sante.com/wp-content/uploads/2022/11/PVS_brochure_PVS13_universalisme-proportionne_juin2017.pdf

et ne s'attaquera qu'à une petite partie du problème⁵⁰. Il s'agit donc d'offrir une intervention universelle concernant l'ensemble de la population, en veillant à éliminer les barrières d'accès pour éviter d'accentuer les inégalités sociales de santé ; mais avec une intensité et des modalités qui varient en fonction des différents sous-groupes de la population et de leurs besoins. **Le principe d'universalisme proportionné ne s'intéresse pas uniquement à l'aspect quantitatif des actions mais surtout à leur aspect qualitatif via des actions différenciées et adaptées au contexte local**⁵¹. L'universalisme proportionné⁵² a pour ambition de lisser le gradient social, origine des inégalités sociales de santé. Dans des situations particulières, des normes différentes doivent être appliquées aux individus, aux groupes pour garantir leurs besoins et satisfaire de manière adéquate leurs désavantages structurels⁵³. En modulant les intensités et les types d'actions, il permet la construction de politiques plus adaptées aux besoins des populations. Il favorise donc des actions pertinentes, modulables en fonction des besoins, à l'inverse d'une approche universaliste qui offre à tous les mêmes ressources sans distinction.

A ce jour, l'universalisme proportionné semble être **l'approche la plus pertinente pour réduire les inégalités sociales de santé**⁵⁴.



SSE : Statut socio-économique

50 MARMOT Michael, **Fair society, healthy lives**, The Marmot Review, 2010-02, 242 p. <https://www.instituteofhealthequity.org>

51 **L'universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé**, Observatoire de la santé Province de Hainaut, 2017, 17 p. <https://observatoiresante.hainaut.be>

52 FERRON Christine, **L'universalisme proportionné: De quoi parle-t-on? Comment peut-il être mis en œuvre concrètement?**, FNES, IREPS Bretagne, 2015-03, 33 p. https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_actes_des_evenements_de_la_sfsp/diapo_ferron0315.pdf

53 CAREY Gemma, CRAMMOND Brad, DE LEEUW Evelyne, **Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism**, International journal for equity in health, n° 15, 2015-09, pp. 14:81 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26369339/>

54 **Universalisme proportionné : lutte contre les inégalités sociales dès la petite enfance**, Ville santé OMS, 2017-06, 4 p. https://villes-sante.com/wp-content/uploads/2022/11/PVS_brochure_PVS13_universalisme-proportionne_juin2017.pdf

Dans les faits, les **actions mettant en œuvre le principe d'universalisme proportionné** sont encore rares⁵⁵ et les modalités pratiques sont peu détaillées dans la littérature⁵⁶. Que ce soit au niveau national ou local, l'une des difficultés majeures est **la faible notoriété des mesures en relevant**. Les interlocuteurs, et notamment les agences régionales de santé, en appréhendent bien la théorie mais disposent de **peu d'informations pour objectiver le gradient social de santé et donc agir sur ce dernier**. D'une manière générale, les politiques publiques continuent à s'adresser aux plus fragiles et aux plus favorisés sans réussir à qualifier les besoins des populations « intermédiaires »⁵⁷. Elles reconnaissent que l'objectif d'améliorer la santé de la population n'est pas nécessairement compatible avec l'objectif de réduire les disparités en matière de santé⁵⁸.

Toutefois, il existe des initiatives inspirantes. A titre d'exemple, l'étude **PRALIMAP-INÈS, «Promotion de l'ALIMENTATION et de l'Activité Physique – INÉgalités de Santé»** est un bon exemple qui prouve l'efficacité de ce type d'intervention **pour réduire le gradient social nutritionnel des adolescents**⁵⁹. Cette **recherche interventionnelle** a été mise en œuvre afin de tenter ne pas aggraver les inégalités sociales grâce à une intervention adaptée à la population d'adolescents en situation de surpoids ou d'obésité issus de milieux sociaux moins favorisés. La recherche a démarré en septembre 2012 dans le département des Vosges. Basée sur le principe de l'universalisme proportionné, son but était de tester si ce type de stratégie avait un effet équivalent à une stratégie de prise en charge standard pour les milieux sociaux favorisés sur la réduction de l'excès de poids. Au total, 1 419 adolescents ont été inclus dans la recherche. PRALIMAP-INÈS a mis en évidence des difficultés de prise en charge des adolescents socialement moins favorisés en situation d'obésité (IMC > IOTF-30) et les adolescents en situation d'obésité sévère (IMC > IOTF-35), dont certains n'étaient pas suivis par le système de soins et pour lesquels de grandes difficultés (médicales, psychologiques, culturelles et sociales) ont dû être surmontées et ont demandé une attention toute particulière et adaptée. PRALIMAP-INÈS s'est révélée adéquate pour les adolescents en surpoids (IMC situé entre l'IOTF-25 et IOTF-30). **Une réduction du gradient social a été obtenue** avec un effet sur le BMI Z-score (nombre d'écart-type à la moyenne des personnes de même genre et de même âge) avec une évolution favorable de façon équivalente chez les garçons défavorisés et de façon supérieure chez les filles défavorisées et un même effet sur les indicateurs nutritionnels avec des variations équivalentes. Plusieurs porteurs de projet se sont associés pour sa mise en place : le Cnam-ISTNA, l'Université de Lorraine (APEMAC), le CHRU-CIC de Nancy et le Rectorat de l'académie Nancy-Metz ⁶⁰.

Un autre exemple, au Canada, **l'initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE)** développée depuis 2011, vise à soutenir le développement des enfants québécois à mieux préparer leur entrée au premier cycle du primaire et leur réussite scolaire. Le premier volet concerne la **réalisation de l'enquête** québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (**EQDEM**). Le second volet consiste à mettre en **œuvre des actions pouvant soutenir le développement des enfants à la suite des résultats obtenus dans le cadre du premier volet**⁶¹. Cette initiative se base sur six principes

55 L'**universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé**, Observatoire de la santé Province de Hainaut, 2017, 17 p. <https://observatoiresante.hainaut.be>

56 AFFELTRANGER Bastien, POTVIN Louise, FERRON Christine, et al., **Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ?**, Santé Publique, HS n° 1, 2018-05, pp. 13-24 <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-13?lang=fr&contenu=resume>

57 **Les politiques universelles sont optimisées par le dosage**, La gazette santé social, 2020-01, pp. 20-21 [Disponible sur demande](#)

58 FROHLICH Katherine, POTVIN Louise, **Transcending the known in public health practice. The inequality paradox : The population approach and vulnerable populations**, American Journal of Public Health, Vol. 98, n° 2, 2008-02, pp. 216-221 <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2007.114777#abstract>

59 OMOROU Abdou Yacoubou, **Proportionate universalism intervention is effective for tackling nutritional social gradient in adolescents: the PRALIMAP-INÈS mixed randomised trial**, Public health, Vol. 221, 2023-08, pp. 79-86 [Disponible sur demande](#)

60 PRALIMAP-INÈS. **Présentation de l'étude « PROMotion de l'ALIMENTATION et de l'Activité Physique – INÉgalités de Santé »**, CNAM, 2022, en ligne : <https://www.cnam-istna.fr/nos-actions/recherches-/pralimap-ines-1016048.kjsp>

61 **Développement des jeunes enfants : avis scientifique, présentation et outils**, INSPQ, 2024, en ligne : <https://www.inspq>

d'intervention : **agir tôt, agir de façon concertée à différents niveaux écologiques⁶², agir selon l'universalisme proportionné, agir en se souciant de la qualité, agir sur le développement global, agir selon la trajectoire développementale⁶³.**

L'adaptation de l'action publique aux besoins et capacités des bénéficiaires est aujourd'hui un **enjeu d'équité et de justice sociale** dépassant largement le seul secteur de la santé. Dans cet esprit, et compte tenu des difficultés structurelles (institutionnelles, organisationnelles, socio-culturelles...) à appliquer effectivement l'universalisme proportionné aux actions de prévention, **trois types de ressources sont indispensables. Des méthodes d'analyse des facteurs et des processus de différenciation**, aptes à distinguer les causes proches et distantes de résultats hétérogènes en matière de prévention ; **des connaissances, issues de l'évaluation des stratégies de prévention et de leur observation**, permettant d'objectiver et de comparer leurs performances en fonction des groupes sociaux ou des territoires ; **une volonté politique et pragmatique de réflexivité et de co-construction**, ouverte à la remise en cause et inscrivant les stratégies de prévention dans une logique itérative de progrès. L'universalisme proportionné est ainsi à construire dans le cadre d'un dialogue entre décideurs politiques, professionnels et publics bénéficiaires⁶⁴.

Littératie en santé

La littératie en santé désigne les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'**accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé** pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence⁶⁵. La recherche montre que les personnes ayant un statut socio-économique moins favorisé ont plus de risques de présenter de **faibles niveaux de littératie en santé**. Le renforcement de la littératie en santé, en tant qu'outil permettant aux individus et aux populations d'exercer un plus grand pouvoir sur leur santé, constitue **une stratégie visant à réduire l'impact des déterminants sociaux et socioéconomiques sur les inégalités de santé**. La réduction des inégalités de littératie en santé, comme outil de réduction des ISS, est un moyen d'atteindre une plus grande équité en matière de santé⁶⁶. Elle agit comme un « **déterminant de déterminants** » de la santé. Son niveau influence certains déterminants tels que les comportements de santé, l'utilisation des services de santé, la participation des personnes et des groupes, ou encore l'équité en santé. Ce **concept transversal** représente un levier d'action pour les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social, social et éducatif. Les personnes âgées ou en situation de handicap, issues de l'immigration et ne maîtrisant pas la langue ou la culture, faiblement scolarisées... ont plus de risques de présenter un niveau faible de littératie en santé. **Près de la moitié des adultes ne dispose pas d'un niveau suffisant de littératie en santé⁶⁷.**

Pour renverser cette situation, il est nécessaire d'agir afin de **hausser le niveau de littératie en santé** de l'ensemble de la population. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe préconise une **action à différents niveaux : assurer une meilleure communication sur la santé**, en

qc.ca/developpement-des-jeunes-enfants/avis

62 Au sens des différents environnements : social, culturel, éducatif, naturel...

63 L'ARRIVEE-LAVOIE Amélie, MAUGER Isabelle, **Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle de la Capitale-Nationale. Résultats EQDEM 2022**, CIUSS, 2024-01, 61 p. <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca>

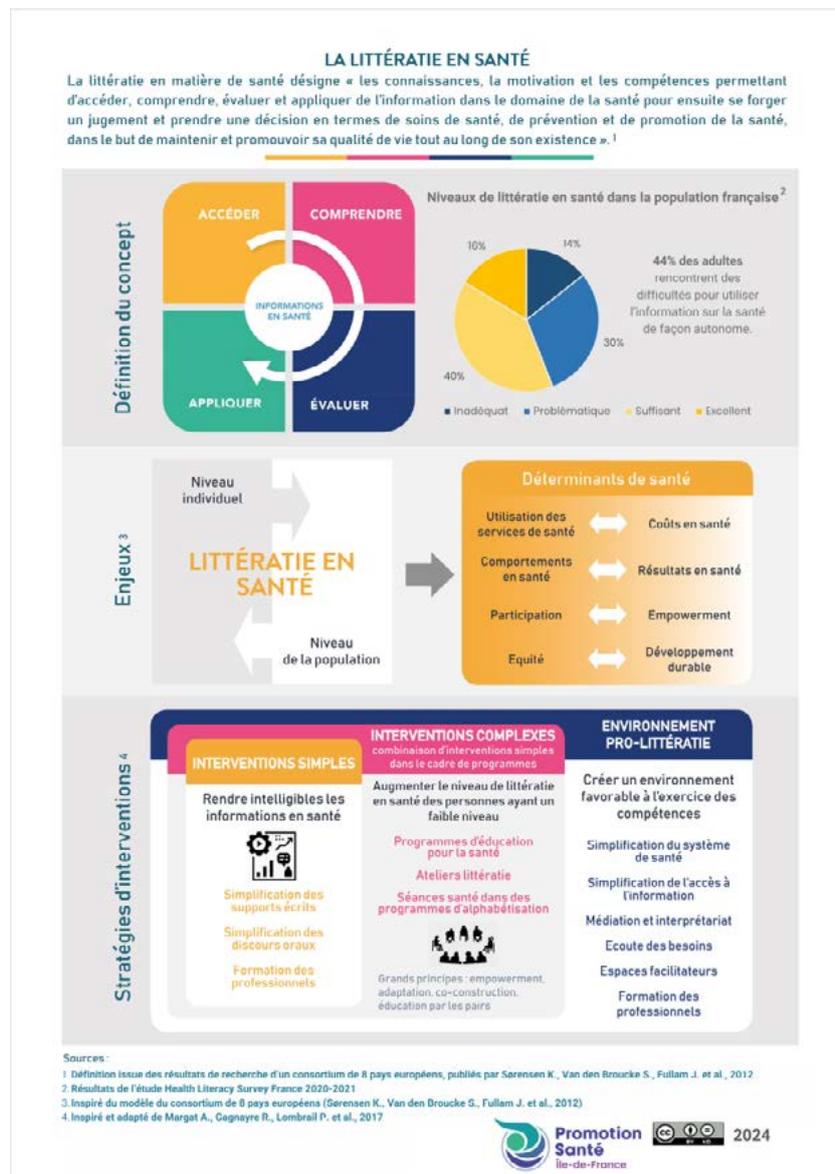
64 AFFELTRANGER Bastien, POTVIN Louise, FERRON Christine *et al.*, **Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ?**, Santé Publique, Vol. 30, Suppl. 1, 2018-05, p. 13-24. <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HSI-page-13?lang=fr&contenu=resume>

65 **La littératie en santé**, Promotion santé Ile-de-France, 2023-11, en ligne : <https://www.promotion-sante-idf.fr/>

66 **La littératie en santé**, Promotion santé Ile-de-France, 2023-11, en ligne : <https://www.promotion-sante-idf.fr/>

67 **Littératie en santé. Rapport de l'étude Health Literacy Survey France 2020-2021**, SESTIM, Santé publique France, 2024-05, 99 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/litteratie-en-sante-rapport-de-l-etude-health-literacy-survey-france-2020-2021>

établissant des lignes directrices prenant mieux en compte le concept de littératie en santé ; **créer et renforcer des environnements favorables à la littératie en santé** ; et **élaborer des politiques pour aborder la littératie en santé** aux niveaux local, national et international. Ces actions doivent être mises en œuvre au **niveau territorial le plus fin et au plus près des populations**, afin de rendre les personnes autonomes et ainsi de leur permettre de prendre elles-mêmes des décisions ayant un impact favorable sur leur santé dans la vie quotidienne : à leur **domicile, dans la communauté, sur leur lieu de travail, dans les systèmes de soins et éducatifs**, etc. En outre, le **secteur de la santé lui-même peut donner l'exemple** en créant des milieux de soins qui permettent une autonomie des patients et favorisent l'acquisition d'un niveau plus élevé de littératie en santé. Au-delà, **les décideurs politiques, les professionnels, la société civile et le secteur privé** devraient tous contribuer à relever les défis de la littératie en santé. De leur côté, les **instances internationales et régionales comme l'OMS, l'Union européenne (UE) et le Conseil économique et social de l'Organisation des Nations unies (ONU)** peuvent servir de plateformes politiques et sociétales pour les actions à mettre en œuvre⁶⁸.



Source : **La littératie en santé**, Promotion santé Ile-de-France, 2023-11, en ligne : <https://www.promotion-sante-idf.fr/>

68 VAN DEN BROUCKE, **La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique**, La santé en action, n° 440, 2017-06, pp. 11-13 <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2017-n-440-communiquer-pour-tous-les-enjeux-de-la-litteratie-en-sante>



Des outils existent pour améliorer la littératie en santé. **Culture et santé a développé 9 fiches** qui visent à prendre en compte et renforcer la littératie en santé. Ces fiches permettent à la fois d'accéder à des informations sur la littératie en santé et ses enjeux, à travers des savoirs documentés et des données chiffrées, et d'améliorer les pratiques en s'appuyant sur des pistes d'actions concrètes et des ressources pour aller plus

loin. Chaque fiche développe certaines actions selon un angle de vue spécifique: rédiger un support d'information, tester un support d'information, communiquer oralement, rendre un lieu favorable à la littératie, focus sur les personnes âgées et les personnes sourdes, etc.⁶⁹

En 2021, **Santé publique France** a également publié un guide pratique à l'attention de tous ceux qui souhaitent concevoir une information accessible à tous « **Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible** ». Il formalise des préconisations pour développer une information accessible, selon les principes de conception universelle et en tenant compte des besoins des publics auxquels elle s'adresse. Chaque chapitre délivre des suggestions de bonnes pratiques, liste les écueils à éviter et donne des exemples précis pour illustrer. Un tableau récapitulatif des pratiques essentielles conclut chacune des parties. Le guide est destiné à accompagner tous les acteurs dans la conception et le partage d'une information accessible à tous, quels que soient leurs publics et leur degré de littératie⁷⁰.



La littératie en santé s'illustre dans des projets variés. Ainsi, à titre d'exemple, **l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Bourgogne-Franche-Comté**, (renommée en janvier 2024 Promotion santé Bourgogne Franche Comté), en collaboration avec la coordination du **Contrat Local de Santé (CLS) du Pays Lédonien dans le Jura**, s'est appuyé sur la littératie en santé pour développer un modèle d'action afin de renforcer l'accès à la prévention et aux dépistages des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus des personnes en situation de précarité. Au moyen de la méthode de Design Thinking, il s'agissait de déterminer l'action la plus pertinente à mettre en place dans un **Quartier Prioritaire de la Ville (QPV)**. Au cours de 10 séances, un groupe composé de professionnels et d'Habitants-Usagers-Citoyens (HUC), accompagné par la chargée de projet de l'antenne de l'Ireps dans le Jura, a pu sélectionner le modèle de communication à mettre en œuvre et les messages à y adjoindre. La forme et le résultat de l'action ont bénéficié d'une valorisation dans les médias ainsi qu'auprès d'organisations s'intéressant à la mobilisation des publics. Cette intervention a modifié les perceptions des uns et des autres sur le dépistage. **Un dialogue a été engagé entre personnes précaires et professionnels de santé. Des compétences ont été acquises pour aborder la mobilisation des publics**⁷¹.

Dans la même idée, **la Cité de la santé** est un espace qui met à disposition des informations en santé fiables et accessibles. Implantée au sein de la bibliothèque de la Cité des Sciences et de l'Industrie depuis 2002, elle propose des services qui accompagnent les publics, dans une approche liée à la prise en compte et au développement de la littératie en santé. Plusieurs partenaires interviennent au sein de pôles de conseil accueillant le public gratuitement, sans rendez-vous et de façon anonyme. Un service de réponses en ligne « Questions-santé » est mis en place pour permettre aux documentalistes de la Cité de la santé d'apporter des

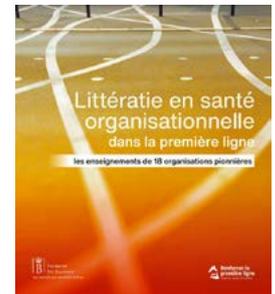
69 **Fiches Lisa**, Culture et santé, 2024, en ligne : <https://www.cultures-sante.be/outils-ressources/fiches-lisa/>

70 ALLAIRE Cécile, RUEL Julie, **Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible**, Santé publique France, CIRLI, 2021, 110 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/>

71 BOUHIER Frédéric, **Renforcer l'accès au dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus des personnes en situation de précarité : littératie et participation action**, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022-09, 11 p. <https://www.capitalisationsante.fr/>

réponses documentaires plus précises, au plus grand nombre⁷².

Pour aller plus loin, la **Fondation du Roi Baudouin** a publié en 2024 « **Littératie en santé organisationnelle dans la première ligne** ». Outre la présentation du concept et de recommandations, cette publication présente 18 initiatives belges sous forme de fiches récapitulatives⁷³.



Agir précocement

Un autre levier puissant de réduction des inégalités de santé est **d'accompagner le développement du jeune enfant en améliorant les environnements et en intervenant précocement**. Les inégalités sociales de santé **affectent les enfants, dès la grossesse**, et ont une incidence sur leur état de santé. Elles se répercutent et s'amplifient tout au cours de leur vie et ont un fort risque d'impacter les générations à venir. Intervenir le plus précocement possible sur la réduction des inégalités est reconnu comme une stratégie efficace⁷⁴. La **petite enfance est un moment clé** en raison de la très grande capacité du cerveau, extrêmement malléable, à s'adapter à tout stimulus. Par conséquent, **l'environnement et les expériences faites par l'enfant pendant la petite enfance sont importants pour le façonnement de la structure neurologique**. La structure du cerveau et ses fonctions étant étroitement reliées, tout ce qui impacte la structure aura aussi potentiellement des impacts sur les fonctions neurologiques, et donc sur le développement moteur, cognitif, affectif, émotionnel de l'enfant. C'est pour cette raison que des chercheurs considèrent que c'est une période idéale pour investir dans des politiques publiques, puisque le retour sur investissement sera plus important et efficace qu'à d'autres périodes de la vie. En outre, **la notion de « périodes sensibles »**, en dehors desquelles il est difficile de rattraper des retards de développement, alerte sur l'importance de cette période de la vie.⁷⁵ Intervenir dans la petite enfance représente donc un investissement durable pour permettre de réduire le fardeau des ISS⁷⁶.

Le dispositif des 1000 premiers jours soutient cette démarche et vise à mieux accompagner les parents dans le contexte de l'arrivée d'un enfant. L'ambition est de **lutter contre les inégalités de destin en créant des conditions favorables au développement de l'enfant**⁷⁷. Si beaucoup de choses se jouent entre le début de la grossesse et les deux ans de l'enfant, tout ne s'y décide pas. Il s'agit bien de mettre un accent inédit sur cette période en prévoyant des interventions précoces qui pourront contribuer à lutter contre les inégalités. Ainsi à titre d'exemple, **la démarche « Petits pas, grands pas » (PPGP) initiée en 2017** par l'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé (ANISS) à Angers puis portée par l'Agence Kalia depuis 2023 et déployée sur 35 départements, vise à **renforcer la capacité des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) à lutter contre l'effet des inégalités sociales sur les familles et les jeunes enfants**. Elle accompagne les services de PMI à développer des **actions préventives de qualité** accessibles à tous les parents, à comprendre leurs besoins, à proposer des services adaptés. Pour cela, les actions proposées portent sur **l'analyse de la communication existante**, le déploiement du **contact prénatal universel** et sur la **formation des professionnels**. L'ensemble du procédé s'appuie sur la théorie de l'attachement et de

72 La Cité de la santé, **l'information en santé à la portée de tous**, Portail CAPS – Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022–03, 8 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

73 **Littératie en santé organisationnelle dans la première ligne. Les enseignements de 18 organisations pionnières**, Fondation Roi Baudouin, 2024, 68 p. <https://media.kbs-frb.be>

74 **PRSE 4 : Agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé**, PRSE des Pays de la Loire, 2024–09, en ligne : <https://www.paysdelaloire.prse.fr>

75 PANICO Lidia, KELLY-IRVING Michelle, BAJOS Nathalie (et al.), **Les inégalités sociales de santé : des thématiques à investir**, ADSP, n° 113, 2021, pp. 28–34. <https://shs.cairn.info>

76 GARDOSO Thierry, GORZA Maud, **Réduire les inégalités sociales de santé dès les 1000 premiers jours in L'enfant dans son environnement**, ERES, 2024, pp. 213–223 <https://shs.cairn.info>

77 **Les 1000 premiers jours pour lutter contre les inégalités la racine**, La préfecture et les service de l'État en région Occitanie, 2022–02, en ligne : <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/occitanie>

la chaîne de sécurité.⁷⁸ Cette démarche propose des services aux parents et futurs parents, dans une approche d'universalisme proportionné. Elle s'adresse à tous mais s'adapte aux besoins repérés. **La formation « Approche Préventive fondée sur la Relation d'aide (APR) en PMI »** permet aux professionnels de revisiter leurs pratiques habituelles, de questionner ce qui semble évident dans la relation construite avec les familles, et de s'approprier de nouveaux outils. Des temps d'intervision permettent aux professionnels de réfléchir collectivement aux postures professionnelles mises en œuvre avec les familles, avec en filigrane la théorie de l'attachement⁷⁹. L'objectif principal de "Petits pas, grands pas" est **d'augmenter la capacité des services publics à lutter contre l'effet délétère des inégalités sociales sur le développement des enfants et la santé des familles**. Pour atteindre cet objectif principal, quatre cibles d'intervention ont été définies : augmenter la capacité des PMI à optimiser les services existants en repérant les points d'amélioration possible et en capitalisant les forces des services ; accroître la possibilité de contacter systématiquement toutes les familles, afin d'augmenter l'accessibilité des services ; développer la capacité d'intervention précoce des professionnels auprès des familles, pour renforcer l'action préventive adaptée à leurs besoins ; assurer la qualité pérenne des services par un processus d'évaluation, pour maintenir la qualité des services de manière continue à travers un processus d'autoévaluation. Cette démarche "Petits pas, grands pas" constitue une nouveauté dans le paysage des services de PMI en France. S'appuyant sur la culture de la PMI, mais aussi sur les réussites et les échecs des recherches expérimentales, elle a permis de développer un modèle afin de lutter contre les inégalités. Les premiers résultats d'implantation témoignent de l'acceptabilité de la démarche et de sa pertinence par rapport aux besoins des services. Ces résultats montrent aussi l'enjeu pour les services de PMI de passer d'une logique soit universelle, soit ciblée à une logique d'universalisme proportionné. Cette transition augmente la qualité des services de PMI, montre leur savoir-faire en matière de prévention et vient renforcer leur valeur aux yeux des décideurs publics. En soutenant leurs compétences en prévention, la démarche "Petits pas, grands pas" contribue à cette revalorisation. Plus encore, elle leur permet de se doter d'outils, de se former et de développer des moyens innovants pour lutter contre les inégalités sociales⁸⁰.

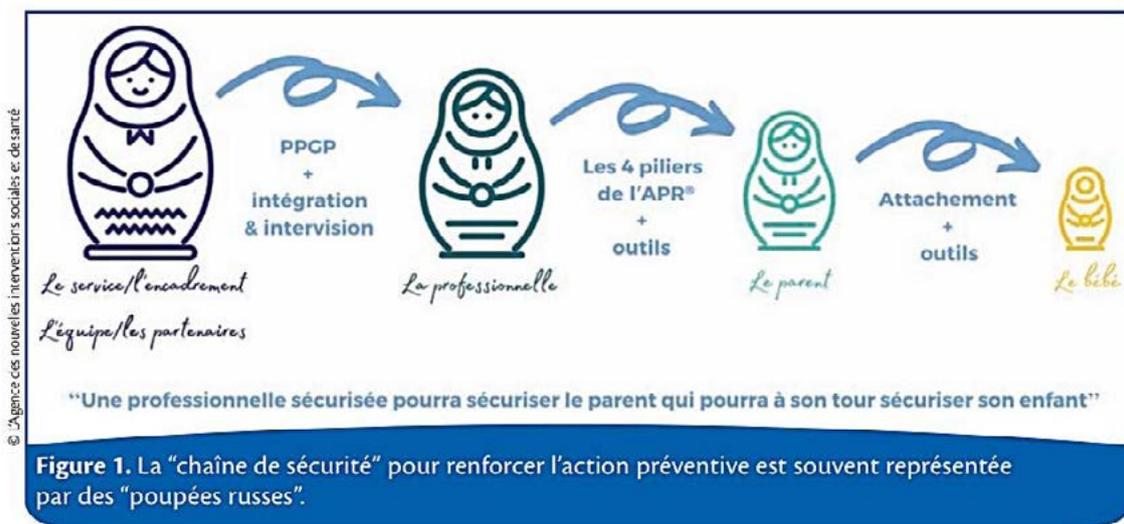


Figure 1. La "chaîne de sécurité" pour renforcer l'action préventive est souvent représentée par des "poupées russes".

Source : PELLERIN Martine, **La démarche petits pas grand pas. Fiche de capitalisation**, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2024-01, 17 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

78 EURY Charles, PELLERIN Martine, **La démarche « Petits pas, Grands pas »**, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022, 17 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

79 **Petits pas, grands pas**, Kalia, 2024, en ligne : <https://www.agence-kalia.fr/nos-actions/ppgp/>

80 SAIAS Thomas, BODARD Julie, MÖRCH Carl-Maria (et al.), « **Petits pas, grands pas** », une démarche pour réinventer la prévention en PMI, Cahier de la puéricultrice, n° 321, 2018-11, pp. 29-35 [Disponible sur demande](#)

Autre exemple, celui du **Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP)** qui est un **programme psycho-éducatif de renforcement des compétences familiales**, faisant partie des programmes validés scientifiquement. Développé et **évalué dans plus de 35 pays**, ce programme a été **adapté au contexte français** par le Comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes (CODES 06), avec le soutien de Santé publique France⁸¹. Ce programme de prévention sélective et universelle⁸², accueille les parents et leurs enfants dans des ateliers où les mêmes thèmes sont abordés, ce qui en accroît l'efficacité. Chaque édition rassemble un groupe de 10 familles autour de 14 sessions de 2 heures une fois par semaine. PSFP s'adresse aux familles avec des enfants **de 3 à 6 ans ou de 6 à 11 ans**. Positionné dans le champ de la promotion de la santé mentale, il s'appuie sur les concepts de résilience, d'auto-efficacité, d'apprentissage social et de communication non-violente. Il développe l'attention positive, la communication, la gestion des émotions et pose les bases de la discipline positive. **Principalement implanté à la demande des villes**, son protocole offre une formation solide aux partenaires locaux et aux animateurs, dont il améliore les compétences professionnelles au-delà du programme. Dans un contexte de bienveillance et d'expérimentations concrètes d'outils validés, il offre un cadre d'échanges constructifs et progressifs où les uns et les autres apprennent aussi de leurs expériences et savoir-faire respectifs. Il permet aux **parents d'élargir l'éventail de leurs pratiques parentales**. Il a des effets rapides sur les relations familiales et la confiance en soi des parents. A moyen terme, il améliore **les compétences parentales**, accroît leur sentiment d'efficacité personnelle, de communication, de supervision et d'engagement. Il favorise aussi le développement **des compétences psychosociales des enfants**, réduit les troubles du comportement, l'anxiété et la dépression et renforce les liens familiaux. A long terme, il réduit l'initiation et la consommation de produits psychoactifs⁸³. Le programme PSFP vise à soutenir les familles en les aidant préventivement à développer des « facteurs de protection » et à mettre en place un « climat familial » positif⁸⁴. Ce programme participe à la réduction des inégalités de santé⁸⁵.

Aujourd'hui, les **familles en situation de pauvreté** ont un accès trop **limité aux places de crèches** alors que leurs enfants en ont particulièrement besoin car ces modes d'accueil favorisent le développement de l'enfant et l'apprentissage du langage⁸⁶. La crèche apparaît comme un outil pour diminuer les inégalités sociales avant l'entrée à l'école⁸⁷. Ainsi en juin 2016, la Caisse nationale des Allocations familiales (Cnaf) et Pôle emploi ont signé, avec les ministres des Affaires sociales, du Travail et des Familles et de l'Enfance, un accord et une charte relatifs aux **crèches à vocation d'insertion professionnelle (Avip)**. Ces crèches réservent des places aux jeunes enfants de 0 à 3 ans de parents en situation de recherche d'emploi, volontaires pour s'engager dans une recherche intensive. Elles leur permettent de bénéficier d'un accompagnement social et professionnel en vue de leur intégration durable sur le marché du travail. Les structures labellisées «Crèches Avip» s'engagent à partager le diagnostic des besoins, élaboré dans le cadre du projet de territoire et à inscrire leur offre en complémentarité avec les offres d'accueil sur le territoire. Elles agissent dans une dynamique partenariale avec les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle sur le territoire, Pôle emploi (devenu France Travail), ou la mission locale et le Conseil départemental, selon des

81 **PSFP (programme de soutien aux familles et à la parentalité)**, Ministère du travail et des solidarités, 2023-11, en ligne : <https://sante.gouv.fr>

82 GORZA, Maud., HOUZELLE, Nathalie., SEMPÉ, Sandie., LASBEUR, Linda., HAMSANY, Marie., DU ROSCOËT, Enguerrand., CARDOSO, Thierry. Promouvoir la santé de l'enfant en soutenant les compétences parentales : l'action de Santé publique France. *Enfances & Psy*, 2018/1 N° 77, p.37-48. En ligne <https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2018-1-page-37?lang=fr>.

83 **Le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP)**, Santé publique France, 2022-01, en ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr>

84 **PSFP (programme de soutien aux familles et à la parentalité)**, Ministère du travail et des solidarités, 2023-11, en ligne : <https://sante.gouv.fr>

85 ROEHRIG Corinne, **Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité. PSFP 6/11 PSFP 3/6**, Clefs parentalité, 2021-05, 13 p. <http://clsm-ccoms.org>

86 **Augmenter le nombre d'enfants défavorisés accueillis dans les crèches**, Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2021-12, en ligne : <https://solidarites.gouv.fr>

87 PANICO Lidia, **Les inégalités sociales de santé : des thématiques à investir**, ADSP, n° 113, 2021-03, pp. 28-34 <https://documentation.insp.gouv.fr/insp/doc/CAIRN>

modalités de coopération et d'échange définies ensemble. Elles accueillent au minimum 20% d'enfants de moins de trois ans dont les parents sont dans une démarche active de recherche d'emploi, selon une volumétrie et des périodes définies par chaque établissement d'accueil du Jeune Enfant (Eaje). Elles portent une attention particulière aux familles monoparentales et prioritairement celles résidant dans un quartier prioritaire de la politique de la ville et adaptent le fonctionnement du service d'accueil aux besoins des publics fragiles (temps d'accueil et d'écoute des parents, période d'adaptation, implication des parents, etc.) et à l'évolution de leur situation, notamment en faisant évoluer les périodes d'accueil de l'enfant lors des périodes de formation ou d'accompagnement. Ces crèches nomment un référent «familles», en charge du suivi des missions. Elles assurent une place d'accueil pérenne de l'enfant lorsque le parent bénéficiaire retrouve un emploi, correspondant à cette situation d'emploi, jusqu'à l'entrée de l'enfant en école maternelle⁸⁸. **Les premiers bilans d'évaluation de ces dispositifs**, qui dénombrent 262 crèches Avip dans 33 départements en 2021, soulignent **les bénéfices importants en matière de parentalité⁸⁹ ainsi que pour le développement des enfants⁹⁰** mais est **plus nuancé concernant l'accès à l'emploi des parents**. Peu diplômés, ils occupent souvent des emplois aux horaires atypiques et à temps partiel, avec des conditions de travail difficiles, de faibles niveaux de rémunération et des contrats précaires et peinent à s'insérer durablement et de manière sécurisée sur le marché du travail⁹¹.

Participation citoyenne : Co-construction, démocratie sanitaire et empowerment

Parmi les autres stratégies identifiées pour favoriser la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, **la co-construction est un levier intéressant**. En effet, ce levier permet de concilier efficacité et éthique. Le public est le meilleur juge pour définir quels changements sont possibles et par quelles voies, il reste libre de ses choix. Quand il devient acteur de changement, les modifications ont plus de chances de persister sur la durée. La mixité des publics consultés, leur hétérogénéité permettent d'aborder la question du gradient social et de la cohésion sociale⁹². **Les institutions de santé, les agences de santé publique et la communauté scientifique conviennent** que l'implication des communautés dans la politique, la pratique et la recherche en matière de santé publique est une condition nécessaire pour atteindre leurs objectifs et réduire les inégalités sociales en matière de santé⁹³.

De même, selon la **Conférence nationale de santé (CNS)**, les politiques de santé **co-construites avec la population** sont également **plus éthiques et plus efficaces**. Ainsi, **la démocratie en santé** qui vise à **associer l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé**, dans un esprit de dialogue et de concertation est une démarche à prendre en compte. Elle prend la forme d'instances de concertation dans lesquelles l'ensemble des acteurs du champ de la santé sont représentés⁹⁴. Depuis 2002, les droits individuels et collectifs des usagers du système de santé ont beaucoup progressé, particulièrement sur le plan juridique⁹⁵. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre

88 **Le dispositif des crèches AVIP, c'est quoi ?**, CAF, s.d., en ligne : <https://www.caf.fr/>

89 **Crèches à vocation d'insertion professionnelle : des effets positifs mais fragiles**, Le Média social, 2022-10, en ligne : <https://www.lemediasocial.fr/>

90 **Crèches Avip : positive pour l'accueil, à revoir sur l'insertion**, L'assmat, 2022-09, en ligne : <https://www.lassmat.fr>

91 **Quel (premier) bilan tirer des crèches Avip ?**, Les pros de la petite enfance, 2024-06, en ligne : <https://lesprosdela petiteenfance.fr>

92 **Réduire les inégalités sociales de santé : quelles stratégies** in *La réduction des inégalités sociales de santé. Un défi pour la promotion de la santé*, Éducation santé, s.d., en ligne <https://educationsante.be>

93 MORALES-GARZÓN Sergio, PARKER Lucie Anne, HERNÁNDEZ-AGUADO Ildefonso (et al.), **Addressing Health Disparities through Community Participation: A Scoping Review of Co-Creation in Public Health**, Healthcare (Basel). Vol. 4, n° 11, 2023-04, 19 p. <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/7/1034>

94 **Démocratie sanitaire : définition et enjeux**, ARS IDF, 2022-05, en ligne : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/democratie-sanitaire-definition-et-enjeux>

95 **Droits des patients : la démocratie en santé, une urgence à développer**, Vie publique, 2022-09, en ligne : <https://www.vie-publique.fr>

système de santé a renforcé les instances de la démocratie sanitaire par la création des conseils territoriaux de santé ; en rendant obligatoire **la représentation des usagers** dans les instances de gouvernance des agences sanitaires nationales ; avec le remplacement de la commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) par la **Commission des usagers dans les établissements de santé** ; par la **formation et l'indemnisation des représentants des usagers** ; avec la création d'une **union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé** ou encore avec des mesures favorisant le respect de la déontologie et renforçant la transparence⁹⁶. Toutefois l'effectivité des droits de l'utilisateur reste en deçà des attentes de la société. La participation réelle de la population à la politique de santé est exceptionnelle⁹⁷. De même, **la participation des publics concernés par les interventions de promotion de la santé** visant les déterminants de la santé fait partie intégrante des principes fondateurs du champ. Malgré les bénéfices de telles approches, leur mise en œuvre reste encore assez limitée et les pratiques très variées⁹⁸.

Afin de favoriser cette participation, la Haute autorité de santé (**HAS**) a publié en 2020 la **recommandation « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médicosocial ou sanitaire »** dans le cadre de son axe stratégique « **Faire de l'engagement des usagers une priorité** ». Les démarches d'engagement recouvrent différentes formes de collaboration entre des professionnels et des personnes soignées ou accompagnées, leurs proches, leurs associations, etc. Cette recommandation propose aux acteurs des repères pour mettre en œuvre de manière effective des pratiques d'engagement⁹⁹. Dans la même idée, la CNS a publié un rapport en 2022 qui propose également des pistes. Parmi les recommandations avancées, l'une d'entre elles préconise d'assurer la **consultation et la participation directe des populations pour combattre les inégalités de santé**. Elle se décline en **9 actions** dont celle de **prioriser la participation des populations les plus en difficulté, pour répondre à l'exigence de lutte contre les inégalités de santé et dans une perspective d'universalisme proportionné**¹⁰⁰.

D'une manière générale, la participation des citoyens¹⁰¹ et le développement de **l'empowerment, des compétences psychosociales**, de l'esprit critique, de la confiance en soi sont des atouts qui permettent aux personnes de devenir actrices de leur santé. Soutenir ces dynamiques qui reconnaissent les savoirs, les ressources, les compétences, les besoins réels des personnes participe à la réduction des inégalités sociales de santé¹⁰². Une participation authentique et efficace dépend clairement de la qualité du processus. Les facteurs qui influencent **l'empowerment** au cours du processus d'engagement peuvent inclure : l'égalité entre les participants qui respecte et valorise les différents savoirs et contributions ; la flexibilité épistémologique pour reconnaître, évaluer et intégrer les contributions provenant de bases de connaissances très différentes ; l'authenticité ; la transparence ; l'agentivité et l'accès aux ressources et autres moyens nécessaires pour participer activement ; la représentation basée sur un mandat démocratique et la capacité de délibérer¹⁰³.

Ainsi dans l'exemple déjà évoqué sous l'angle de la littérature (cf : p.26) et qui porte sur l'expérimentation visant à **renforcer l'accès aux dépistages des cancers** (sein, colorectal

96 **Qu'est ce que la démocratie en santé ?**, ARS, 2023-01, en ligne : <https://www.ars.sante.fr>

97 **La démocratie en santé : une urgence de santé publique**, CNS, 2022-04, 15 p. <https://sante.gouv.fr>

98 ROMERO-PORTIER C, DARLINGTON E, **Comment promouvoir la participation dans les projets de promotion de la santé ? Les facteurs clés selon les professionnels**, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, n° 70, 2022-05, pp. 147-155 [Disponible sur demande](#)

99 **Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire**, HAS, 2020-07, 9 p. <https://www.has-sante.fr>

100 **La démocratie en santé : une urgence de santé publique**, CNS, 2022-04, 15 p. <https://sante.gouv.fr/IMG>

101 LANG Thierry, **Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016**, DREES 2017, 294 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

102 **Réduire les inégalités sociales de santé : quelles stratégies** in *La réduction des inégalités sociales de santé. Un défi pour la promotion de la santé*, Éducation santé, s.d., en ligne : <https://educationsante.be>

103 BELL Karen, REED Mark, **The tree of participation: a new model for inclusive decision-making**, Community Development Journal, Vol. 54, n° 4, 2022, pp. 595-614 <https://academic.oup.com>

et utérus) menée par Promotion Santé Bourgogne Franche-Comté, en collaboration avec la coordination du Contrat Local de Santé (CLS) du Pays Lédonien dans le Jura, en plus de l'amélioration de l'accès aux dépistages organisés des cancers des populations vulnérables, le CLS a mis l'accent sur d'autres points : les critères de fragilité de la population (taux de pauvreté au-dessus des taux régionaux/nationaux), l'accessibilité faible au médecin généraliste, le renoncement aux soins, le taux élevé de décès prématuré des publics vulnérables. Les acteurs impliqués ont été sollicités pour mettre en œuvre une action auprès du public en situation de vulnérabilité, en partant des constats mettant en lumière la nécessité d'établir des communications ciblées au regard de ce public. **Parmi les stratégies mobilisées, elle a notamment utilisé la co-construction, l'expérimentation, l'empowerment, la participation et la santé communautaire.** En amont de l'action, un temps dédié aux professionnels du champ social pour les informer des démarches liées au dépistage organisé des cancers a été proposé. Ce temps de présentation préalable a permis l'identification des acteurs relais, notamment vis-à-vis du recrutement des Habitants-Usagers-Citoyens. Il a eu comme effet de permettre aux professionnels de se rencontrer, développer de l'interconnaissance, présenter les missions du CLS, de faire prendre conscience aux professionnels du secteur social que la santé est un sujet qu'ils doivent traiter mais qu'ils ne sont pas seuls pour le faire. Au moyen de la **méthode de Design Thinking**, elle a ensuite déterminé l'action la plus pertinente à mettre en place dans un **Quartier Prioritaire de la Ville (QPV)**. Au cours de 10 séances, le groupe composé de professionnels et d'Habitants-Usagers-Citoyens (HUC), accompagné par la chargée de projet de l'antenne de l'Ireps dans le Jura, a pu déterminer le modèle de communication à mettre en œuvre et les messages à y adjoindre. La forme et le résultat de l'action ont bénéficié d'une valorisation dans les médias ainsi qu'auprès d'organisations s'intéressant à la mobilisation des publics. Cette intervention a modifié les perceptions des uns et des autres sur le dépistage. Un dialogue a été engagé entre personnes précaires et professionnels de santé. Des compétences ont été acquises pour aborder la mobilisation des publics¹⁰⁴.

LA PARTICIPATION DES HABITANTS-USAGERS-CIToyENS



Source : **Renforcer l'accès aux dépistages des cancers du sein , colorectal et du col de l'utérus des personnes en situation de précarité : littératie et participation action**, reprise du modèle de l'échelle de participation d'Arnstein¹⁰⁵. Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022-07, 11 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

104 **Renforcer l'accès aux dépistages des cancers du sein , colorectal et du col de l'utérus des personnes en situation de précarité : littératie et participation action**, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022-07, 11 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

105 GAUTHIER, Mario. « L'échelle de la participation citoyenne d'Arnstein : notoriété et postérité d'un article fondateur en aménagement du territoire et urbanisme. » Lien social et Politiques, numéro 92, 2024, p. 290-304. <https://doi.org/10.7202/1112815ar>

Un autre exemple, à Nancy, le Village d'insertion, rebaptisé « Village sans prétention », est un lieu d'hébergement semi-collectif qui accueille des personnes en situation de grande marginalité, chroniquement ou durablement à la rue. Il a ouvert ses portes en janvier 2022. Le Village sans prétention repose sur plusieurs principes : **accueil inconditionnel, haut seuil de tolérance ou bas seuil d'accessibilité, hébergement durable (sans limite dans le temps), démarche participative, cadre institutionnel assoupli, intervention pluridisciplinaire, accompagnement personnalisé et aller-vers**. Grâce à ces stratégies, le Village vise la stabilisation matérielle, mentale et sociale de ses habitants ainsi que leur **empowerment**, et à terme une sortie progressive de la rue et du dispositif. Le Village s'inscrit dans une perspective **d'autodétermination** des habitants. Parmi ses objectifs, il vise notamment à renforcer la prise en charge en matière de soins, droits, prévention et réduction des risques et des dommages des personnes en situation de grande marginalité en renforçant la pluridisciplinarité et la coordination des partenaires du dispositif (médecine générale, addictions, psychiatrie, médiation sociale, aide alimentaire...) et l'accessibilité aux interventions médicales et sociales des partenaires du dispositif, notamment grâce à une démarche d'aller-vers. Le Village sans prétention relève de la promotion de la santé, puisqu'il a pour objectif **d'agir sur différents déterminants de la santé**, particulièrement prégnants pour les publics en situation de grande marginalité : logement, rupture des liens sociaux, accessibilité des services de santé et des services sociaux, conduites addictives, insécurité alimentaire, niveau de revenu... Le dispositif s'inscrit dans les cinq axes définis par la charte d'Ottawa.

En amont de son ouverture, l'équipe et les partenaires ont réalisé un repérage de personnes en situation de grande marginalité correspondant au public cible du dispositif, afin de leur proposer de l'intégrer. Une trentaine de personnes ont été présélectionnées et invitées à une journée portes ouvertes au Village. Si elles étaient intéressées, elles pouvaient **visiter les lieux et rencontrer l'équipe de professionnels, sans engagement**. Le Village, ses valeurs et son fonctionnement leur ont été présentés. Cela leur a permis de jauger si le lieu et les conditions de vie proposés leur convenaient ou non. D'emblée les personnes savaient que le dispositif était nouveau, que tout était à construire (règles de vie, aménagement...), et qu'elles auraient voix au chapitre. Toutes les personnes qui sont venues à la journée portes ouvertes et ont exprimé leur souhait de rejoindre le Village ont ainsi pu y emménager. Une partie des invités ne se sont en effet pas présentés le jour-même ou n'ont pas désiré donner suite après la visite.

Cette journée portes ouvertes constitue une **inversion du processus traditionnel d'intégration des dispositifs d'hébergement**. Ce ne sont pas les personnes qui ont fait la demande d'être hébergées et reçu une réponse positive ou négative. Elles ont été **placées dans une position d'acteur, et non de passivité** : c'est elles qui avaient le **pouvoir de choisir si oui ou non, elles emménageaient au Village**. Cette démarche contribue donc à renforcer l'autodétermination des personnes. De même, la participation est renforcée avec le Conseil des sages et la co-construction des règles de vie. Il s'agit de l'outil central de la participation au Village sans prétention. Les Conseils des Sages sont un **espace d'expression, de concertation et de décision collective**. Les habitants, accompagnés d'un intervenant social, se réunissent un vendredi soir sur deux, à 20 heures afin **d'échanger et délibérer sur la vie au Village**. Tous les participants sont en cercle, assurant l'horizontalité des rapports entre tous, qu'ils soient habitants ou professionnels. La participation n'est pas obligatoire. Il n'y a pas d'ordre du jour formel lors des Conseils : les habitants ont le champ libre pour s'exprimer sur des questions collectives, et les professionnels peuvent être force de proposition. Les habitants peuvent soumettre au groupe de nouvelles idées pour l'évolution du Village sans prétention (règles de vie, aménagement de l'espace, activités collectives...). Les votes se font à main levée. Les comptes-rendus des Conseils sont faits soit par l'intervenant social présent, soit, lorsqu'elle y participe, par une habitante ayant



une appétence pour cela, ce qui valorise ses compétences.

Les Conseils sont également un temps de médiation des conflits (notamment de voisinage) entre les habitants. L'instauration des Conseils et la co-construction du fonctionnement du Village partent de l'hypothèse que de **créer soi-même ses règles de vie entraîne une plus grande adhésion** et par conséquent amène à davantage les respecter que lorsqu'elles sont imposées, ce qui favorise la stabilisation des habitants. Pour toute règle établie collectivement et conforme aux valeurs du Village, les professionnels sont chargés de la faire appliquer (ex. si une personne extérieure est bannie, ils s'assurent qu'elle n'entre pas au Village). Les règles précédemment établies ne sont toutefois pas figées, elles peuvent être requestionnées et ajustées. Par exemple, il avait été décidé collectivement que tout invité d'un habitant ne pouvait pas rester plus de 24 heures. L'équipe de professionnels avait cependant observé que cette règle était régulièrement contournée, bien que définie par les habitants eux-mêmes. Elle a donc été à nouveau abordée en Conseil des Sages : soit les habitants décidaient de la maintenir et elle devait donc être mieux respectée, soit ils actaient collectivement que la règle ne leur convenait finalement pas et l'abrogeaient. Elle a été supprimée. Également, suite au départ définitif d'un habitant (survenu une seule fois jusqu'à présent), une concertation a lieu en Conseil des Sages. Les habitants peuvent proposer des personnes de leur connaissance pour qu'elles soient invitées à rejoindre le Village, à condition de correspondre au public du dispositif. Leurs ressentis sont également pris en compte suite aux visites des personnes pressenties.

Lors des comités de pilotage, des habitants sont conviés. Leur présence se fait sur la base du volontariat, avec l'encouragement des professionnels. Les habitants **témoignent** de leur vie au Village, et peuvent **exprimer leurs volontés et avis personnels** sur les sujets abordés. Toutefois ils ne représentent pas l'ensemble du Village car il peut exister des divergences entre habitants sur certains points. La participation aux comités de pilotage est valorisante pour les habitants, qui ont l'opportunité de s'exprimer et d'**être écoutés par des personnes de différentes fonctions et niveaux de responsabilité**. Cela est gratifiant et entraîne un sentiment de **fierté**. Les différents aspects participatifs du Village sans prétention ont pour objectif de contribuer à la **reconnaissance** et au **renforcement des connaissances et compétences des habitants**. Ainsi, ils ne sont plus des usagers avec des vulnérabilités et problématiques, mais des **acteurs avec leurs propres compétences**. Ils sont reconnus en tant que personnes qui méritent d'être écoutées, et ce qu'ils expriment vaut la peine d'être pris en considération, voire mis en œuvre dans la mesure du possible. Cette reconnaissance des compétences permettrait une **valorisation** des habitants, et renforcerait leur **estime de soi**, leur sentiment d'auto-efficacité, leur **pouvoir d'agir** et leur **autonomie**. La **démarche participative**, combinée à l'accompagnement individuel auprès des habitants concourrait à une **évolution positive** de leurs situations, de leur parcours d'insertion et de vie¹⁰⁶.

Dans un autre registre, **l'épicerie sociale d'Épinay-sous-Senart (91)** a été créée après un diagnostic territorial, sur cette commune où la quasi-totalité de la population réside en QPV. L'objectif était de créer un lieu en complémentarité de l'aide alimentaire d'urgence, pour répondre aux autres besoins d'aide alimentaire et favoriser des comportements favorables à la santé. Les bénéficiaires sont les publics en situation de précarité d'Épinay et d'une ville limitrophe. Petit à petit, les activités se sont élargies à la promotion de la santé plus globalement : éducation nutritionnelle, forum santé, consultation de prévention infirmière, atelier bien-être, atelier jardinage, lien social. Les bénéficiaires et bénévoles sont associés à la construction et à l'animation des ateliers. Et des partenariats sont noués avec d'autres acteurs locaux, notamment s'agissant d'orientation des publics en difficulté. Co-construction, co-animation, *empowerment*, ont été mobilisés pour mettre en œuvre cette action visant à réduire les inégalités sociales de santé¹⁰⁷.

106 Ireps Grand Est, **Village sans prétention. Association accueil et réinsertion sociale (Ars)**, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2023-02, 20 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

107 Promo santé Ile-de-France, **A l'épicerie sociale, mon alimentation et ma santé j'y fais attention**. **Promotion de la santé nutritionnelle, pour les bénéficiaires de l'épicerie**, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé,



Médiation en santé et stratégies « d'aller-vers » et « faire-avec »

La médiation en santé est également identifiée comme un levier efficace. Elle vise à mettre en relation les publics avec les acteurs du système de santé **permettant l'accès aux droits, à la prévention et aux soins**. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités¹⁰⁸ et **contribue ainsi à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**¹⁰⁹. La personne médiatrice cherche à favoriser le dialogue et la compréhension entre usagers et professionnels pour la mise en place d'une relation de confiance et d'une alliance¹¹⁰. Elle accompagne également les professionnels dans une évolution de leurs représentations et pratiques. Elle les aide à prendre conscience des obstacles auxquels sont confrontés les publics dans leur accès aux soins et à de meilleures conditions de vie (quartier, logement, transports, emploi, loisirs...) ¹¹¹. Son action est donc dirigée à la fois vers les publics et les professionnels. Il s'agit également de mettre en relation les personnes pour lutter contre l'isolement. Ainsi, la médiation en santé s'appuie sur **deux stratégies essentielles** : « l'aller vers » et le « faire avec ». « L'aller vers » comporte deux composantes. **La première est le déplacement physique, « hors les murs », vers les lieux fréquentés par la personne**. La deuxième est **l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect**. **Le « faire avec » les personnes reconnaît leurs savoirs et leurs capacités à faire des choix, à être autonomes... Le « faire avec » est émancipateur et valorisant**¹¹².

Ainsi, à titre d'exemple, l'intervention « **Accès à la santé des publics invisibles** » de **Saint-Quentin-en-Yvelines (SQY)** a particulièrement **développé la démarche de l'aller-vers** dans son programme d'actions. Dans cette expérimentation, il s'agissait d'une part **d'aller-vers les publics accueillis** par d'autres membres de la coopérative d'acteurs ou acteurs du territoire avec des rendez-vous individuels, d'ateliers santé bien-être etc. Et, d'autre part, de **réaliser des actions « hors les murs »** dans le cadre de visites à domicile et de maraudes dans l'espace public pour ensuite rediriger les publics vers les dispositifs de droit commun et d'accès à la santé. **L'aller-vers dans le domicile** a concerné une prise en charge pluriprofessionnelle d'habitants en bail social en situation de repli, d'isolement ; un besoin spécifiquement identifié sur le territoire. Pour finir, ce programme a inclus des actions d'aller vers réalisées par des habitants. Le deuxième groupe d'actions concernait les membres de la coopérative et les acteurs du territoire et leur montée en compétences sur la thématique santé-précarité.

2017-04, 7 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

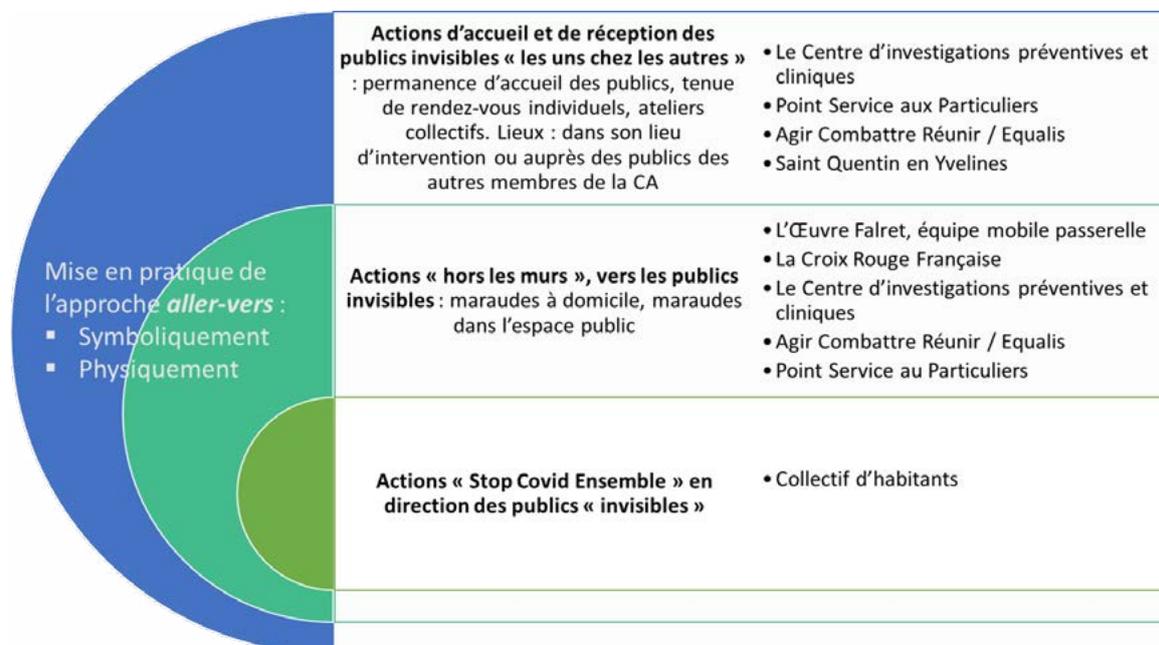
108 Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, JORF, 2017-05, 2 p. <https://www.legifrance.gouv.fr>

109 SOLEYMANI Dagmar, HAMEL Emmanuelle, BOUCHAUD Olivier, **Médiation en santé : concepts, définitions, métiers**, La Santé en action, n° 460, 2022, pp. 10-11 <https://www.santepubliquefrance.fr>

110 GAGNEBIN HAGUI Johanne, **Du médiateur en santé à l'ombudsman hospitalier : Une approche pluridisciplinaire. Thèse de doctorat**, Université de Neuchâtel, Institut du droit de la santé, 2012-02, 248 p. <https://www.e-helvetica.nb.admin.ch>

111 SOLEYMANI Dagmar, HAMEL Emmanuelle, BOUCHAUD Olivier, **Médiation en santé : concepts, définitions, métiers**, La Santé en action, n° 460, 2022, pp. 10-11 <https://www.santepubliquefrance.fr>

112 **Glossaire en promotion de la santé, Promotion santé Grand Est**, s.d., 52 p. <https://www.ireps-grandest.fr>



Source : Institut de promotion de la santé de SQY, « **Accès à la santé des publics invisibles** » de Saint-Quentin en Yvelines (SQY) réalisé dans le cadre de la coopérative d'acteurs SQY, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022-04, 15 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

Cette expérimentation est particulièrement intéressante car elle a mobilisé d'autres leviers visant à réduire les inégalités de santé. En effet, **elle a constitué des coopératives d'acteurs pour appréhender des problèmes de santé complexes**. La « coopérative d'acteurs » est **une démarche de santé publique expérimentale et innovante**. Elle consiste en une alliance d'acteurs situés sur un territoire de proximité, dont l'impulsion vient généralement de la concertation volontariste et opérationnelle entre équipes des Agences régionales de santé et les acteurs de proximité. Cette approche intersectorielle facilitatrice de mutualisation de compétences et de relations permet d'intervenir sur des déterminants sociaux de la santé, **dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé**. Elle a également mobilisé des **habitants-usagers-citoyens au sein des coopératives d'acteurs** afin de favoriser **l'empowerment**, par l'association d'habitants aux actions et à la gouvernance de la coopérative. Les co-porteurs de la coopérative d'acteurs motivés par cette perspective, ont mis en œuvre un programme d'acculturation vers les autres membres novices sur ces questions¹¹³.

Un autre exemple est offert par **l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) de Saint Etienne** qui va à la rencontre des personnes pour leur permettre d'accéder aux soins. Depuis 1999, **le pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne** a mis en place **un dispositif innovant en créant « Interface », première EMPP du département de la Loire**. Les psychologues, infirmières et autres professionnels de l'équipe mobile psychiatrie précarité de Saint-Étienne **vont vers les publics en situation précaire, dans les rues, dans les structures sociales** pour identifier leurs besoins, les orienter et leur permettre d'accéder au dispositif de soins. Ils assurent une fonction **d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes de travailleurs sociaux**. L'équipe mobile psychiatrie précarité intervient sur un bassin d'environ 200 000 habitants. Sur cet ancien territoire minier et industriel, une grande précarité sociale et financière atteint une partie importante de la population. L'équipe mobile peut compter sur un tissu associatif dynamique et sur un marché de l'immobilier permettant aux plus fragiles d'occuper un logement. En vingt ans, l'équipe a créé **différents dispositifs : permanences dans les foyers, maraudes, groupes thérapeutiques, interventions**

¹¹³ Institut de promotion de la santé de SQY, « **Accès à la santé des publics invisibles** » de Saint-Quentin en Yvelines (SQY) réalisé dans le cadre de la coopérative d'acteurs SQY, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022-04, 15 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

à domicile, travail du groupe traitant de l'incurie dans l'habitat à la mairie de Saint-Étienne, etc. L'équipe a adossé sa pratique aux missions principales des EMPP, réaffirmées dans la circulaire de 2005. Elle va au-devant des publics en situation de précarité, quel que soit le lieu, que les individus souffrent ou non d'une pathologie mentale, **afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins** lorsqu'il est nécessaire ou « rencontrer, apprivoiser, évaluer, orienter ». Elle assure aussi une fonction d'interface entre **les secteurs de psychiatrie et les équipes de travailleurs sociaux** œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, et facilite l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité ou permet de « faire réseau, faire lien entre l'hôpital et la cité ». Chaque année, près de 900 patients sont rencontrés par l'équipe. Le point fort du dispositif repose sur cette dynamique d'« aller-vers » des interventions. Au sein du dispositif Interface, il n'y a pas de travailleur social dans l'équipe. Ce choix a été fait afin qu'elle puisse se consacrer à la question de l'accès au soin. Elle ne participe pas de manière directe à la recherche d'un hébergement mais elle est en lien avec les intervenants sociaux dédiés à cette question : service intégré d'accueil et d'orientation (Siao), 115, bailleurs sociaux... Depuis quelque temps, et bien que le marché immobilier de Saint-Étienne propose une offre de logements à des prix particulièrement bas permettant à des populations précaires de louer un bien, les initiatives de « Logement d'abord » se développent. L'EMPP, dans sa mission d'être un sas entre l'hôpital et la cité, participe de près avec l'équipe d'orientation ou de loin avec l'accompagnement psy des personnes hébergées à ces nouveaux dispositifs essentiels¹¹⁴.

Dans un autre registre, **en Nouvelle Aquitaine, la Coordination Régionale Addictions (COREADD), conjointement avec le Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine (RPNA)** portent un projet de prévention des substances psychoactives chez la femme enceinte. L'environnement de la femme enceinte conditionne sa santé et celle de son enfant à naître. Une vigilance particulière à l'égard de certains produits (alcool, tabac, cannabis...) pouvant être consommés avant, pendant et après la grossesse, doit être portée afin de réduire les risques pour la santé de la femme et celle de son enfant. La COREADD Nouvelle-Aquitaine a pour mission d'intervenir pour **améliorer la réponse des professionnels du premier recours** sur l'ensemble des champs liés ou mettant en avant les problématiques de l'addiction. En matière d'alcool, il s'agit de **réduire l'incidence et les conséquences des consommations pendant la grossesse**, en améliorant le **repérage de celles-ci par les professionnels**, la connaissance qu'ils ont du réseau de proximité pour permettre une meilleure orientation et une meilleure prise en charge des femmes concernées. En pratique, il s'agit de former des professionnels des champs médicaux et psycho-sociaux sur la thématique, de prévenir les risques par la création d'outils de médiation (dépliants, goodies, site internet...), de relayer la campagne « zéro alcool pendant la grossesse » et d'organiser des colloques régionaux sur le sujet, de coordonner les acteurs du territoire en organisant des temps d'échange entre addictologie et périnatalité, en élaborant des listings de référents périnatalités et addictions, en gérant un annuaire de ressources. La COREADD mise de manière globale sur une démarche d'« aller vers » les professionnels en **favorisant tous les types de rencontres qui permettent le développement de collaborations (en inter thématiques et interdisciplinaire)**. Grâce à l'identification d'acteurs locaux en activité dans différents types d'établissements, elle permet la valorisation d'actions mises en œuvre sur le terrain pour irriguer les pratiques. Son niveau régional lui permet de faire remonter aux instances les difficultés rencontrées et les réussites. Elle donne aussi l'occasion, via son site, de permettre au grand public d'accéder à l'identification des ressources dont il pourrait avoir besoin¹¹⁵.

114 « **Aller vers** » pour promouvoir la santé des populations, La santé en action, n° 458, 2021-12, 47 p. <https://www.santepubliquefrance.fr>

115 Société française de Santé Publique, **Prévention des consommations de substances psychoactives (SPA) chez la femme enceinte**, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022-04, 11 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

5. PRENDRE EN COMPTE ET ÉVALUER LES ISTS

5.1. OUTILS POUR ACCOMPAGNER LES ACTEURS

Il existe plusieurs niveaux d'intervention à prendre en compte pour réduire les ISTS. Des études ont montré que la capacité à tirer profit des interventions est liée à l'appartenance à certains groupes sociaux¹¹⁶. Ces actions bénéficient souvent aux groupes sociaux les plus favorisés, ce qui tend à aggraver les ISTS. Ainsi, dans la mise en place d'un projet, de nombreux critères sont à prendre en compte pour éviter ces écueils. Plus précisément, pour permettre à des projets de **contribuer à la réduction des inégalités de santé**, ou au moins **à ne pas les renforcer**, des travaux recommandent de développer des stratégies s'inscrivant dans une démarche de **promotion de la santé**¹¹⁷. C'est pour permettre aux acteurs d'intégrer la démarche de promotion de la santé et ses effets sur les ISTS que des outils ont été développés¹¹⁸. La prise en compte des ISTS permet de penser et d'entreprendre des actions sur différentes échelles, en inscrivant la prévention des maladies et la promotion de la santé dans le cadre d'une relation sociale et collective plutôt que comme une dimension uniquement individuelle et curative¹¹⁹. Dans les projets d'éducation et de promotion de la santé sa prise en compte doit être une priorité tout au long du projet, de sa conception à son évaluation. Les différents outils cités sont présentés à titre d'exemple. Ils sont classés par date de publication, du plus ancien au plus récent. Cette liste n'est pas exhaustive.



Lentille ISS

L'outil Belge « **Lentille ISS** », développé en 2011 par la **Fondation Roi Baudouin** et l'**ASBL Sacopar**, s'adresse à tous les acteurs impliqués dans un projet local destiné à améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie de la population : décideurs institutionnels, coordonnateurs, acteurs professionnels ou bénévoles. Cet outil interactif permet de porter plus d'attention aux inégalités sociales et de mieux les prendre en compte pour en diminuer les effets. Il propose **trois questionnaires à renseigner en ligne** : « [lorsque le projet commence](#) », « [lorsque le projet est en cours](#) », « [lorsque le projet se termine](#) ». Les trois versions sont à utiliser de façon successive afin de pouvoir mesurer la prise en compte des ISS dans le projet et en évaluer le processus. L'outil est particulièrement destiné à des acteurs, décideurs institutionnels, coordonnateurs, professionnels. Cet outil s'articule avec d'autres outils de gestion de projet¹²⁰.



Grille Lor'IS

La **grille Lor'IS** (Lorraine Inégalités de santé) a pour objet d'accompagner les acteurs à mener une action autour de la réduction des inégalités de santé. Développée en 2014, cette grille a été élaborée dans le cadre du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de

Lorraine, à l'occasion de la mise en place de séminaires territoriaux sur la réduction des

116 PERETTI-WATEL Patrick, **La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ?**, Revue d'épidémiologie et de santé publique, n° 61, S 3, 2013, pp. 158-162. <https://www.em-consulte.com>

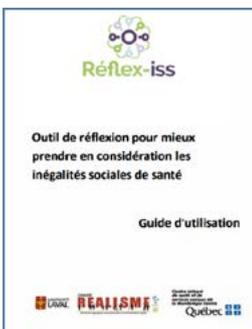
117 GAUDREFROY Marie, OSBERY Aline, CHRISTOPHE Emilie, **Réduire les inégalités de santé : Lor'IS, une grille d'accompagnement pour les acteurs de terrain en promotion de la santé**, Santé publique, 2018-09, Vol. 51, H51, pp. 111-119 [Disponible sur demande](#)

118 **Les outils portés par la plateforme**, AAPRISS, s.d., en ligne : <https://aapriiss.univ-tlse3.fr>

119 **Avis sur les inégalités sociales de santé**, CNCDH, 2022-02, 23 p. <https://www.cncdh.fr>

120 **Lentilles ISS. Le questionnaire des inégalités sociales de santé**, Fondation Roi Baudouin, 2024-09, en ligne : <http://www.inegalitesdesante.be/>

inégalités de santé. L'IREPS de Lorraine (aujourd'hui Promotion Santé Grand Est) a assuré le développement de Lor'IS en lien avec un groupe multidisciplinaire et multi partenarial local: l'ARS, l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA, aujourd'hui Association Addictions France), la Caisse régionale de sécurité sociale dans les mines Est, le Collectif Inter associatif Sur la Santé de Lorraine, le Conseil Régional, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), l'École de Santé Publique, l'Université de Lorraine, la Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale, la Mutualité Française, l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales, des délégués du Préfet de chaque département, SANOFI France. L'outil s'adresse à un **large public de porteurs de projets** : acteurs sanitaires, éducatifs, du travail social, du secteur médico-social, culturel, de l'environnement, du travail, du logement..., institutionnels ou associatifs. Plus largement, il peut être utilisé par toute personne ou structure portant une action, **un projet ou un programme** et souhaitant mener une réflexion relative à la réduction des inégalités de santé. Il **peut être utilisé en amont, pendant et en aval du projet**. Utilisé dans la phase d'élaboration, il guidera les porteurs sur **l'intégration de la question des inégalités dans la construction du projet**. Pendant la mise en œuvre du projet, il permet à l'équipe de s'interroger sur ses éventuelles réorientations et les éléments à travailler prioritairement afin que ce projet s'inscrive dans une démarche de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Utilisé en aval, il favorise la réflexion sur les perspectives d'évolution des projets à mettre en œuvre ultérieurement, afin que ces derniers puissent contribuer à la réduction des inégalités¹²¹.



REFLEX-ISS

L'outil « **Reflex-ISS** » repose sur l'idée d'engager une réflexion collective plus systématique sur les interventions en santé publique et dans les secteurs connexes afin de s'assurer qu'elles prennent en compte les ISS. Initialement développé en France dans une version expérimentale, l'outil fédère plusieurs méthodes existantes d'évaluation, allant de l'initiative européenne **Closing the gap** à la grille néerlandaise **Preffi**. 2 en passant par la grille canadienne d'évaluation des actions de promotion de la santé qui a l'avantage d'intégrer des notions centrales en promotion de

la santé comme la concertation et le pouvoir d'agir (*empowerment*). Cette version 2015 de Reflex-ISS résulte d'un travail collaboratif d'adaptation de l'outil à la réalité des pratiques des professionnels qui exercent dans le contexte de l'organisation de la santé publique québécoise. Il s'adresse à tous les acteurs impliqués dans la planification, la mise en œuvre ou l'évaluation d'une intervention conçue dans une perspective d'amélioration de la santé des populations. Cet outil n'est pas un outil normatif ni un référentiel, il n'a pas la prétention de mesurer l'impact ou l'efficacité d'une intervention sur la réduction des ISS. Utilisé dans le cadre d'un entretien de groupe approfondi, Reflex-ISS vise plutôt à **soutenir le dialogue entre les parties prenantes d'un projet tout au long du processus de l'action partenariale** dans une perspective de réduction, ou de non aggravation, des inégalités sociales de santé. Il permet d'accompagner les équipes dans une **démarche d'identification et d'analyse des points forts et des points à améliorer d'un projet pour mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé dans les projets**. Il est complémentaire à d'autres outils¹²².

Guide IVRISS

Ce guide d'accompagnement méthodologique, élaboré par *Kedge Business School* et l'Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte



121 Lor'IS. Sélection de critères contribuant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans les actions de promotion de la santé. Une grille d'accompagnement des porteurs de projets, Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé Lorraine, 2014, 16 p. <https://www.ireps-grandest.fr>

122 Outil REFLEX-ISS : mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé, Équité santé, s.d., en ligne : <http://www.equitesante.org/chaire-realisme/outils/reflex-iss/>

d'Azur, et publié en 2017, a pour objectif de pérenniser et de **diffuser une Intervention Visant la Réduction des Inégalités Sociales (et environnementales) de Santé (IVRISS)** au-delà de son expérimentation. Il vise à apporter une réponse au fait qu'un nombre encore trop important d'IVRISS peinent à se pérenniser dans le temps ou à être déployées sur d'autres territoires après une première expérimentation. Ainsi, ce guide propose des recommandations et des exemples **pour construire, animer et piloter des dynamiques collectives et collaboratives** favorables à l'expérimentation, la pérennisation et la diffusion de ces IVRISS. Le guide est en particulier destiné aux professionnels, organisations qui mettent en œuvre, pilotent ou participent à une IVRISS ; aux chercheurs de nombreuses disciplines qui accompagnent les acteurs de terrain dans leurs démarches ou qui souhaitent initier avec ces derniers ce type intervention ; ou encore les responsables, gestionnaires et élus engagés dans une intervention. Cette liste non exhaustive ne vise pas uniquement les acteurs du champ de la santé, mais également tous ceux qui interviennent dans d'autres champs de la politique publique, qui ont un impact sur les déterminants de la santé ¹²³.



URBAN-ISS

La grille Urban-ISS a été développée en 2019 par l'IFERISS et par l'Agence d'Urbanisme de Toulouse (AUAT). Elle permet de repérer **les impacts potentiels d'un projet d'aménagement urbain sur les Inégalités Sociales de Santé (ISS)**. Cet outil s'inscrit dans une démarche d'échange avec les différentes parties prenantes, **d'évaluation de l'impact du projet sur les ISS** ainsi que sur l'identification des déterminants de santé impactés négativement ou positivement par le projet. Cette grille comporte 8 thématiques déclinées en 22 questions sur les déterminants de la santé. Elle apporte un découpage de la population, un score par groupes sociaux et thématiques ainsi que des réponses informatives. La condition pour l'utilisation de la grille est de solliciter la plateforme Aapriiss (Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé) ou l'Agence d'Urbanisme de Toulouse, afin de bénéficier des explications nécessaires. **Cette grille est mise à disposition sur demande**. Un dispositif de **formation en 2 modules est proposé pour présenter et prendre en main l'outil Urban-ISS**. Cet **accompagnement est financé par l'ARS Occitanie**, de ce fait il est gratuit pour les participants¹²⁴. L'outil a été présenté en novembre 2021 dans le cadre du « [Cycle de 6 webinaires « Agir en santé-environnement au sein de ma collectivité »](#) ! organisé par l'ARS Occitanie et la DREAL Occitanie, en partenariat avec la DRAAF Occitanie, le GRAINE Occitanie, le CNFPT et le CEREMA dans le cadre du PRSE3¹²⁵.



Grille analyse ESE (Éducation Santé-Environnement) et ISS

La grille d'analyse ESE et ISS permet d'accompagner l'analyse de la place des inégalités sociales de santé dans des projets d'éducation et de promotion de la santé-environnement. Elle a été réalisée dans le cadre des [Rencontres Régionales « Inégalités Sociales de Santé et Éducation Santé-Environnement »](#) organisées du 29 juin au 8 juillet 2020, conjointement avec [l'IREPS Occitanie \(aujourd'hui Promotion Santé Occitanie\)](#), le [GRAINE Occitanie](#) et la [plateforme AAPRISS](#). **Cette grille peut être utilisée en amont, pendant et en aval de la mise en place d'un projet**. Lors de la phase d'élaboration du projet, cette grille vise à guider les porteurs de projets pour qu'ils intègrent la question

123 GRENIER Corinne, **Le guide IVRISS : accompagnement méthodologique pour expérimenter, pérenniser et diffuser des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé**, KEDGE BS & ARS PACA, 2017, 131 p. <https://promosante.org>

124 **Grille Urban-ISS**, So risp, 2023-05, en ligne : <https://sorisp.fr/outils-et-methodes/>

125 **Repérer les impacts potentiels d'un projet d'aménagement urbain pour les inégalités sociales de santé grâce à la grille URBAN-ISS**, Agir-ese, 2024-05, en ligne : <https://agir-ese.org/mediatheque/grille-urban-iss>

des ISS dans un projet d'Éducation Santé-Environnement. Il est recommandé d'utiliser cet outil lors de cette phase afin de réfléchir à la réduction des ISS de manière globale et transversale. **Lors de la mise en œuvre du projet**, celle-ci permet de s'interroger sur un éventuel repositionnement du projet et de définir les points à retravailler afin d'inscrire le projet d'ESE dans une démarche de réduction des ISS. **A la fin du projet**, la grille peut être utilisée pour réfléchir à d'éventuelles évolutions dans la mise en œuvre du projet. Le but de cet outil est de **rendre les porteurs de projets le plus autonomes possible dans son utilisation**. Il est fortement recommandé de consacrer un temps de travail entre acteurs concernés lors de l'utilisation de la grille afin d'enclencher une démarche collective et de partager les points de vue et différentes réflexions qu'elle pourrait susciter ¹²⁶.



PROSIRIS

En 2023, l'IREPS Grand Est (aujourd'hui Promotion Santé Grand Est) a développé l'outil **Prosiris : PROMotion de la Santé et Items pour la Réduction des Inégalités sociales et territoriales de Santé**. Cette grille est l'actualisation de la grille **Lor'IS**. Elle est au croisement de trois outils existants : le **guide d'autoévaluation de la qualité des actions en promotion de la santé de l'Inpes** (Inpes, 2009), **la grille Reflex ISS** (Guichard, Ridde, 2010) **et la Lentille ISS** de la Fondation du Roi Baudoin. Elle est un outil complémentaire qui propose un format court et une déclinaison de **la prise en compte des ISTS à travers les étapes de la méthodologie de projet**. Elle peut être utilisée

dans la phase **d'élaboration d'un projet** pour intégrer la question des ISTS, **pendant sa mise en œuvre** pour s'interroger sur les éventuelles réorientations et **en aval du projet pour favoriser la réflexion sur les perspectives d'évolution**. L'outil s'adresse prioritairement aux acteurs, institutionnels, associatifs ¹²⁷.

¹²⁶ Identifier et analyser la place des inégalités sociales de santé dans ses projets en ESE, Agir-ese, 2022-04, en ligne : <https://agir-ese.org/methode/>

¹²⁷ Prosiris (PROMotion de la Santé et Items pour la Réductions des Inégalités sociales et territoriales de santé) : une grille d'accompagnement de vos projets de santé, Promotion santé Grand Est, 2023-06, en ligne : <https://www.promotion-sante-grandest.org/index.php/rechercher-publications/item/16652-prosiris-promotion-de-la-sante-et-items-pour-la-reduction-des-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante-une-grille-d-accompagnement-de-vos-projets-de-sante>

5.2. ÉVALUATION ET AMÉLIORATION CONTINUE DES ACTIONS

Évaluation à chaque étape du projet

L'évaluation est définie comme une démarche, un processus, un moyen qui permet de mieux connaître un projet, d'en apprécier la mise en œuvre concrète et d'en mesurer les effets. Cette démarche est préconisée dans **tous les guides méthodologiques** de promotion pour la santé et **se situe à chaque étape du projet**. Souvent perçue comme contraignante, bureaucratique et chronophage, l'évaluation reste pourtant une étape incontournable tout au long du projet. Comme le souligne l'OMS, l'évaluation est un moyen systématique de tirer les leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace par un choix judicieux entre les actions ultérieures possibles. Cela implique une analyse critique de différents aspects **de l'élaboration et de l'exécution d'un programme** et des activités qui le composent, de sa pertinence, de sa formulation, de son efficacité, de son coût et de son acceptation par toutes les parties intéressées. Elle permet, en outre, **l'amélioration continue des actions de terrain mais également l'identification d'actions prometteuses**. Cette démarche conditionne souvent la prolongation ou le renouvellement de l'attribution d'une subvention. L'évaluation est donc une priorité des politiques de prévention¹²⁸.

ISTS, une évaluation spécifique

Dans l'ouvrage « **Réduire les inégalités sociales en santé** », un chapitre est consacré aux **spécificités de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités**. Ce type d'évaluation contribue en effet à réduire les ISTS. Les recherches démontrent que nombre d'interventions en promotion de la santé, trop focalisées sur les déterminants individuels creusent les inégalités. Pour éviter cet écueil, l'évaluation doit **démarrer en même temps que le programme lui-même, questionner spécifiquement les inégalités**. Elle doit éviter d'être directive mais plutôt participative. Pour évaluer les effets des programmes, la démarche évaluative doit **questionner spécifiquement les ISTS** et, en particulier, la **problématique de l'équité**, comprise comme justice sociale. La **manière de mener les évaluations est essentielle** car 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. L'évaluation des programmes dans le champ des ISS comporte une **double spécificité**. 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 de renforcer leur pouvoir d'agir¹²⁹.

Dans cet ouvrage de référence, les auteurs présentent **7 domaines d'évaluation** : **l'évaluation des besoins, de la pertinence, du processus, de l'efficacité, de l'impact, de l'efficience et de l'équité**. Ces différents domaines guident l'élaboration des questions. La relation de chaque domaine d'évaluation avec les composantes d'une action sont illustrées¹³⁰.

128 **Guide d'évaluation en prévention et promotion de la santé**, ARS Hauts-de-France, 2023-11, 20 p. https://promosante.org/wp-content/uploads/2024/01/Novembre-2023_Guide-Evaluation_DPPS.pdf

129 RIDDE Valéry, POMMIER Jeanine, JABOT Françoise, **Spécificités de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités** in *Réduire les inégalités sociales en santé?*, 2010-01, pp .257-269 <http://www.equitesante.org/wp-content>

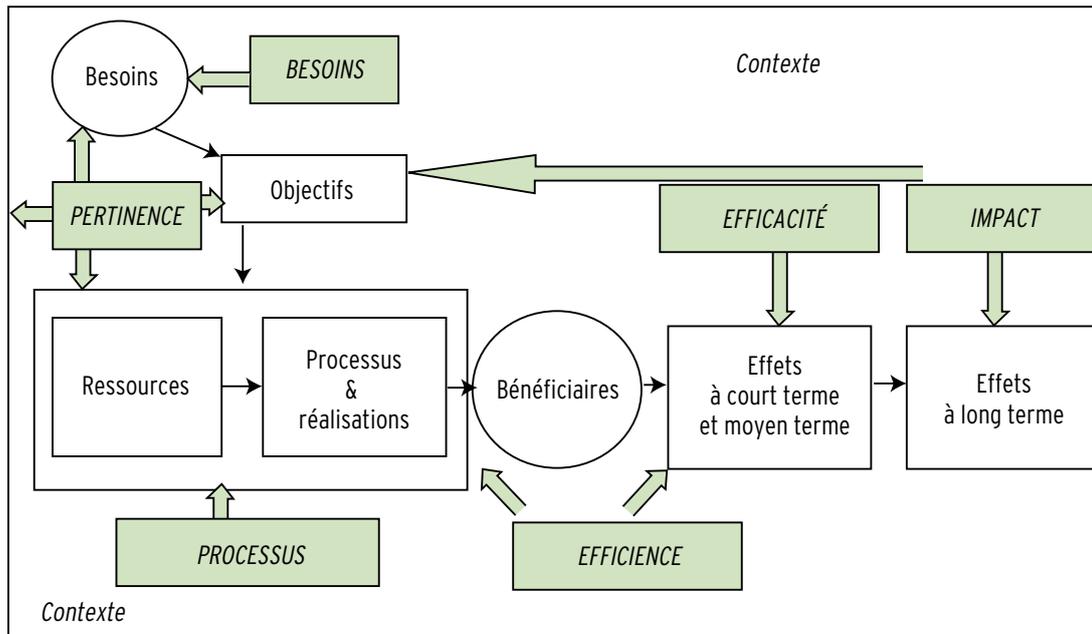
130 RIDDE Valéry, POMMIER Jeanine, JABOT Françoise, **Spécificités de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités** in *Réduire les inégalités sociales en santé?*, 2010-01, pp .257-269 <http://www.equitesante.org/wp-content>

**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'efficience	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 ?

Source : RIDDE Valéry, POMMIER Jeanine, JABOT Françoise, **Spécificités de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités in Réduire les inégalités sociales en santé?**, 2010-01, pp .257-269
http://www.equitesante.org/wp-content/plugins/zotpress/lib/request/request.dl.php?api_user_id=1627688&dlkey=T5GJTQ43&content_type=application/pdf

Domaines d'évaluation (surlignés en vert)



Source : RIDDE Valéry, POMMIER Jeanine, JABOT Françoise, **Spécificités de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités** in *Réduire les inégalités sociales en santé?*, 2010-01, pp .257-269. http://www.equitesante.org/wp-content/plugins/zotpress/lib/request/request.dl.php?api_user_id=1627688&dlkey=T5GJTQ43&content_type=application/pdf

Outils d'évaluation

Parmi les divers outils « pour accompagner les acteurs » présentés précédemment, certains proposent des éléments pour aborder l'évaluation des projets de manière différente. **L'outil Lentille ISS** consacre la partie 5 « **aux résultats de vos actions** ». Cette partie est déclinée dans les trois volets « lorsque le projet commence », « lorsque le projet est en cours », « lorsque le projet se termine ».

De la même manière, **l'outil Lor'IS** consacre **le critère 5** à cette notion : « **L'évaluation, prévue et structurée, interroge les effets du projet sur les inégalités sociales et territoriales de santé** ». Il est décliné en 6 questions fermées à évaluer de -- à ++ avec possibilités de commentaires et remarques et deux questions ouvertes.

Critère 5 : L'évaluation, prévue et structurée, interroge les effets du projet sur les inégalités sociales et territoriales de santé

	--	-	+	++	Commentaires ou remarques éventuelles
5.1. L'évaluation, qui interroge les effets du projet sur les inégalités, est formalisée dès la conception du projet.					
5.2. L'évaluation (les questions évaluatives, les indicateurs, les méthodes, les outils, les responsabilités, le calendrier de l'évaluation...) est élaborée avec les différentes parties prenantes (professionnels de la structure porteuse, publics, partenaires...).					
5.3. L'évaluation interroge les différentes parties prenantes (professionnels de la structure porteuse, publics, partenaires...).					
5.4. L'évaluation prévoit d'apprécier le degré de participation du/des public(s) prioritaire(s) tout au long du projet. Ex : repérage de temps de consultation, de co-construction et/ou de restitution à différentes phases de l'action, appréciation du nombre de personnes participant aux réunions/événements organisés, assiduité, diversité, satisfaction...					
5.5. Des moyens sont mis en œuvre pour vérifier que l'action ne renforce pas les inégalités sociales existantes.					
5.6. Des moyens sont mis en œuvre pour vérifier que l'action ne renforce pas les inégalités territoriales existantes.					

Selon vous, quels sont les critères que vous avez remplis ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels seraient les critères à retravailler prioritairement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'outil REFLEX-ISS, en plus de proposer une évaluation globale à la fin de chaque partie, consacre la 4^{ème} partie à l'évaluation. 11 questions spécifiques doivent être posées avec des réponses allant de « n'a pas été considérée » à « élément pris en compte », une partie commentaire permettant d'argumenter, de détailler les mesures engagées et de préciser les éléments de contexte.

4. ÉVALUATION les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition d'actions concrètes	Des actions concrètes sont entreprises	Éléments pris en compte	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q31. Le dispositif de suivi de la mise en oeuvre de l'intervention inclut spécifiquement le suivi des actions portant sur les ISS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Q32. Un plan d'évaluation ciblant notamment les actions sur les ISS a été développé dès l'étape de planification de l'intervention.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Q33. Les partenaires impliqués dans le projet ont participé à la conception et à la réalisation du plan d'évaluation portant notamment sur la réduction des ISS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Q34. Des personnes des différents sous-groupes cibles concernés par l'intervention ont participé à la conception et à la réalisation du plan d'évaluation, portant notamment sur la réduction des ISS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Q35. Les méthodes de collecte de données sont adaptées aux différents niveaux de littératie des répondants ciblés par l'évaluation (ex.: outils, moyens, questionnaires).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Q36. L'évaluation s'interroge sur la capacité de l'intervention à réduire les ISS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Q37. L'évaluation comprend des indicateurs qui permettent de déterminer les effets de l'intervention sur les différents sous-groupes cibles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Q38. L'évaluation s'interroge sur d'éventuels effets non-souhaités de l'intervention sur la production, l'accroissement ou la perpétuation des ISS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Q39. Les recommandations formulées à la suite de l'évaluation incluent des ajustements à faire au projet au regard de la réduction des ISS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Q40. Les recommandations formulées à la suite de l'évaluation ont impliqué les différents partenaires, dont des personnes des sous-groupes cibles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires
Q41. Il existe une procédure de suivi des effets à long terme permettant de connaître le maintien ou non des bénéfices ou résultats de l'intervention qui sont en lien avec les changements au regard des ISS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Commentaires

La grille d'analyse ESE et ISS propose également un outil particulier pour l'évaluation du projet. Il s'intéresse à la méthode, à la démarche et aux critères d'évaluation. Il propose 5 questions, fournit deux éléments d'analyse complémentaires et argumente sur l'importance de ces questions. Dans une dernière section, deux questions viennent conclure la partie¹³¹.

Évaluation du projet			
Points à aborder	Les questions à se poser	Éléments d'analyse complémentaires	En quoi est-ce important ?
Méthode, démarche et critères d'évaluation	Avez-vous réfléchi à la démarche d'évaluation dès la construction du projet ?	La démarche d'évaluation aide à évaluer l'action/le projet au regard des objectifs, il est important d'y penser dès l'écriture du projet en amont du démarrage des actions. Par ailleurs, cette évaluation peut être menée à différentes phases du projet, afin de vérifier son orientation et de confirmer la pertinence des objectifs et le choix des moyens mis en œuvre pour y répondre. Plusieurs pistes peuvent guider la construction d'une démarche évaluative, par exemple : créer collectivement les critères d'évaluation ; inciter le public participant à y prendre part ; formuler des recommandations réalistes et pratiques pour l'ensemble des parties prenantes ; etc.	Évaluer c'est mesurer l'écart entre l'objectif initialement fixé et le résultat obtenu et poser des perspectives et des pistes d'amélioration. La démarche d'évaluation doit permettre de rechercher des solutions afin d'ancrer des actions et projets (mobilisation de partenaires locaux techniques et financiers, professionnalisation des porteurs de projet, etc.) et faciliter la mise en œuvre par les structures de ces principes, dans le cadre des objectifs propres à chacune des parties prenantes. L'évaluation n'est donc pas une sanction, elle permet de comprendre, apprendre et surtout mener une réflexion afin d'améliorer la manière dont a été conduit le projet (en vue par exemple de sa pérennisation ou de sa diffusion).
	Les objectifs définis pour votre projet ont-ils été atteints ?	L'évaluation s'appuie sur les objectifs intermédiaires et opérationnels afin d'identifier si l'objectif général est atteint. Ceux-ci sont ainsi mesurables au travers des critères quantitatifs et qualitatifs qui leur sont associés.	
	Avez-vous répondu à la problématique de départ ?	Il s'agit ici de mesurer la pertinence des moyens mis en œuvre au regard des objectifs pour évaluer l'efficacité, le degré d'utilité de ce projet et la durabilité de ses effets. Par ailleurs, les indicateurs de suivi peuvent être co-construits avec les publics et l'ensemble des intervenants lors de la mise en place du projet : il peut s'agir par exemple de s'appuyer sur le recueil de représentations effectué au début du projet pour évaluer les changements de comportement, les savoirs, savoir-faire acquis à la fin du projet éducatif.	
	Quels effets et impacts ont-ils été relevés sur votre public cible ?		
Quelles perspectives ont été soulevées par les participants de votre projet ?			
Lors de l'évaluation de votre projet, prenez-vous en compte ces éléments dans le compte rendu des actions, bilan d'activité ? Comment pourriez-vous améliorer votre démarche d'évaluation afin de répondre à vos objectifs ?			

De la même manière, l'outil PROSIRIS¹³² consacre son dernier critère à la façon dont l'évaluation du projet intègre la question des ISTS à travers sa conception et son contenu. Dans les grilles existantes, la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé dans l'évaluation intègre, autant que possible, la contribution de la population du projet et de ses différents sous-groupes éventuels, à la conception et la mise en œuvre de l'évaluation. La dimension participative peut également être interrogée en elle-même. **Des indicateurs d'évaluation spécifiquement** liés aux inégalités sociales et territoriales de santé peuvent être élaborés, visant, dans la mesure du possible, à évaluer si la situation des groupes les plus défavorisés s'est améliorée en comparaison d'autres groupes, ou si les différences entre les groupes se sont réduites. **D'autres indicateurs peuvent interroger plus spécifiquement le projet sur les déterminants de santé affectant des sous-groupes spécifiques.** Dans le cas où le projet ne s'adresse qu'à un groupe déterminé, il peut être intéressant, si les conditions le permettent, de comparer les résultats du projet avec des données disponibles concernant d'autres groupes sociaux. Le critère se décline en 6 questions à mesurer en quartiers. Une partie « commentaires » est disponible à la fin de chaque question. Le critère se conclut avec 3 axes à compléter : points forts, point à améliorer et priorité d'action.

131 Grille d'analyse ESE et ISS. Identifier et analyser la place des Inégalités Sociales de Santé dans des projets d'Éducation Santé-Environnement, Réseau régional Éduquer en santé environnement (R²ESE), Graine Occitanie, Ireps Occitanie (et al.), 2020, 11 p. https://www.occitanie.prse.fr/IMG/pdf/grille_d_analyse_iss_ese_vf.pdf

132 Prosirir (PROMotion de la Santé et Items pour la Réductions des Inégalités sociales et territoriales de santé) : une grille d'accompagnement de vos projets de santé, Promotion santé Grand Est, 2023-06, en ligne : <https://www.promotion-sante-grandest.org/index.php/rechercher-publications/item/16652-prosirir-promotion-de-la-sante-et-items-pour-la-reduction-des-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante-une-grille-d-accompagnement-de-vos-projets-de-sante>

Critère 5 : Le projet prévoit une évaluation structurée qui interroge ses effets sur les ISTS

5.1 L'évaluation est formalisée dès la conception du projet.



Commentaires

Empty text box for comments on question 5.1.

5.2 L'évaluation est élaborée avec les différentes parties prenantes (équipe professionnelle de la structure porteuse, publics, partenaires...).

Un protocole d'évaluation comprenant les indicateurs d'évaluation, les moyens humains pour la mise en œuvre de l'évaluation et le calendrier est élaboré avec les parties prenantes.



Les outils d'évaluation (questionnaires, grilles d'entretien, observations...) sont élaborés avec les parties prenantes.



Commentaires

Empty text box for comments on question 5.2.

5.3 L'évaluation interroge les différentes parties prenantes (professionnels de la structure porteuse, publics, partenaires...).



Commentaires

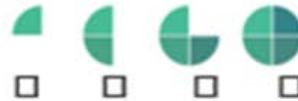
Empty text box for comments on question 5.3.

À noter, une erreur dans la numérotation des questions : il y a deux fois le 5.3.

Critère 5 : Le projet prévoit une évaluation structurée qui interroge ses effets sur les ISTS

5.3 L'évaluation prévoit d'apprécier le degré de participation du ou des publics tout au long du projet.

Exemples : repérage de temps de consultation, de co-construction et/ou de restitution à différentes phases du projet, appréciation du nombre de personnes participant aux réunions et événements organisés, assiduité, diversité, satisfaction...



Commentaires

5.4 L'évaluation permet de mettre en avant des résultats au regard des objectifs du projet.



Commentaires

5.5 L'évaluation comprend des indicateurs qui permettent d'apprécier les résultats de l'intervention sur différents sous-groupes (si différents sous-groupes au sein de la population cible ont été repérés).



Commentaires

Critère 5 : Le projet prévoit une évaluation structurée qui interroge ses effets sur les ISTS

Points forts

Points à améliorer

Priorités d'action

5.3. TRANSFÉRABILITÉ DES INTERVENTIONS

Complexité des interventions, contexte et efficacité

Les interventions en promotion de la santé sont constituées de nombreuses composantes : populationnelles, environnementales, interventionnelles. Ces composantes, pouvant interagir de façon interdépendante ou indépendante, définissent ainsi les actions en promotion de la santé comme étant de **nature complexe**. De par cette complexité, les effets des interventions de promotion de la santé sont **autant le fruit de l'intervention elle-même que du contexte dans lequel elles s'insèrent**. Dans ce domaine, même si une intervention a montré son **efficacité dans un contexte donné, les effets observés seront rarement identiques dans un autre contexte**. L'intervention peut être applicable mais générer des effets autres que ceux observés dans le cadre de l'intervention primaire. En effet, de nombreuses caractéristiques peuvent influencer ces derniers : modalités de mise en œuvre de l'intervention, caractéristiques de la population, du système de santé, de l'environnement, des conditions d'implantation, etc.¹³³.

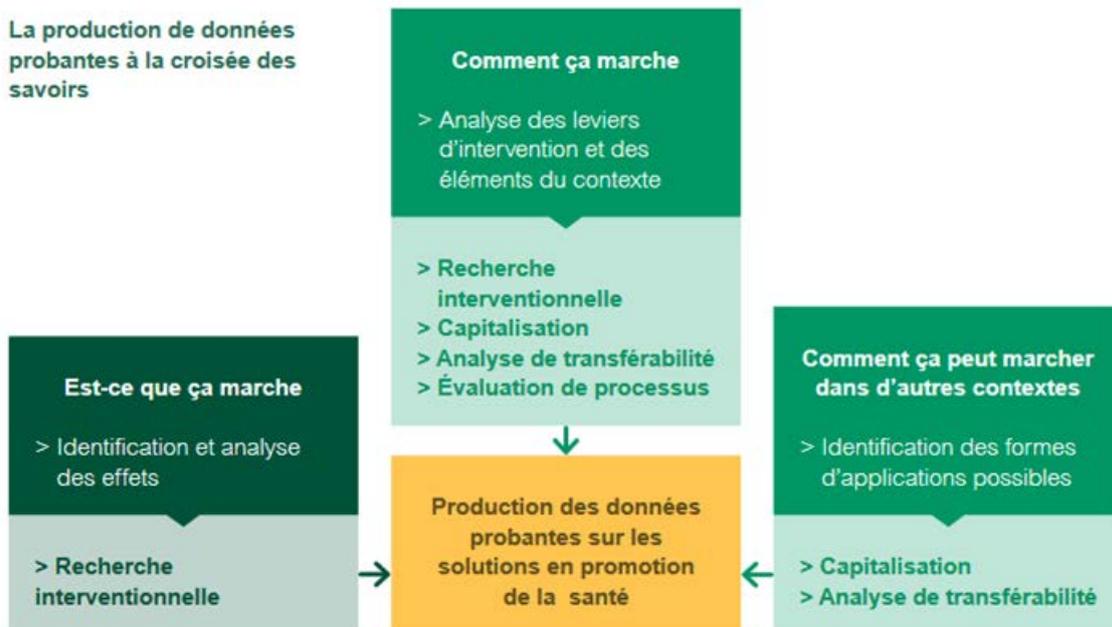
La transférabilité des interventions et l'utilisation de données probantes sont des sujets de plus en plus prégnants dans le secteur de la promotion de la santé. Les acteurs doivent mettre en œuvre **des interventions efficaces et durables, mais aussi transférables dans d'autres contextes**. Mais les interventions, même si elles reposent sur des données probantes et respectent des critères de qualité, ne peuvent se résumer à des procédures techniques. Elles s'inscrivent dans un contexte, avec lequel elles vont interagir, et qui participe en lui-même à la production des résultats des interventions. De plus, **la transférabilité peut concerner différents objets**. Elle peut s'appliquer à **une intervention dont l'évaluation a montré une efficacité** ou **reproduire des stratégies ou « leviers d'intervention » probants issus des résultats de plusieurs interventions menées dans différents contextes**. Les interventions ou processus dont l'évaluation a montré qu'ils ont le potentiel d'améliorer la santé des populations et de réduire les inégalités doivent pouvoir être reproduits ou élargis afin de développer une « **science des solutions** », et constituer un corpus de connaissances sur les interventions efficaces et les conditions de cette efficacité, ainsi que sur leur fonctionnement, leur implémentation, et leur transférabilité¹³⁴.

Résumé des définitions	
APPLICABILITE	Possibilité de mettre en œuvre une intervention dans un nouveau contexte.
TRANSFERABILITE	Reproduction non seulement de la mise en œuvre d'une intervention, mais aussi de ses résultats, dans un nouveau contexte.
MISE A L'ECHELLE	Reproduction des résultats d'une intervention à une échelle plus large afin qu'elle atteigne une plus grande proportion de la population cible et se développe de manière durable.
CAPITALISATION	Passage de l'expérience à la connaissance partageable
TRANSFERT DE CONNAISSANCES	Processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances, [qui] s'insère dans un réseau complexe d'interactions entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances

Source : VILLEVAL Mélanie, **Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage**, Ireps Auvergne-Rhône-Alpes, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2018, p. 9. <https://www.apsytude.com/wp-content/uploads/2015/08/Exemple-PAP-IREPS-Juin-2018.pdf>

133 **Transférabilité des actions**, RRAPPS Bourgogne Franche-Comté, 2024, en ligne : <https://rrapps-bfc.org/glossaire/transferabilite-des-actions>

134 **Transférabilité des actions**, RRAPPS Bourgogne Franche-Comté, 2024, en ligne : <https://rrapps-bfc.org/glossaire/transferabilite-des-actions>



Source : Note pédagogique. Les données probantes en promotion de la santé. De leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes, FNES, 2022, 37 p. https://www.federation-promotion-sante.org/wp-content/uploads/2022/12/ac-220623-note_pedagogique_donnees_probantes.pdf

Description et fonction-clés

La littérature indique que **la description fine des interventions comprenant la mise en évidence de leurs fonctions-clés permet d'améliorer leur transférabilité**¹³⁵. Les fonctions clés de l'intervention correspondent aux différents mécanismes grâce auxquels l'intervention est sensée fonctionner¹³⁶, pouvant être « standardisés » et transférés¹³⁷. Lorsqu'il s'agit de définir le contenu d'une intervention populationnelle, il est essentiel de connaître l'état des connaissances scientifiques pour éclairer cette décision. Le recours à des revues systématiques de ces écrits scientifiques est préconisé, car les **données issues de la recherche** complètent les **savoirs expérimentiels** et les **adaptations au contexte** pour développer les interventions. Mais l'analyse de la littérature indique qu'il n'y a pas assez de descriptions fines des interventions complexes pour décider. En effet, si la recherche biomédicale dispose de grilles de description des interventions cliniques pour rédiger les revues des écrits, cela reste une pratique nouvelle pour les interventions qui portent sur la santé des populations¹³⁸.

135 TRÉVIDY Frédérique, TORROT-ARROCET Daniela, BRUNIE Vanida, (et al.), **Étude sur la transférabilité d'une intervention d'éducation en santé dans le parc HLM : une méthode de recherche à l'épreuve du transfert pour décrire autrement les fonctions-clés**, Global Health Promotion, Vol. 28, suppl. 1, 2021-04, pp. 47-55. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1757975921989968>

136 DARRAS Lucy, DELPIERRE Cyrille, FONQUERNE Leslie, **Analyse de la transférabilité d'une intervention en santé des populations à partir du modèle « Fonctions-clés, implémentations, contexte » (FIC)**, So Risp, AAPRISS, CERPOP (et al.), 2024-01, 2 p. https://sorisp.fr/wp-content/uploads/2024/01/FIC_Exemple_Rapport_siteSoRisp.pdf

137 **La transférabilité des interventions en Promotion de la santé**, FRAPS Centre, 2023-05, 30 p. https://frapscentre.org/wp-content/uploads/2023/05/Atelier2_Fillol.pdf

138 RIDDE Valéry, SARE Diane, NHA HONG Quan, **Grilles pour décrire les interventions populationnelles dans les revues des écrits scientifiques en santé**, The McGill family medicine studies journal, 2021, 7p. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/2022-05/010079277.pdf

En 2018, l'Ireps Auvergne Rhône-Alpes (ARA) (aujourd'hui Promotion Santé Auvergne Rhône Alpes) a publié un [guide sur les enjeux de la transférabilité des interventions en promotion de la santé](#) et a identifié 8 outils :

- **Applicabilité et transférabilité des données probantes du point de vue de l'équité en matière de santé**¹³⁹
- **ASTAIRE, Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santE**¹⁴⁰
- **CReDECI 2, Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Intervention**¹⁴¹
- **Démarche de description « fonction clé / implémentation / contexte » (FIC)**¹⁴²
- **Guide de « mise à l'échelle » pour augmenter l'ampleur des interventions en santé des populations**¹⁴³
- **Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes**¹⁴⁴
- **TIDieR. Template for intervention description and replication**¹⁴⁵
- **TREND. Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs**¹⁴⁶

139 MURPHY K., **Is this Evidence Useful to Me? Assessing the Applicability and Transferability of Evidence in CRICH Knowledge Translation Toolkit**, Centre for Research on Inner City Health, 2011, 2 p. <https://research.unityhealth.to/wp-content/uploads/2016/12/useful-evidence.pdf>

140 **ASTAIRE. Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santE**, Université de Lorraine, ESPUM, Réalisme, 2014, 17 p. <https://promosante.org/wp-content/uploads/2023/01/ASTAIRE2.pdf>

141 MÖLHER Ralph, KÖPKE Sascha, MEYER Gabriel, **CReDECI 2. Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Intervention in healthcare : revised guideline (CReDECI 2)**, Trials, Vol. 16, n° 204, 2015-05, 9 p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

142 FIANU Adrian, VILLEVAL Mélanie, NATY Nadège (et al.), **Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle fonctions clés/ implémentation/ contexte à un programme de prévention du diabète**, Santé publique, Vol. 19, n° 4, 2017, pp. 525-534 <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique>

143 MILAT Andrew, NEWSON Robyn, KING Lesley, et al., **A guide to scaling up population health interventions**, Public Health Research and Practice, Vol. 28; n° 26, 2016-01, 5 p. <https://www.phrp.com.au/wp-content/uploads/2016/01/PHRP-26-01-Scaling-FINAL-01-20Jan16.pdf>

144 BUFFET Christophe, CILISKA Donna, THOMAS Heather, **Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes**, Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, 2007, 23 p. <https://www.nccmt.ca/fr/referentiels-de-connaissances/interrogez-le-registre/24>

145 HOFFMANN Tammy, GLASZIOU Paul, BOUTRON Isabelle (et al.), **Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide**, BMJ, 2014-03, 12 p. <https://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g1687.full.pdf>

146 JARLAIS Des, LYLES Cynthia, CREPAZ Nicole (et al.), **Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health evaluations : the TREND statement**, American journal of public health, Vol. 94, n° 3, 2004, pp. 361-366 https://www.cdc.gov/trendstatement/pdf/trendstatement_ajph_mar2004_trendstatement.pdf

En 2021, une nouvelle publication « **Les grilles pour décrire les interventions populationnelles dans les revues des écrits scientifiques en santé** », en sélectionne 18 dont 14 nouvelles par rapport à celles citées par l'Ireps ARA.¹⁴⁷. En plus de la grille ASTAIRE¹⁴⁸, CRECI 2¹⁴⁹TREND¹⁵⁰, TIDieR¹⁵¹, d'autres outils sont proposés :

- **Checklist of the items extracted from the reports of evidence-based practice (EBP) educational interventions**¹⁵²
- **CICI: Context and Implementation of Complex Interventions framework**¹⁵³
- **CONSORT-EHEALTH: CONSolidated of Standards Reporting Trials for Web-based and Mobile Health Interventions**¹⁵⁴
- **CONSORT-NPT : CONSolidated of Standards Reporting Trials for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments**¹⁵⁵
- **CRReDECI : Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Interventions in healthcare**¹⁵⁶
- **GB-BCI: Checklist to improve reporting of Group-Based Behaviour-Change Interventions**¹⁵⁷
- **GREET : Guideline for Reporting Evidence-based practice Educational interventions and Teaching**¹⁵⁸
- **Group interventions to improve health outcomes: a framework for their design and delivery**¹⁵⁹

147 RIDDE Valéry, SARÉ Diane, QUAN NHA HONG, (et al.), **Grilles pour décrire les interventions populationnelles dans les revues des écrits scientifiques en santé**, The McGill family medicine studies journal, 2021, 7 p. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/2022-05/010079277.pdf

148 CAMBON Linda, MINARY Laetitia, RIDDE Valéry (et al.), **Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé: ASTAIRE**, Santé Publique, n° 26, 2014, pp. 783-786. <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-783?lang=fr>

149 MÖHLER Ralph, KÖPKE Sascha, MEYER Gabriele, **Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Interventions in healthcare: revised guideline (CRReDECI 2)**, Trials, n° 16, 2015, 9 p. <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-0709-y>

150 JARLAIS Des, LYLES Cynthia, CREPAZ Nicole (et al.), **Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health evaluations : the TREND statement**, American journal of public health, Vol. 94, n° 3, 2004, pp. 361-366 https://www.cdc.gov/trendstatement/pdf/trendstatement_ajph_mar2004_trendstatement.pdf

151 HOFFMANN Tammy, GLASZIOU Paul, BOUTRON Isabelle (et al.), **Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide**, BMJ, 2014-03, 12 p. <https://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g1687.full.pdf>

152 ALBARQOUNI Loai, GLASZIOU Paul, HOFFMANN Tammy, **Completeness of the reporting of evidence-based practice educational interventions: a review**. Medical education, n° 52, 2018; pp. 161-170. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29098706/>

153 PFADENHAUER Lisa Marie, GERHARDUS Ansgar, MOZYGEMBA Katrin (et al.), **Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework**, Implementation Science, n° 21, 2017-02, pp. 12:21. <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0552-5>

154 EYSENBAACH Gunther, CONSORT-EHEALTH GROUP, **CONSORT-EHEALTH: improving and standardizing evaluation reports of Web-based and mobile health interventions**, Journal of medical Internet research, Vol. 13, n° 4, 2012, en ligne : <https://www.jmir.org/2011/4/e126/>

155 BOUTRON Isabelle, ALTMAN Douglas, MOHER David (et al.), **CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts**, Annals of Internal Medicine, n° 167, 2017, pp. 40-47 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28630973/>

156 MÖHLER Ralph, BARTOSZEK Gabriele, KÖPKE Sascha (et al.), **Proposed criteria for reporting the development and evaluation of complex interventions in healthcare (CRReDECI): guideline development**, International Journal of Nursing Studies, n° 49, 2012-01, pp. 40-46 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21924424/>

157 BOREK Alexandra, ABRAHAM Charles, SMITH Joanne (et al.), **Checklist to improve reporting of group-based behaviour-change interventions**, BMC Public Health, n° 15, 2015, p. 963 <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2300-6>

158 PHILLIPS Anna, LEWIS Lucy, MCEVOY Maureen (et al.), **Development and validation of the guideline for reporting evidence-based practice educational interventions and teaching (GREET)**, BMC Medical Education, Vol. 16, n° 237, 2016, 10 p. <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0759-1>

159 HODDINOTT Pat, ALLAN Karen, AVENELL Alison (et al.), **Group interventions to improve health outcomes: a framework for their design and delivery**, BMC Public Health, Vol. 10, n° 800, 2010-12, 9 p. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-800>

- **Guide to Community Preventive Services**¹⁶⁰
- **ITAX: Intervention taxonomy**¹⁶¹
- **mERA checklist: mobile health Evidence Reporting and Assessment checklist**¹⁶²
- **PRS: Programme Reporting Standards**¹⁶³
- **Reporting standards for studies of tailored interventions**¹⁶⁴

Exemple de mises en application des outils de transfert

Modèle FIC : Fonction-clé, implémentation, contexte



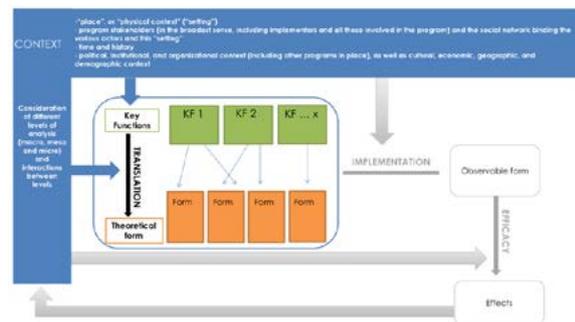
Modèle FIC « Fonctions clés, implémentation, contexte » appliqué aux interventions en santé des populations

L. Darras, C. Delpierre, L. Fonquerne - UMR1295 – Inserm



3 objectifs du FIC

- ➔ Améliorer la transférabilité des interventions, en distinguant leurs dimensions transférables (fonctions clés) des activités liées au contexte spécifique (formes)
- 🧩 Déconstruire une intervention dans le but de la décrire finement, en identifiant ses fonctions clés, qui pourraient alors être potentiellement transférées dans d'autres contextes
- 📊 Mieux anticiper et analyser les effets d'une intervention au regard des inégalités sociales de santé (ISS) par cette déconstruction



Méthodologie en 8 étapes, basée sur la co-construction et la scientificité

1. Participation aux réunions du projet
2. Lecture et analyse des documents produits dans le cadre de l'intervention
3. Recherche bibliographique portant sur les thématiques de l'intervention
4. Réalisation de *focus groups* ou entretiens avec des parties prenantes du projet
5. Retranscription et analyse des *focus groups*/entretiens
6. Élaboration des fonctions clés grâce au travail d'analyse de la littérature et au croisement des données issues de l'ensemble des matériaux
7. Proposition des fonctions clés à l'équipe porteuse du projet
8. Validation du FIC et rédaction du rapport

Fianu Adrien, Villeval Mélanie, Naty Nadège, Favier François et Lang Thierry, 2017, « Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle fonctions clés/implémentation/contexte à un programme de prévention du diabète », Santé Publique, vol. 29, n° 4, p. 525-534.

Villeval Mélanie, Gaborit Emilie, Beraud Florent, Lang Thierry et Kelly-Irving Michelle, 2019, « Do the key functions of an intervention designed from the same specifications vary according to context? Investigating the transferability of a public health intervention in France », Implementation Science, vol. 14, n° 1, p. 35.

Villeval Mélanie, 2015, Evaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé : un programme de recherche interventionnelle, Thèse de doctorat en épidémiologie, Université Paul Sabatier, Toulouse.

Source : DARRAS Lucy, DELPIERRE Cyril, FONQUERNE Leslie, **Modèle FIC « Fonction clés, implémentation, contexte » appliqué aux interventions en santé des populations**, AAPRISS, CERPOP, Université de Toulouse (et al.) 2024-01, 1 p. https://sorisp.fr/wp-content/uploads/2024/01/FIC_Fiche_siteSoRisp.pdf

Le modèle FIC : « Fonctions clés/Implémentation/Contexte » permet, d'une part, **d'analyser la transférabilité d'une intervention** en santé des populations, dans d'autres contextes. Il propose une **déconstruction et une description fine des interventions**, en distinguant leurs **dimensions transférables (fonctions clés)** de celles liées aux **contextes spécifiques (formes, activités mises en place)** et en identifiant **les éléments de contexte** (dé)favorables à la pérennisation d'une intervention. D'autre part, ce modèle permet de ne pas aggraver,

160 ZAZA Stephanie, WRIGHT-DE AGÜERO Linda, BRISS Peter (et al.), **Data collection instrument and procedure for systematic reviews in the Guide to Community Preventive Services**, American Journal of Preventive Medicine, Vol. 18, n° 1, 2000, pp 44-74 [Disponible sur demande](#)

161 SCHULZ Richard, CZAJA Sara, MCKAY James (et al.), **Intervention taxonomy (ITAX) : describing essential features of interventions**, American Journal of Health Behavior, Vol. 34, n° 6, 2010, pp. 811-821 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2900778/pdf/nihms180382.pdf>

162 AGARWAL Smisha, LEFEVRE Amnesty, LEE Jame (et al.), **Guidelines for reporting of health interventions using mobile phones: mobile health (mHealth) evidence reporting and assessment (mERA) checklist**, BMJ, n° 352, 2016-03, <https://www.bmj.com/content/352/bmj.i1174>

163 KÅGESTEN Anna, TUNÇALP Özge, PORTELA Anayda (et al.), **Programme Reporting Standards (PRS) for improving the reporting of sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health programmes**, BMC Medical Research Methodology, Vol. 17, n° 117, 2017, 16 p. <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-017-0384-7>

164 HARRINGTON Nancy Grant, NOAR Seth, **Reporting standards for studies of tailored interventions**, Health Education Research, Vol. 27, n° 2, 2012, pp. 331-342 <https://academic.oup.com/her/article/27/2/331/591172>

voire de réduire, les inégalités sociales de santé. Issu de la thèse de Mélanie Villeval, « **Evaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé : un programme de recherche interventionnelle** »¹⁶⁵. Il s'appuie sur l'expertise de l'équipe porteuse de l'intervention et de ceux qui la mettent en œuvre. Il propose une description fine résultant d'un travail de co-construction passant par des allers-retours entre acteurs de terrain et équipes de recherche. Cette méthode vise également une meilleure utilisation et valorisation de l'expertise des professionnels de terrain sur les processus d'implémentation de l'intervention ¹⁶⁶.

Chaque condition, favorable à la transférabilité et à la pérennisation de l'intervention, peut renvoyer à différentes fonctions clés. Un des principes du modèle FIC repose sur l'imbrication des différentes formes identifiées. Une forme peut répondre à différentes fonctions clés. La récurrence de certaines conditions, identifiées comme essentielles à l'efficacité de l'intervention, est alors mise au jour. Quel que soit l'ancrage théorique choisi, l'implémentation de l'intervention peut cibler des déterminants à différents niveaux. Même si elles sont co-construites, les formes des fonctions clés dépendent des contextes d'implémentation et notamment du profil et des ressources des personnes investies.¹⁶⁷ La démarche FIC n'est pas un outil normatif mais un cadre qui permet un dialogue entre les différentes parties prenantes en lien avec l'intervention afin de coconstruire une représentation commune de l'intervention. La démarche peut être adaptée en fonction des contextes et des besoins des différents utilisateurs, et continue à se développer¹⁶⁸.

L'approche « Fonction clé / intervention / contexte » (FIC)	
Mélancie Villeval, Adrien Flanu, et Thierry Lang, dans le cadre de la Plateforme AAPRISS	
POUR QUI ?	Porteurs de projet et chercheurs en prévention et promotion de la santé
QUOI ?	L'approche FIC a été développée à partir d'un travail de co-construction entre chercheurs et porteurs de projet, utilisé dans différents cadres, puis affiné. Elle s'inscrit dans une démarche visant à décrire une intervention en 6 étapes : <ul style="list-style-type: none"> • les objectifs de l'intervention • les déterminants du problème de santé • les déterminants ciblés par l'intervention parmi les déterminants du problème • les éléments de contexte en lien avec l'intervention • les fonctions clés de l'intervention. Il s'agit des processus pour atteindre les objectifs de l'intervention, pouvant être communs à différents contextes de mise en œuvre • la forme (théorique) de l'intervention, c'est-à-dire la traduction de ces fonctions clés en activités prévues, différentes selon les contextes La description du contexte, de la forme et des fonctions clés de l'intervention peut être représentée sous forme d'un schéma. En fonction du temps et des ressources, une 7 ^{ème} étape peut être ajoutée afin de construire une « chaîne des effets attendus » de l'intervention à partir des fonctions clés préalablement décrites.
QUAND ?	L'outil peut être utilisé de manière préalable au transfert ou à la mise à l'échelle d'une intervention efficace ou prometteuse. Il peut également être utilisé de manière concomitante à la mise en œuvre dans une perspective d'analyse et de réflexivité en lien avec la prise en compte des inégalités sociales de santé. Enfin, l'outil peut également être utilisé de manière rétrospective, après le transfert d'une intervention
POUR QUOI ?	L'outil vise à structurer la description d'une intervention en explicitant ses fonctions clés, la forme sous laquelle ces fonctions clés se traduisent selon les contextes, et les différents niveaux de contexte avec lesquels elle interagit. L'objectif est de décrire l'intervention de manière structurée afin de mieux comprendre les éléments de son succès et de faciliter les choix sur les adaptations à réaliser. Il peut aussi être un préalable à l'évaluation (en particulier en termes d'impact sur les inégalités sociales de santé) et au transfert ou à la mise à l'échelle d'une intervention. Utilisé de manière rétrospective, il a alors pour objectif de mieux comprendre les résultats du transfert.
COMMENT ?	La démarche FIC n'est pas un outil normatif mais un cadre qui permet un dialogue entre les différentes parties prenantes en lien avec l'intervention afin de coconstruire une représentation commune de l'intervention. La démarche peut être adaptée en fonction des contextes et des besoins des différents utilisateurs, et continue à se développer.
Liens et ressources	<ul style="list-style-type: none"> • La description des étapes de la démarche FIC est en cours de publication • Fianu A, Villeval M, Naty N, Favier F, et Lang T. (2017). « Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle fonctions clés/implémentation/contexte à un programme de prévention du diabète ». <i>Santé Publique</i> 29(4): 525-34. https://doi.org/10.3917/spub.174.0525 • Villeval M, Bidault E, Shoveller J, Allias F, Basson JC, Frasse C, et al. (2016). « Enabling the Transferability of Complex Interventions: Exploring the Combination of an Intervention's Key Functions and Implementation ». <i>International Journal of Public Health</i> 61(9): 1031-38. https://doi.org/10.1007/s00038-016-0809-9

Source : Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage, IREPS ARA, 2018-06, 20 p. <https://www.apsytude.com/wp-content/uploads/2015/08/Exemple-PAP-IREPS-Juin-2018.pdf>

165 **Le modèle FIC : Fonctions-clés/ Implémentation / Contexte**, So-Risp, 2023, en ligne : <https://sorisp.fr/outils-et-methodes/modele-fic/>

166 DARRAS Lucy, DELPIERRE Cyrille, FONQUERNE Leslie, **Analyse de la transférabilité d'une intervention en santé des populations à partir du modèle « Fonctions-clés, implémentations, contexte » (FIC)**, So Risp, AAPRISS, CERPOP (et al.), 2024-01, 2 p. https://sorisp.fr/wp-content/uploads/2024/01/FIC_Exemple_Rapport_siteSoRisp.pdf

167 DARRAS Lucy, DELPIERRE Cyrille, FONQUERNE Leslie, **Analyse de la transférabilité d'une intervention en santé des populations à partir du modèle « Fonctions-clés, implémentations, contexte » (FIC)**, So Risp, AAPRISS, CERPOP (et al.), 2024-01, 2 p. https://sorisp.fr/wp-content/uploads/2024/01/FIC_Exemple_Rapport_siteSoRisp.pdf

168 VILLEVAL Mélanie, **Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage**, Ireps ARA; ARS ARA, 2018, p. 9. <https://www.apsytude.com/wp-content/uploads/2015/08/Exemple-PAP-IREPS-Juin-2018.pdf>

Le modèle FIC a notamment été appliqué à Épidaure Market, outil développé par le département de prévention de l'Institut du cancer de Montpellier (ICM). Ce supermarché virtuel vise à apporter des connaissances pour permettre aux utilisateurs de choisir de façon éclairée leurs achats alimentaires, dans le but d'avoir une consommation équilibrée et responsable tout en prenant en compte les influences et les techniques de vente. Utilisable en ligne dans un cadre éducatif, cet outil est aussi présent au sein de l'espace ludo-éducatif d'Épidaure. Il est utilisé au cours de séances d'animation auprès de groupes scolaires et périscolaires en visite sur l'espace pédagogique d'Épidaure. Il a été conçu de façon à avoir toutes les gammes de produits, formes d'emballage, labels, origines, de façon à illustrer la diversité des indications réglementées disponibles sur le marché. Il tient compte des saisons pour les fruits et légumes. Les jeunes sont invités à faire leurs courses selon un scénario proposé (anniversaire, petit déjeuner, sortie...). À tout moment, on peut vérifier ce qu'il y a dans le caddie et en modifier le contenu. En fin de parcours d'achat, l'utilisateur passe à la caisse et édite un ticket qui récapitule les courses réalisées. Le jeune est conduit à analyser ses achats, modifier ses critères de choix en tenant compte des notions relatives au développement durable et à la santé¹⁶⁹.

MODÈLE APPLIQUÉ A L'INTERVENTION EPIDAURE MARKET

portée par Epidaure, département prévention de l'Institut du Cancer de Montpellier & l'Université Paul-Valéry Montpellier 3, Florian Lecêtre, Nicolas Marco, Florence Cousson-Gélie



- **Objectif intervention Epidaure Market :** améliorer les choix alimentaires équilibrés et durables des collégien·nes
- **Format :** jeu de simulation d'un supermarché en ligne
- **Théorie** du changement des comportements

	1 – Ancrer théoriquement et méthodologiquement l'intervention	2 – Co-construire et faire évoluer l'intervention tout au long de sa mise en œuvre	3 – Préparer l'institution scolaire au déploiement de l'intervention	4 – Proposer une intervention organisée et clé en main	5 – Améliorer ou proposer un contenu évolutif des séances selon l'expérience des enseignant·es	6 – Anticiper les besoins numériques dans les collèges et pour la pérennité de l'intervention
FONCTIONS CLÉS	Appui sur un modèle théorique du changement des comportements	Identification et mobilisation du réseau local : -Au niveau de l'académie (rectorat, IPR, CARDIE, infirmière coordinatrice académique)	Sollicitation des classes grâce à une procédure de recrutement (2-4 étapes) adaptée au degré de familiarité entre enseignant·es et équipe de recherche	Mise à disposition des supports d'intervention complets et variés : -Adaptés au cadre scolaire -Compatibles avec les différents profils d'enseignant·es et d'élèves	Favorisation auprès des élèves de l'aspect ludique du jeu en ligne	Vérification du matériel informatique dans les collèges et de leur accès pour les enseignant·es (salle informatique réservée et disposition adéquate, CDI, classe mobile avec ordinateurs chargés et câbles fonctionnels, casques)
IMPLEMENTATION	Appui sur la méthode DÉVA pour créer l'intervention : des techniques de changement de comportements visent chaque variable	-Au niveau des établissements (direction, enseignant·es)	Recrutement des classes selon les temporalités du calendrier scolaire : été, année N-1	Distinction des supports destinés aux publics différents (enseignant·es/élèves)	Recentrement du contenu par les enseignantes sur le volet alimentation et reconfiguration de la place du marketing (sujet annexe ou facultatif selon l'expérience des enseignant·es)	Accompagnement des enseignant·es qui le souhaitent dans l'usage du numérique : Maison du numérique de l'académie
FORMES	Constitution d'un groupe de travail de recherche, incluant des enseignant·es	Systematisation des allers-retours entre équipe de recherche et corps enseignant, tout au long de la mise en œuvre de l'intervention	Intégration de l'intervention au programme scolaire de SVT de niveau 5 ^{ème}	Proposition d'une intervention à la fois clé en main et modulable	Compensation, par les enseignantes, du décalage entre l'intervention et les pratiques alimentaires, en favorisant les exercices (tel que celui des étiquettes) ancrés dans les pratiques réelles	Inclusion d'un temps d'adaptation dans la séance 1
	Appui sur les compétences du réseau interne dans la construction des supports de l'intervention	Proposition d'une intervention à la fois opérationnelle et propice aux évolutions			Proposition par les enseignantes d'une évaluation évolutive : -En continu -Davantage basée sur l'argumentation	Construction de la pérennité de l'intervention : -Retrouver des financements pour abonnements et prestataires -Compléter le jeu

Source : DARRAS Lucy, DELPIERRE Cyrille, FONQUERNE Leslie, Exemple d'application du modèle FIC « Fonctions clés, implémentation, contexte » à l'intervention Épidaure Market, AAPRISS, CERPOP, Université de Toulouse (et al.), 2024-01, 2 p. https://sorispr.fr/wp-content/uploads/2024/01/Fiche_FIC_E.Market.pdf

169 **Épidaure Market. Présentation du jeu**, Épidaure Market, 2024, en ligne : <https://www.epidauremarket.fr/le-jeu-epidaure-market.html>

ASTAIRE : Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'Accompagnement à l'adaptation des InteRventions



L'outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santé, **ASTAIRE**, a été réalisé à l'aide d'une méthode structurée de consultation d'experts, chercheurs et acteurs en promotion de la santé. Il a fait l'objet d'une validation progressive, à l'épreuve du terrain, auprès de chefs de projets en promotion de la santé. Cette méthode a permis de retenir un certain nombre de critères qui décrivent les types de facteurs susceptibles d'influencer la transférabilité. Ils sont organisés en quatre grandes catégories : population, environnement, mise en œuvre et accompagnement au transfert.

Astaire est composé de deux grilles. La première est à utiliser lors de la conception d'une intervention « mère » pour en reporter les éléments descriptifs. Cette grille, composée de 26 critères, contribue à construire l'intervention mère pour la rendre transférable et la décrire précisément pour les acteurs qui souhaiteraient la transférer. La transférabilité est en effet à prendre en compte dès la conception de l'intervention mère, parallèlement à l'évaluation de son efficacité. **Cette grille**

s'utilise donc dès la conception de l'intervention et lors de la réalisation de son compte-rendu et de son évaluation.

La seconde, comprenant 23 critères, est à utiliser pour **transférer une intervention mère expérimentée ailleurs dans son propre contexte d'exercice ou, évaluer a posteriori ce qui a pu générer une différence d'effets entre l'intervention mère et l'intervention "fille" finalement implantée.** Dans ce cas, la grille aide l'acteur dans sa décision d'implanter l'intervention dans le contexte fille, de l'adapter et de comprendre les effets de l'intervention fille. Cette grille s'utilise à plusieurs étapes de la planification : au moment du diagnostic pour recueillir et apprécier les éléments descriptifs de la population, de l'environnement, ainsi que les éléments de faisabilité de mise en œuvre; au moment de la définition des objectifs et de la programmation pour recueillir et apprécier les éléments descriptifs de la mise en œuvre ; en continu sur l'ensemble du cycle du projet pour les éléments relatifs aux modalités d'accompagnement au transfert ; au moment de l'évaluation pour l'ensemble des quatre catégories ¹⁷⁰.

170 ASTAIRE. Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santé, Université de Lorraine, ESPUM, Réalisme, 2014, 17 p.
<https://promosante.org/wp-content/uploads/2023/01/ASTAIRE2.pdf>

ASTAIRE

Outil d'Analyse de la Transférabilité et d'Accompagnement à l'adaptation des Interventions en promotion de la santé

Linda Cambon, Laëtitia Minary, Valéry Ridde, et François Alla

POUR QUI ?	Chercheurs et acteurs de terrain qui mettent en place une expérimentation, ou souhaitent implanter une intervention dans un contexte différent de celui dans lequel elle a été expérimentée.
QUOI ?	<ul style="list-style-type: none">• Astaire a été construit à partir d'une revue de la littérature et d'un processus de consultations d'expert, de chercheurs et d'acteurs de la promotion de la santé, et de validation progressive sur le terrain auprès de chefs de projet en promotion de la santé.• Il est composé de 2 grilles : la première contient 18 critères et la seconde 23.• L'ensemble de ces critères peut être classé en 4 catégories : description de la population, environnement, conditions de mise en œuvre et accompagnement au transfert. Pour la plupart de ces critères, des exemples sont donnés afin de faciliter la réflexion.
QUAND ?	Astaire peut être utilisé à différents temps de l'intervention : <ul style="list-style-type: none">• Au moment de la planification d'une intervention « mère » (grille 1). Une intervention mère est définie dans le document comme une « intervention réalisée pour la première fois dans un contexte expérimental (de recherche) ou d'innovation (réalisée pour la première fois par des acteurs avec un dispositif d'évaluation) » ;• Lorsque l'on souhaite transférer une intervention expérimentée ailleurs dans son propre contexte (grille 2). Il s'agit alors d'une intervention « fille », c'est-à-dire une « intervention qui est le fruit d'un transfert d'une intervention déjà expérimentée/implantée dans un autre contexte » ;• Après la mise en œuvre de l'intervention « fille » (grille 2)
POUR QUOI ?	Astaire est à la fois un outil d'analyse de la transférabilité des interventions et d'accompagnement au transfert. Il vise plusieurs objectifs : <ul style="list-style-type: none">• La grille 1 vise à contribuer à la construction d'une intervention mère pour augmenter son potentiel de transférabilité par la prise en compte dès sa conception et lors de son évaluation, des éléments influençant sa transférabilité.• La grille 2 vise à contribuer à la décision d'acteurs souhaitant implanter une intervention mère expérimentée ailleurs dans leur contexte d'exercice tout en l'adaptant, et d'évaluer <i>a posteriori</i> ce qui a pu générer une différence d'effets entre l'intervention mère et l'intervention fille.
COMMENT ?	Il s'agit d'un outil d'aide à la décision non-normatif. La décision sur la transférabilité de l'intervention ne doit pas découler du nombre de cases cochées, mais d'un jugement, réalisé dans l'idéal de manière collective.
Liens et ressources	<ul style="list-style-type: none">• Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. (2014). ASTAIRE (Outil d'Analyse de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des Interventions en promotion de la santé). V2-2014. https://www.researchgate.net/publication/275769278_ASTAIRE_outil_d%27analyse_de_la_transf%C3%A9rabilit%C3%A9_et_d%27accompagnement_%C3%A0_l%27adaptation_des_interventions_de_promotion_de_la_sant%C3%A9• Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. (2014). « Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE ». <i>Santé Publique</i> 26(6): 783-86. https://doi.org/10.3917/spub.146.0783• Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. (2013). « A tool to analyze the transferability of health promotion interventions ». <i>BMC public health</i> 13(1): 1184. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1184

Source : Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage, IREPS ARA, 2018-06, 20 p. <https://www.apsytude.com/wp-content/uploads/2015/08/Exemple-PAP-IREPS-Juin-2018.pdf>

L'outil ASTAIRE a été utilisé pour accompagner la transférabilité du programme « Sortir ensemble et se respecter en France » avec la démarche FIC. Ces deux approches sont différentes mais complémentaires. Elles permettent de déconstruire l'intervention, de distinguer la forme et les fonctions clés pour accompagner la transférabilité. Leur articulation vise, d'une part, à vérifier que l'effet « contexte d'intervention » ne se présente pas comme un obstacle majeur au transfert du programme et, d'autre part, de rendre compte des « ingrédients » du programme et de la manière dont ils ont été mis en œuvre concrètement¹⁷¹. Ainsi les deux outils ont été utilisés pour le programme de prévention des violences dans les relations amoureuses (VRA) chez les jeunes, « **Sortir ensemble et se respecter en France** » (SE&SR), adaptation suisse de « Safe Dates », un programme d'intervention américain qui a montré des résultats en matière de réduction des comportements violents tant du côté des jeunes victimes que des auteurs. Il fallait analyser l'applicabilité et la potentielle transférabilité de ce programme en France.

Les catégories de la grille ASTAIRE 2 ont été utilisées pour la description de la population et l'accompagnement au transfert. Elles ont permis de cibler les structures d'intervention souhaitées et faciliter la prise en compte des différents contextes suisse et français. Ces catégories vérifient ainsi l'applicabilité générale du programme en contexte français. Par exemple, le critère 1, « les caractéristiques épidémiologiques et socio-démographiques de la population bénéficiaire de l'intervention sont semblables dans les interventions mère et fille », a permis d'orienter le choix des structures françaises afin que les jeunes rencontrés présentent des caractéristiques communes entre l'intervention mère et fille. Ce critère a également permis de vérifier que les dynamiques des VRA étaient similaires entre les deux pays. Les catégories « environnement », et « conditions de mise en œuvre », ont permis de

171 CHERRIER Chloé, AKHRAS-PANCALDI Charlotte, DE PIETRO Josefin (et al.), **Accompagner l'applicabilité et la transférabilité du programme " Sortir Ensemble & Se Respecter " en France**, Santé Publique, Vol. 36, n° 1, 2024, pp. 23-32. <https://hal.science/hal-04536878/document>

formuler des éléments liés à des fonctions clés préliminaires et à la forme théorique du programme. Par exemple, le critère 15, « les modalités d'intervention de la mère et de la fille sont semblables », a permis de décrire les différentes modalités d'intervention du programme suisse en les mettant en perspective avec la théorie d'intervention élaborée lors de l'étape 2.

À l'issue des étapes 2 et 3, la démarche FIC a été mobilisée pour organiser et décrire plus finement les fonctions clés du programme. Les fonctions clés du programme suisse ont été identifiées rétrospectivement en les ordonnant soit pour le niveau individuel, soit pour le niveau milieu de vie pour être cohérents avec la théorie d'intervention proposée à l'étape 2. L'ensemble des étapes 2, 3 et 4 ont permis réciproquement d'aboutir à la formulation des fonctions clés du programme. À partir des différents outils, elles ont été analysées pour voir comment elles pouvaient s'implémenter dans le contexte suisse (mère). Ce travail a permis de formuler des commentaires sur l'applicabilité en vue de la transférabilité en contexte français. Ceux-ci permettent de repérer les éléments de contexte qui diffèrent de la Suisse à la France et ainsi de renseigner les conditions de la mise en œuvre du programme en France a priori. Ces commentaires guident les intervenants pour vérifier d'une part la disponibilité des ressources et les orienter d'autre part sur la manière d'adapter SE&SR en contexte français, non pas au niveau des fonctions clés, mais sur la forme. **Au final, dix fonctions clés ont été identifiées, dégagant le « squelette » de l'intervention suisse.** À la suite de ces résultats, des commentaires d'applicabilité en vue d'une transférabilité ont permis de préciser les éléments de contexte à prendre en compte avant la mise en œuvre du programme « Sortir ensemble et se respecter » en France¹⁷².

De la même manière, l'accompagnement de la mise à l'échelle du **programme « Porte t'Apporte »** a également **utilisée la grille ASTAIRE** en combinaison avec le modèle FIC, ainsi qu'un autre outil de mise à l'échelle. Dans le cadre de la prévention des conduites suicidaires chez les étudiants vivant en résidence, des consultations de psychologues en soirée au sein des résidences (les « *Happsy Hours* ») sont mises en place par l'association Apsytude depuis plusieurs années. Elles existent aujourd'hui au sein de 58 résidences dans 26 villes. De manière complémentaire et cohérente avec ce dispositif, le programme « Porte t'Apporte » (PTP) a été mis en place par Apsytude dans des résidences étudiantes de Lyon en 2015-2016. En complément des *Happsy hours*, il consiste en différentes actions visant la prévention de la dépression et du suicide chez les étudiants vivant dans ces résidences. Parmi les actions menées, des étudiants en psychologie vont à la rencontre des résidents pour parler de dépression et de suicide et les orienter vers une psychologue si besoin (ces interventions sont complétées par la remise d'un kit de prévention). De plus, un site internet mettant à disposition des articles sur le mal-être, les difficultés de la vie étudiante et leurs solutions pour les étudiants et les professionnels, est proposé.

Cette première expérimentation du programme PTP a fait l'objet d'une évaluation quantitative en lien avec un laboratoire de recherche, montrant l'efficacité du projet à partir de différents critères. Suite à ces résultats, il a été mis en œuvre dans plusieurs résidences étudiantes à St Etienne en 2016-2017 et 2017-2018. Les porteuses de projet ainsi que l'ARS souhaitent aujourd'hui augmenter l'impact populationnel du programme en le « mettant à l'échelle » au niveau régional. L'objectif est de conserver l'efficacité de l'intervention PTP initiale tout en l'étendant de manière plus large sur le territoire, en en assurant la pérennité et la faisabilité financière. L'enjeu est aussi de trouver un équilibre satisfaisant entre « fidélité » à l'intervention PTP, et « réinvention /adaptation » des nouvelles interventions qui seront mises en œuvre, tout en maîtrisant les coûts. L'accompagnement par l'IREPS ARA (aujourd'hui Promotion Santé ARA) doit permettre de favoriser la qualité du processus de mise à l'échelle mais aussi de capitaliser à partir de cette démarche. A travers cet accompagnement, il s'agit aussi d'améliorer la prise en compte dans le projet « Porte t'apporte » des principes de promotion de la santé tels que l'action sur les environnements, la dimension collective et le

172 CHERRIER Chloé, AKHRAS-PANCALDI Charlotte, DE PIETRO Josefina (et al.), **Accompagner l'applicabilité et la transférabilité du programme " Sortir Ensemble & Se Respecter " en France**, Santé Publique, Vol. 36, n° 1, 2024, pp. 23-32. <https://hal.science/hal-04536878/document>

renforcement du lien social, la pérennisation/durabilité de l'action, et la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé. Ainsi, **dans un premier temps la grille ASTAIRE a été utilisée**. Elle a constitué une première étape de travail visant à décrire précisément le contexte de l'intervention PTP initiale en vue de son futur transfert. Cette analyse a été réalisée avant la mise en œuvre du programme PTP dans des résidences étudiantes stéphanoises en 2016-2017. Elle a notamment permis de mettre en lumière la nécessité d'adapter certains éléments tels que la communication, le questionnaire de la première intervention et les plannings pour tenir compte des trajets des intervenants entre Lyon et St-Etienne. Dans le cadre de la description de l'intervention, **l'outil FIC a été utilisé pour favoriser la réflexion sur les adaptations de l'intervention possibles** dans le cadre de la mise à l'échelle. Au cours de trois réunions de travail et deux échanges écrits entre les porteuses de projet et les chargées de projet de l'IREPS, une description « FIC » de l'intervention PTP a été réalisée puis validée. L'outil de mise à l'échelle de Milat¹⁷³ « **A guide to scaling up population health interventions** » devait fournir quant à lui des points de repère pour l'appréciation, la préparation et la réalisation du processus de mise à l'échelle¹⁷⁴.

Ces outils de transfert des interventions permettent de **voir la diversité et la complémentarité des approches proposées**. Ils visent tous, via des **questionnements et approches différents, à encourager la recherche d'un juste équilibre entre fidélité aux données probantes et interventions initiales, et adaptabilité aux acteurs et aux contextes locaux**. Au-delà de leurs différences en termes d'objectifs et d'utilisation, l'ensemble des créateurs de ces outils précisent qu'ils constituent des **démarches d'aide et de soutien à la décision**. Ils ne sont **pas prescriptifs** et ne permettent pas d'apporter une réponse « toute faite » à la question de la transférabilité d'une intervention, mais favorisent et participent à **l'objectivation des décisions** et à la recherche de consensus entre parties prenantes. **Seuls les échanges entre ces parties-prenantes peuvent permettre de formuler un jugement et de décider ce qui est transférable ou non**. De plus, ces outils et démarches sont eux-mêmes adaptables au niveau de leur utilisation. Certains critères proposés ne seront pas pertinents dans certains cas, ou auront une importance plus ou moins grande, par exemple. Ils peuvent en outre être utilisés de manière complémentaire. Par ailleurs, leur utilisation peut être complexe et nécessiter un soutien et un accompagnement de la part de professionnels formés¹⁷⁵. Dans tous les cas, cette transférabilité ne doit pas conduire à uniformiser et standardiser les pratiques sur le terrain. Elle doit s'analyser au cas par cas et être envisagée comme un ensemble de points de repère pour la pratique, utile à l'amélioration de la qualité des interventions. Elle ne doit pas entraver la créativité et la capacité d'innovation, de production de connaissances, et d'adaptation aux contextes des acteurs locaux. La place des professionnels de terrain est en effet essentielle, notamment pour leur connaissance des contextes de mise en œuvre des interventions et des dynamiques d'acteurs en jeu¹⁷⁶.

173 MILAT Andrew, NEWSON Robyn, KING Lesley (et al.), **A guide to scaling up population health interventions**, Public Health Research and Practice, Vol. 28, n° 26, 2016-01, 5 p. <https://www.phrp.com.au/wp-content/uploads/2016/01/PHRP-26-01-Scaling-FINAL-01-20Jan16.pdf>

174 VILLEVAL Mélanie, **Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage**, Ireps Auvergne-Rhône-Alpes; ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2018, p. 9. <https://www.apsytude.com/wp-content/uploads/2015/08/Exemple-PAP-IREPS-Juin-2018.pdf>

175 VILLEVAL Mélanie, **Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage**, Ireps Auvergne-Rhône-Alpes; ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2018, p. 9. <https://www.apsytude.com/wp-content/uploads/2015/08/Exemple-PAP-IREPS-Juin-2018.pdf>

176 **Transférabilité des actions**, RRAPPS Bourgogne Franche-Comté, 2023-05, en ligne : <https://rrapps-bfc.org/glossaire/transferabilite-des-actions>

6. CONCLUSION

Les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) représentent un défi pour les politiques de santé publique et pour les acteurs de terrain. Elles concernent toute la population sur l'ensemble du gradient social. Face à ces constats, divers leviers se distinguent pour réduire les inégalités. Parmi eux, l'universalisme proportionné s'illustre comme un principe clé, visant à soutenir le caractère universel des interventions, tout en adaptant les ressources et les actions aux besoins spécifiques de certains sous-groupes de populations, notamment les plus vulnérables. Le soutien à la littératie en santé s'avère également essentiel pour renforcer la capacité des individus à comprendre et à utiliser l'information de manière autonome, ainsi que leur capacité à s'impliquer dans les débats publics sur la santé. Agir précocement sur les déterminants de la santé permet aussi d'influencer durablement les trajectoires de vie, et la participation citoyenne apparaît comme une démarche indispensable pour garantir une véritable co-construction des projets de santé. Ainsi, la démocratie en santé et l'empowerment des communautés participent activement à la réduction des ISTS. L'usage de stratégies de médiation, telles que les approches « d'aller-vers » et « faire-avec », facilite l'inclusion des publics éloignés des systèmes de soins et de prévention.

Parallèlement, différents outils permettent de prendre en compte les ISTS dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des projets. La lentille ISS, la grille Lor'IS, ou encore les dispositifs REFLEX-ISS et IVRISS offrent des pistes intéressantes pour mieux prendre en compte les ISTS et en diminuer les effets dans la mise en œuvre et les effets des projets. Ces outils sont également utiles pour garantir que chaque étape inclue une évaluation spécifique et ciblée des impacts sur les ISTS. Enfin, la transférabilité des interventions est un enjeu croissant, qui nécessite d'ajuster les projets dans des contextes différents tout en prenant en compte la complexité des réalités locales. Les exemples concrets de mises en œuvre de ces outils illustrent l'efficacité et la pertinence de ces approches dans divers environnements.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé demande une approche intégrée et multifactorielle, associant innovation, rigueur méthodologique et participation active de la population. Le contenu de ce dossier montre que des leviers d'action prometteurs existent pour promouvoir une santé plus équitable et accessible à tous, et qu'ils sont mobilisables aussi bien par les responsables institutionnels que par les acteurs associatifs.

7. GLOSSAIRE

Aller-vers

L'aller-vers est une démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, qu'elle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, d'accompagnement. Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans une pratique pro-active, pour entrer en relation avec ces publics¹⁷⁷.

Approche coordonnée, transectorielle, partenariale

Ce type d'approche fait référence à une méthode de travail collaborative impliquant plusieurs acteurs de différents secteurs et domaines, avec une coordination centralisée pour atteindre un objectif commun. Elle est souvent utilisée pour traiter des problématiques complexes, nécessitant l'engagement et la collaboration de divers acteurs pour produire des résultats efficaces et durables¹⁷⁸.

Approche globale de la santé

Une approche globale de la santé se base sur la conception de l'être humain comme un tout (physique et mental), qui évolue en constante interaction avec son environnement social et physique. La santé est dès lors considérée aussi comme le résultat de rapports sociaux et est définie de manière holistique, c'est-à-dire considérant l'humain comme un tout indivisible¹⁷⁹. Elle renvoie ainsi à une vision

177 « Aller-vers ». *Glossaire en promotion de la santé*, Promotion santé Grand Est, 2024, 52 p. https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/PAC/glossaire-promotion-sante.pdf

178 *L'action intersectorielle en faveur de la santé. Le rôle de la coopération intersectorielle dans les stratégies nationales de la santé pour tous*, OMS, 1986-05, 139 p. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/193979/WHA39_TD-1_fre.pdf

179 COLARD Fanny, *Penser la santé autrement : vers une approche globale et féministe ?*, Éducation santé, 2019-01, en ligne : <https://educationsante.be/penser-la-sante-autrement-vers-une-approche-globale-et-feministe/>

large des déterminants de la santé non plus seulement biologiques ou individuelles mais également systémiques et socialement construits.

Capabilités

Selon l'économiste et philosophe indien, Amartya Sen, la notion de capabilités invite à considérer la pauvreté au-delà des seuls aspects monétaires et à la penser en termes de liberté d'action, de capacité à faire. Les inégalités entre les individus et les groupes sociaux ne s'apprécient pas au regard de leurs seules dotations en ressources mais de leurs capacités à les convertir en libertés réelles. Les capabilités ne se réfèrent pas à des réalisations effectives, mais aux possibilités (ou libertés) de choisir la vie que l'on souhaite mener. Il n'y a de développement que par et pour la liberté. La tyrannie, l'absence d'opportunités économiques, l'inexistence des services publics, l'intolérance sont autant d'entraves à la liberté¹⁸⁰.

[Pour en savoir plus sur la théorie de la justice sociale de Sen.](#)

Capacité épistémique

La capacité épistémique désigne l'aptitude d'un individu, d'un groupe ou d'une structure à acquérir, analyser, traiter et utiliser des connaissances de manière fiable et critique. Elle comprend la capacité à collecter des informations précises à partir de diverses sources, à évaluer leur validité, à tirer des conclusions basées sur ces informations, et à les communiquer efficacement. En somme, la capacité épistémique concerne la gestion des connaissances et la prise de décision éclairée dans différents contextes, qu'ils soient scientifiques, éducatifs, ou organisationnels.

Capital social, économique et culturel

Le sociologue Pierre BOURDIEU propose de faire la distinction entre capital économique,

180 *La théorie des « capabilités »* in Amartya Sen, ministère de l'Économie, des finances et de l'industrie, s.d. en ligne : <https://www.economie.gouv.fr/facileco/amartya-sen#>

capital social et capital culturel. L'idée est que l'individu ne possède pas et n'hérite pas seulement d'un capital matériel, mais aussi d'autres éléments tout aussi importants dont il peut tirer des avantages matériels ou symboliques et par extension, pouvant influencer son pouvoir d'agir en matière de santé. Le capital social désigne le réseau de relations personnelles qu'un individu peut mobiliser quand il en a besoin. Toutes les relations ne se «valent» pas : certaines sont plus efficaces que d'autres, ce qui crée ici aussi des inégalités.

Le capital culturel désigne l'ensemble des ressources culturelles dont dispose un individu (capacités de langage, maîtrise d'outils artistiques, etc.), le plus souvent attestées par des diplômes et des compétences. Ces différentes formes de capital, l'individu en hérite pour une partie, les constitue au cours de sa vie pour l'autre, et essaie de les transmettre en héritage à ses enfants. Les inégalités concernent les trois formes de capital¹⁸¹. [Pour en savoir plus sur les liens entre capital social et santé](#)

Compétences psychosociales (CPS)

Santé publique France définit les compétences psychosociales comme un ensemble cohérent et interrelié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent de renforcer le pouvoir d'agir (empowerment), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement optimal et de développer des interactions constructives. Les compétences psychosociales sont déterminées par différents facteurs : individuels, sociaux et environnementaux. Ainsi, il s'agit certes de développer les compétences individuelles, mais également d'agir sur l'environnement social et physique des individus, dans tous les milieux de leur vie, afin qu'ils puissent exercer pleinement ces compétences et capacités d'action¹⁸².

181 SES.WEBCLASS « Capital économique social culturel » <https://ses.webclass.fr/notions/capital-economique-social-culturel/>

182 LAMBOY Béatrice, ARWIDSON Pierre, DU ROSCOËT Enguerrand (et al.), **Les compétences psychosociales : état des connaissances spécifiques et théoriques. Rapport complet**, Santé Publique France, 2022, 135 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport->

Démarche participative

Ensemble des dispositifs et des procédures qui permettent d'augmenter l'implication de la population dans la vie politique et d'accroître son rôle dans les prises de décision. Cette démarche trouve son fondement dans les lacunes que certains attribuent à la démocratie représentative (entre autres, un Parlement non représentatif de la diversité de la société, l'éloignement des élus du terrain et de la réalité quotidienne, le sentiment pour les citoyens de ne pas être compris des politiciens, la méfiance envers les pouvoirs publics, la faiblesse des contre-pouvoirs, l'augmentation de l'abstention...)¹⁸³.

Démocratie en santé

Démarche visant à associer usagers, professionnels et décideurs publics dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé¹⁸⁴. Cette démarche est en particulier mise en œuvre dans des instances telles que les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ou les Conseils territoriaux de santé.

Déterminants de santé

Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population. Les déterminants de la santé sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements¹⁸⁵. (Institut National de Santé Publique Québec, 2023). [Pour aller plus loin](#)

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

[synthese/les-competences-psychosociales-etat-des-connaissances-scientifiques-et-theoriques](#)

183 **Concepts liés à la participation des habitants-usagers-citoyens**, Promotion santé Ile-de-France, 2024, en ligne : <https://www.promotion-sante-idf.fr/concepts-lies-participation-habitants-usagers-citoyens>

184 **Concepts liés à la participation des habitants-usagers-citoyens**, Promotion santé Ile-de-France, 2024, en ligne : <https://www.promotion-sante-idf.fr/concepts-lies-participation-habitants-usagers-citoyens>

185 « **Déterminants de la santé** ». **Glossaire**, So Risp, 2023, en ligne : <https://sorisp.fr/glossaire/>

l'habitat et autres¹⁸⁶. Les déterminants sociaux de la santé conditionnent la façon dont une personne dispose des ressources physiques, sociales, économiques et personnelles pour satisfaire ses besoins, ses aspirations et s'adapter à son environnement¹⁸⁷.

Égalité

Absence de toute discrimination entre les êtres humains, sur le plan de leurs droits : égalité politique, civile, sociale¹⁸⁸.

Empowerment (Encapacitation / Empouvoirement)

Selon un rapport de l'OMS, l'empowerment est défini comme un processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés accroissent la maîtrise des questions qui les concernent. A la fois but et moyen, cette notion renvoie au fait de renforcer le « pouvoir » de chacun afin qu'il puisse l'exercer dans une perspective de santé optimale. Il s'agit donc de développer les compétences individuelles mais également d'agir sur les systèmes (environnement, structures, groupes sociaux) pour que ces compétences puissent s'exercer réellement et efficacement¹⁸⁹.

Équité en santé

L'équité en santé est l'absence de différences injustes, évitables ou remédiables entre des groupes de personnes, que ces groupes soient définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement ou par d'autres dimensions de l'inégalité (par exemple, le sexe, le genre, l'appartenance ethnique, le handicap ou l'orientation sexuelle). La santé est un droit humain fondamental. L'équité en termes d'état de

santé est atteinte lorsque chacun peut réaliser son plein potentiel de santé et de bien-être¹⁹⁰. (Traduction libre inspirée de la définition de l'OMS (2010)). [Pour aller plus loin](#)

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 défavorisées¹⁹¹.

Inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités de santé désignent tout type de différences de l'état de santé observé entre groupes ou individus. Les inégalités sociales et territoriales de santé concernent des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé ». Elles se distinguent des inégalités de santé qui ne relèvent pas de la justice sociale, mais de facteurs génétiques et physiologiques propres à l'individu, et qui sont alors considérées comme inévitables. Les inégalités sociales et territoriales de santé sont exclusivement liées à des facteurs sociaux extérieurs aux individus et à la position sociale (exemple : catégorie socio-professionnelle). Elles sont socialement construites et demeurent la conséquence d'une inégalité dans la répartition des ressources et du pouvoir au sein de la société. Elles peuvent de ce fait être considérées comme évitables¹⁹².

Justice sociale

La justice sociale est fondée sur l'égalité des droits pour tous les peuples et la possibilité pour tous les êtres humains sans discrimination de bénéficier du progrès économique et social partout dans le monde. Promouvoir la justice sociale ne consiste pas simplement

186 POTVIN Louise, MOQUET Marie-José, JONES Catherine, **Réduire les inégalités sociales en santé**, INPES, 2010, 380 p. https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/INPES_Reducire_les_inegalites_sociales_en_sante.pdf

187 SIZARET, Anne, Faire le tour de la promotion de la santé... en 180 minutes (ou presque). Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bourgogne Franche-Comté, 2018, 144p. https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/2.4.dossier_documentaire.pdf

188 « **Égalité** ». Dictionnaire, Larousse, 2024, en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9galit%C3%A9/28005>

189 **Concepts clés en promotion de la santé : définition et enjeux**, Promotion santé Ile-de-France, 2024, en ligne : <https://www.promotion-sante-idf.fr/sinformer/comprendre-promotion-sante/concepts-cles-promotion-sante-definitions-enjeux>

190 « **Équité en santé** ». **Glossaire**, So Risp, 2023, en ligne : <https://sorisp.fr/glossaire/>

191 POTVIN Louise, MOQUET Marie-José, JONES Catherine, **Réduire les inégalités sociales en santé**, INPES, 2010, 380 p. https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/INPES_Reducire_les_inegalites_sociales_en_sante.pdf

192 BARBAY Coline, DE OLIVEIRA Sandrine, FERIÉL Emilie, **Glossaire en promotion de la santé**, Promotion santé Grand Est, 2024, 52 p. <https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos-productions/PAC/glossaire-promotion-sante.pdf>

à augmenter les revenus et à créer des emplois. C'est aussi une question de droits, de dignité et de liberté d'expression pour tous, ainsi que d'autonomie économique, sociale et politique¹⁹³.

Littératie en santé

La littératie en santé permet au public et au personnel travaillant dans des domaines liés à la santé de trouver, comprendre, évaluer, communiquer et utiliser de l'information. La littératie en santé est l'utilisation d'une vaste gamme de compétences qui aident les gens à agir selon l'information reçue pour être en meilleure santé. Ces compétences comprennent la lecture, l'écriture, l'écoute, la communication orale, le calcul et l'analyse critique, de même que des compétences en communication et en interaction¹⁹⁴. Disposer d'un bon niveau de littératie en santé permet également de s'investir dans des projets collectifs de santé et dans les politiques à impact sur la santé.

Plaidoyer en santé

Le plaidoyer en santé est l'une des stratégies les plus importantes de la promotion de la santé. Il correspond à un ensemble d'actions individuelles et collectives destinées à conquérir un engagement, un soutien politique, une acceptation sociale et un soutien systémique, relatifs à un objectif ou à un projet. Il devient prioritaire lorsque les données à l'appui de l'action dépassent l'engagement en faveur de l'action, que l'engagement politique en faveur de l'action fait défaut, qu'il existe des données à l'appui d'une réorientation des priorités, que les actions privilégiées au niveau politique ne sont pas en accord avec les données probantes sur l'efficacité, que les actions sont soutenues mais ne disposent pas de ressources suffisantes et enfin, que les niveaux d'acceptation communautaire en faveur du changement dépassent les actions politiques. Or toutes ces conditions sont réunies en ce qui concerne la question de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités sociales de santé¹⁹⁵.

193 **Journée mondiale de la justice sociale**, Nations Unies, 2024, en ligne : <https://www.un.org/fr/observances/social-justice-day>

194 **Littératie en santé**, RRAPPS Bourgogne Franche-Comté, 2024, en ligne : <https://rrapps-bfc.org/glossaire/litteratie-en-sante>

195 **Plaidoyer pour la promotion de la santé : le temps**

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 des 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.

Population vulnérable/ Population fragilisée

Les populations vulnérables sont des groupes ou communautés qui présentent un risque plus élevé d'être en mauvaise santé à cause de barrières à l'accès aux ressources sociales, économiques, politiques et environnementales ou de limites dues à des maladies ou à des déficiences. Les expressions « populations vulnérables » et « populations fragilisées », qui s'utilisent parfois de manière interchangeable, doivent cependant être mobilisés avec le souci d'éviter la stigmatisation des groupes sociaux concernés¹⁹⁶.

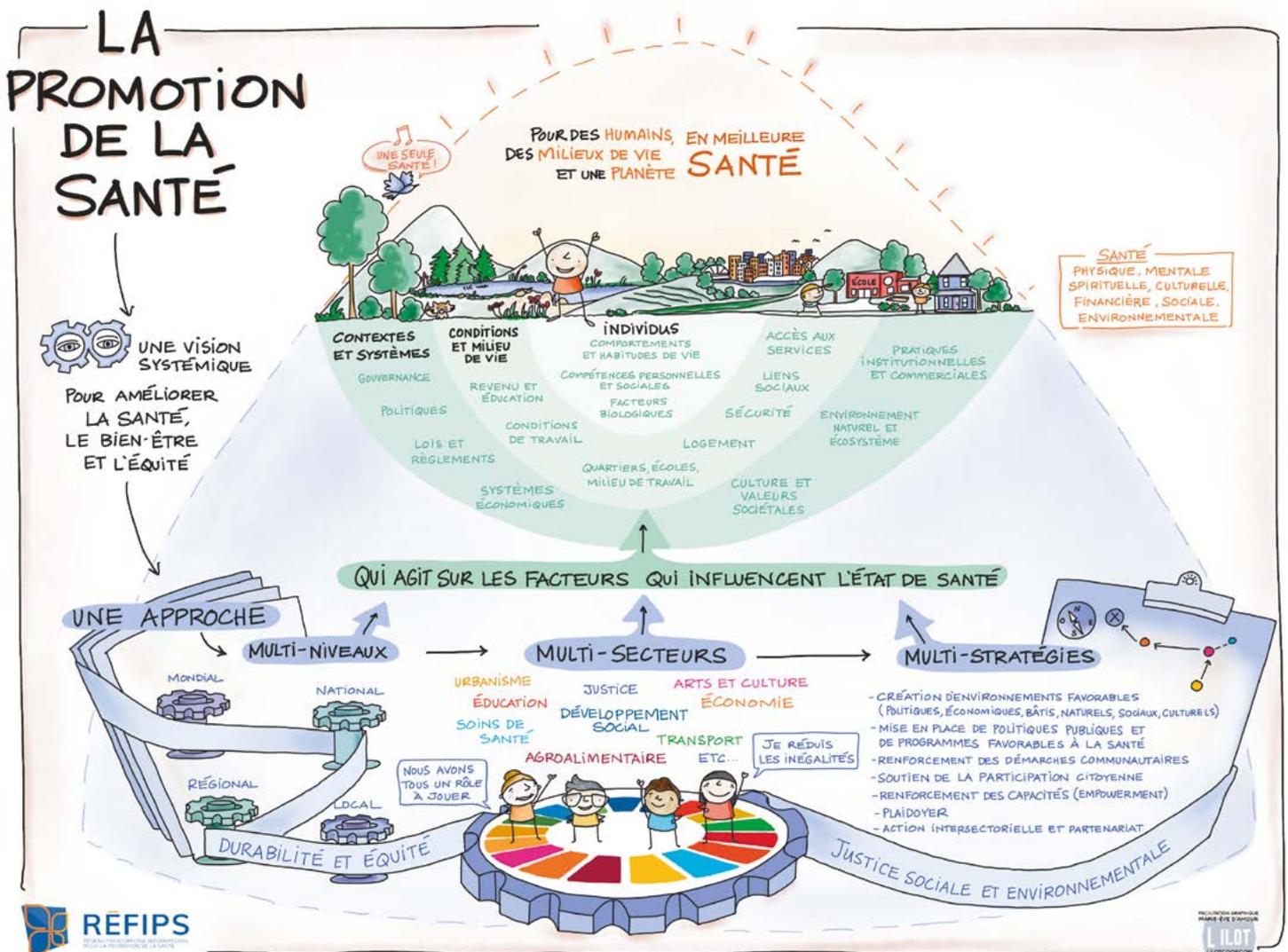


de l'action publique, Fédération promotion santé, 2024, 3 p. https://www.federation-promotion-sante.org/wp-content/uploads/2024/09/240924_FPS_Assises_2024_Programme_Jour_1_VF.pdf

196 **Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé**, NCCDH, 2015-02, 8 p. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Glossary_FR.pdf

Promotion de la santé

En lien direct avec une approche globale de la santé, La promotion de la santé est une approche positive de la santé, promue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle vise à conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Elle conçoit la santé comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie. Elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé¹⁹⁷. [Pour aller plus loin](#)



Source : La promotion de la santé, Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS), 2024-11, 1 p <https://refips.org/ouvrage-de-referance/la-promotion-de-la-sante-une-vision-systemique-pour-ameliorer-la-sante-le-bien-etre-et-lequite/>

197 SIZARET, Anne, Faire le tour de la promotion de la santé... en 180 minutes (ou presque). Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bourgogne Franche-Comté, 2018, 144p. https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/2.4.dossier_documentaire.pdf

Public précaire

L'expression «public précaire» désigne des groupes de personnes qui vivent dans des conditions socio-économiques fragiles ou instables, souvent marquées par une insécurité matérielle, financière, ou sociale. Ces publics rencontrent des difficultés à subvenir à leurs besoins fondamentaux tels que le logement, l'alimentation, la santé ou l'emploi. Ils sont plus vulnérables face aux crises ou aux aléas de la vie¹⁹⁸.

Résilience

La résilience est le plus souvent définie comme la possibilité d'une personne ou d'un groupe à se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir malgré la présence d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères. La résilience, qui peut être à l'œuvre même chez des enfants très jeunes, résulte d'un équilibre dynamique entre facteurs de risques et facteurs de protection : compétences, estime de soi, aptitudes relationnelles, capacité d'anticiper, de donner du sens, humour¹⁹⁹. Au-delà de l'existence de capacités personnelles, elle résulte également d'environnements (politiques, sociaux, humains...) favorables à son émergence.

Santé communautaire

Processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités²⁰⁰.

Santé précarité

La notion de «santé-précarité» désigne l'interaction entre la précarité socio-économique et l'état de santé des individus. Elle met en évidence le fait que les personnes

vivant dans des conditions de précarité sont plus vulnérables face aux problèmes de santé, en raison de divers facteurs qui affectent leur accès aux soins, leur mode de vie, et leurs conditions de vie²⁰¹.

Universalisme proportionné

L'universalisme proportionné consiste en une combinaison de deux approches : l'approche universelle, qui désigne toute politique ou intervention s'adressant de manière unique à l'ensemble de la population, quels que soient les besoins, le statut socio-économique ou la catégorie sociale ; et l'approche ciblée, qui vise à agir particulièrement auprès des populations les plus défavorisées et avec elles, et permet d'adapter les interventions aux caractéristiques des groupes ciblés. Aucune de ces deux approches ne permet à elle seule, de contribuer efficacement à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, ou d'avoir un impact significatif sur le gradient social de santé²⁰². Il s'agit donc de faire en sorte qu'une intervention universelle, pensée pour l'ensemble de la population, puisse être modulée et dosée sur un plan non seulement quantitatif mais surtout qualitatif en prenant en compte les besoins, capacités et contextes des différents sous-groupes de la population. En modulant les intensités et les types d'actions, l'universalisme proportionné permet ainsi la construction de politiques plus pertinentes, véritablement adaptées aux besoins des populations et à même de compenser les désavantages structurels qui caractérisent certains sous-groupes²⁰³. [Pour aller plus loin.](#)

198 **Accès aux soins : défis et réalités pour les publics précaires, focus sur la santé mentale**, Respect 73, 2024-02, en ligne : <https://www.respects73.fr/acces-aux-soins-defis-et-realites-pour-les-publics-precaires-focus-sur-la-sante-mentale/>

199 **Glossaire utilitaire en Éducation pour la santé**, Préfecture de la région de Bourgogne, s.d., 67 p. <https://www.ampd.fr/documents/f5b813c7-cd64-721f-2a1d81f205d9b3be.pdf>

200 **Concepts liés à la participation des habitants-usagers-citoyens**, Promotion santé Ile-de-France, 2024, en ligne : <https://www.promotion-sante-idf.fr/concepts-lies-participation-habitants-usagers-citoyens>

201 GIRAUD Frédérique, **Santé & précarité**, *L'observatoire*, n° 65, 2010, en ligne : <https://journals.openedition.org/lectures/1095>

202 BARBAY Coline, DE OLIVEIRA Sandrine, FERIÉL Emilie, **Glossaire en promotion de la santé**, Promotion santé Grand Est, 2024, 52 p. <https://promotionsante-hdf.fr/app/uploads/2024/03/glossaire-promotion-sante.pdf>

203 **L'universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé**, Observatoire de la santé Province de Hainaut, 2017, 17 p. <https://observatoiresante.hainaut.be>

8. BIBLIOGRAPHIE

Lentilles ISS. Le questionnaire des inégalités sociales de santé, Fondation Roi Baudouin, 2024-09, en ligne : <http://www.inegalitesdesante.be/>

PRSE4 : Agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé, PRSE des Pays de la Loire, 2024-09, en ligne : <https://www.paysdelaloire.prse.fr>

BLANPAIN Nathalie, **Les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers : 5 ans chez les hommes, 3 ans chez les femmes**, Insee, n° 2005, 2024-07, en ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8220688>

Les enjeux du PRSE : la réductions des inégalités sociales et territoriales de santé, Plan régional Santé environnement des Pays de la Loire, 2024-06, en ligne : <https://www.paysdelaloire.prse.fr/les-enjeux-du-prse4-la-reduction-des-inegalites-a1054.html>

Accès aux soins de premiers recours : les inégalités territoriales s'aggravent, Vie publique, 2024-05, en ligne : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/294142-acces-aux-soins-les-inegalites-territoriales-saggravent>

Quel (premier) bilan tirer des crèches Avip ?, Les pros de la petite enfance, 2024-06, en ligne : <https://lesprosdela petiteenfance.fr>

Littératie en santé. Rapport de l'étude Health Literacy Survey France 2020-2021, SESTIM, Santé publique France, 2024-05, 99 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/litteratie-en-sante-rapport-de-l-etude-health-literacy-survey-france-2020-2021>

Repérer les impacts potentiels d'un projet d'aménagement urbain pour les inégalités sociales de santé grâce à la grille URBAN-ISS, Agir-ese, 2024-05, en ligne : <https://agir-ese.org/mediatheque/grille-urban-iss>

Guide Fab'riss. Premiers pas pour réduire les inégalités sociales de santé, IREPS Pays de la Loire, 2024-03, 31 p. https://www.irepspd.org/_docs/Fichier/2024/5-240426081127.pdf

Accès aux soins : défis et réalités pour les publics précaires, focus sur la santé mentale, Respect 73, 2024-02, en ligne : <https://www.respects73.fr/acces-aux-soins-defis-et-realites-pour-les-publics-precaires-focus-sur-la-sante-mentale/>

DARRAS Lucy, DELPIERRE Cyrille, FONQUERNE Leslie, **Analyse de la transférabilité d'une intervention en santé des populations à partir du modèle « Fonctions-clés, implémentations, contexte » (FIC)**, SoRisp, AAPRISS, CERPOP (et al.), 2024-01, 2 p. https://sorisp.fr/wp-content/uploads/2024/01/FIC_Exemple_Rapport_siteSoRisp.pdf

L'ARRIVEE-LAVOIE Amélie, MAUGER Isabelle, **Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle de la Capitale-Nationale**. Résultats EQDEM 2022, CIUSSS, 2024-01, 61 p. <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca>
https://sorisp.fr/wp-content/uploads/2024/01/FIC_Exemple_Rapport_siteSoRisp.pdf

Développement des jeunes enfants : avis scientifique, présentation et outils, INSPQ, 2024, en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/developpement-des-jeunes-enfants/avis>

Fiches Lisa, Culture et santé, 2024, en ligne : <https://www.cultures-sante.be/outils-ressources/fiches-lisa/>

Littératie en santé organisationnelle dans la première ligne. Les enseignements de 18 organisations pionnières, Fondation Roi Baudouin, 2024, 68 p. <https://media.kbs-frb.be>

GARDOSO Thierry, GORZA Maud, **Réduire les inégalités sociales de santé dès les 1000 premiers jours** in L'enfant dans son environnement, ERES, 2024, pp. 213-223 <https://shs.cairn.info>

Petits pas, grands pas, Kalia, 2024, en ligne : <https://www.agence-kalia.fr/nos-actions/ppgp/>

Transférabilité des actions, RRAPPS Bourgogne Franche-Comté, 2024, en ligne : <https://rrapps-bfc.org/glossaire/transferabilite-des-actions>

Épidaure Market. Présentation du jeu, Épidaure Market, 2024, en ligne : <https://www.epidauremarket.fr/le-jeu-epidaure-market.html>

CHERRIER Chloé, AKHRAS-PANCALDI Charlotte, DE PIETRO Josefin (et al.), **Accompagner l'applicabilité et la transférabilité du programme " Sortir Ensemble & Se Respecter " en France,** Santé Publique, Vol. 36, n° 1, 2024, pp. 23-32. <https://hal.science/hal-04536878/document>

« **Aller-vers** ». **Glossaire en promotion de la santé,** Promotion Santé Grand Est, 2024, 52 p. https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/PAC/glossaire-promotion-sante.pdf

Concepts liés à la participation des habitants-usagers-citoyens, Promotion santé Ile-de-France, 2024, en ligne : <https://www.promotion-sante-idf.fr/concepts-lies-participation-habitants-usagers-citoyens>

Concepts clés en promotion de la santé : définition et enjeux, Promotion santé Ile-de-France, 2024, en ligne : <https://www.promotion-sante-idf.fr/sinformer/comprendre-promotion-sante/concepts-cles-promotion-sante-definitions-enjeux>

BARBAY Coline, DE OLIVEIRA Sandrine, FERIÉL Emilie, **Glossaire en promotion de la santé,** Promotion santé Grand Est, 2024, 52 p. https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/PAC/glossaire-promotion-sante.pdf

WEIL-DUBUC, Paul-Loup. **L'injustice des inégalités sociales de santé.** Rennes, Presses de l'EHESP. « Controverses », p.182. URL : <https://shs.cairn.info/l-injustice-des-inegalites-sociales-de-sante--9782810910250?lang=fr>.

Journée mondiale de la justice sociale, Nations Unies, 2024, en ligne : <https://www.un.org/fr/observances/social-justice-day>

Littératie en santé, RRAPPS Bourgogne Franche-Comté, 2024, en ligne : <https://rrapps-bfc.org/glossaire/litteratie-en-sante>

Plaidoyer pour la promotion de la santé : le temps de l'action publique, Fédération promotion santé, 2024, 3 p. https://www.federation-promotion-sante.org/wp-content/uploads/2024/09/240924_FPS_Assises_2024_Programme_Jour_1_VF.pdf

GAUTHIER, Mario. « **L'échelle de la participation citoyenne d'Arnstein : notoriété et postérité d'un article fondateur en aménagement du territoire et urbanisme.** » Lien social et Politiques, numéro 92, 2024, p. 290-304. <https://doi.org/10.7202/1112815ar>

BARBAY Coline, DE OLIVEIRA Sandrine, FERIÉL Emilie, **Glossaire en promotion de la santé,** Promotion santé Grand Est, 2024, 52 p. <https://promotionsante-hdf.fr/app/uploads/2024/03/glossaire-promotion-sante.pdf>

France, portrait social, Insee références, 2023-11, 234 p. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666863?sommaire=7666953>

Guide d'évaluation en prévention et promotion de la santé, ARS Hauts-de-France, 2023-11, 20 p. https://promosante.org/wp-content/uploads/2024/01/Novembre-2023_Guide-Evaluation_DPPS.pdf

La littératie en santé, Promotion santé Ile-de-France, 2023-11, en ligne : <https://www.promotion-sante-idf.fr/>

PSFP (programme de soutien aux familles et à la parentalité), Ministère du travail et des solidarités, 2023-11, en ligne : <https://sante.gouv.fr>

Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde France, Médecins du monde, 2023-10, 12 p. https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2023/11/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2023_SYNTHESE_pAp.pdf

Retour sur le projet de Stratégie nationale de Santé (2023-2033) à l'adresse de la Conférence nationale de santé, UNIOPSS, 2023-09, 21 p. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/c_2d_uniopss_contribution_proj_sns_env_mme_munch_070923.pdf

Stratégie nationale de santé 2023-2033. Projet soumis à consultation, Ministère de la santé et de la prévention, 2023-09, 85 p. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_sns.pdf

OMOROU Abdou Yacoubou, **Proportionate universalism intervention is effective for tackling nutritional social gradient in adolescents: the PRALIMAP-INÈS mixed randomised trial,** Public health, Vol. 221, 2023-08, pp. 79-86 [Disponible sur demande](#)

POTVIN Louise, MOQUET Marie-José, JONES Catherine, **Réduire les inégalités sociales en santé,** INPES, 2010, 380 p. <https://solidarites>.

gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/INPES_Reduire_les_inegalites_sociales_en_sante.pdf

Prosiris (PROMotion de la Santé et Items pour la Réductions des Inégalités sociales et territoriales de santé) : une grille d'accompagnement de vos projets de santé, Promotion santé Grand Est, 2023-06, en ligne : <https://www.ireps-grandest.fr/index.php/se-documenter>

Grille Urban-ISS, So risp, 2023-05, en ligne : <https://sorisp.fr/outils-et-methodes/>

La transférabilité des interventions en Promotion de la santé, FRAPS Centre, 2023-05, 30 p. https://frapscentre.org/wp-content/uploads/2023/05/Atelier2_Fillol.pdf

Transférabilité des actions, RRAPPS Bourgogne Franche-Comté, 2023-05, en ligne : <https://rrapps-bfc.org/glossaire/transferabilite-des-actions>

MORALES-GARZÓN Sergio, PARKER Lucie Anne, HERNÁNDEZ-AGUADO Ildefonso (et al.), **Addressing Health Disparities through Community Participation: A Scoping Review of Co-Creation in Public Health**, Healthcare (Basel). Vol. 4, n° 11, 2023-04, 19 p. <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/7/1034>

Ireps Grand Est, **Village sans prétention. Association accueil et réinsertion sociale (Ars)**, Portail CAPS. Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2023-02, 20 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

Qu'est ce que la démocratie en santé ?, ARS, 2023-01, en ligne : <https://www.ars.sante.fr>

FOURNIER Clément, **Les inégalités sociales, environnementales et économiques augmentent entre les territoires en France**, Youmatter, 2023-01, en ligne : <https://youmatter.world/fr/categorie-societe/inegalites-territoriales-social-environnemental-economique/>

Droits et soins de santé des personnes en situation de précarité : quelles difficultés rencontrent-elles ?, Médecins du monde, 2023, 50 p. https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2024/05/Etude-Droits_Soins_Precaires_Metz-Parie-1-France-FR.pdf

Le modèle FIC : Fonctions-clés/ Implémentation / Contexte, So-Risp, 2023, en ligne : <https://sorisp.fr/outils-et-methodes/modele-fic/>

Glossaire, So Risp, 2023, en ligne : <https://sorisp.fr/glossaire/>

Crèches à vocation d'insertion professionnelle : des effets positifs mais fragiles, Le Média social, 2022-10, en ligne : <https://www.lemediasocial.fr/>

Crèches Avip : positive pour l'accueil, à revoir sur l'insertion, L'assmat, 2022-09, en ligne : <https://www.lassmat.fr>

BOUHIER Frédéric, **Renforcer l'accès au dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus des personnes en situation de précarité : littératie et participation action**, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022-09, 11 p. <https://www.capitalisationsante.fr/>

Droits des patients : la démocratie en santé, une urgence à développer, Vie publique, 2022-09, en ligne : <https://www.vie-publique.fr>

Renforcer l'accès aux dépistages des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus des personnes en situation de précarité : littératie et participation action, Portail CAPS. Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022-07, 11 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

ROMERO-PORTIER C, DARLINGTON E, **Comment promouvoir la participation dans les projets de promotion de la santé ? Les facteurs clés selon les professionnels**, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, n° 70, 2022-05, pp. 147-155 [Disponible sur demande](#)

Démocratie sanitaire : définition et enjeux, ARS IDF, 2022-05, en ligne : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/democratie-sanitaire-definition-et-enjeux>

Identifier et analyser la place des inégalités sociales de santé dans ses projets en ESE, Agir-ese, 2022-04, en ligne : <https://agir-ese.org/methode/>

Institut de promotion de la santé de SQY, **« Accès à la santé des publics invisibles » de Saint-Quentin en Yvelines (SQY) réalisé dans le cadre de la coopérative d'acteurs SQY**, Portail CAPS. Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022-04, 15 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

La démocratie en santé : une urgence de santé publique, CNS, 2022-04, 15 p. <https://sante.gouv.fr/IMG>

Société française de Santé Publique, **Prévention des consommations de substances psychoactives (SPA) chez la femme enceinte**, Portail CAPS. Capitalisation des expériences en

promotion de la santé, 2022-04, 11 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

La Cité de la santé, l'information en santé à la portée de tous, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022-03, 8 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

Les 1000 premiers jours pour lutter contre les inégalités la racine, La préfecture et les service de l'État en région Occitanie, 2022-02, en ligne : <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/occitanie>

Avis sur les inégalités sociales de santé, CNCDH, 2022-02, 23 p. <https://www.cncdh.fr>

Le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP), Santé publique France, 2022-01, en ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr>

BELL Karen, REED Mark, **The tree of participation: a new model for inclusive decision-making**, *Community Development Journal*, Vol. 54, n° 4, 2022, pp. 595-614 <https://academic.oup.com>

EURY Charles, PELLERIN Martine, **La démarche « Petits pas, Grands pas »**, Portail CAPS. Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022, 17 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

LAMBOY Béatrice, ARWIDSON Pierre, DU ROSCOËT Enguerrand (et al.), **Les compétences psychosociales : état des connaissances spécifiques et théoriques**. Rapport complet, Santé Publique France, 2022, 135 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport-synthese/les-competences-psycho-sociales-etat-des-connaissances-scientifiques-et-theoriques>

PRALIMAP-INES. **Présentation de l'étude « PRomotion de l'ALimentation et de l'Activité Physique – Inégalités de Santé**», CNAM, 2022, en ligne : <https://www.cnam-istna.fr/nos-actions/recherches-/pralimap-ines-1016048.kjsp>

SOLEYMANI Dagmar, HAMEL Emmanuelle, BOUCHAUD Olivier, **Médiation en santé : concepts, définitions, métiers**, La Santé en action, n° 460, 2022, pp. 10-11 <https://www.santepubliquefrance.fr>

« Aller vers » pour promouvoir la santé des populations, La santé en action, n° 458, 2021-12, 47 p. <https://www.santepubliquefrance.fr>

Augmenter le nombre d'enfants défavorisés accueillis dans les crèches, Ministère du travail,

de la santé et des solidarités, 2021-12, en ligne : <https://solidarites.gouv.fr>

ROEHRIG Corinne, **Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité. PSFP 6/11 PSFP 3/6**, Clefs parentalité, 2021-05, 13 p. <http://clsm-ccoms.org>

TRÉVIDY Frédérique, TORROT-ARROCET Daniela, BRUNIE Vanida, (et al.), **Étude sur la transférabilité d'une intervention d'éducation en santé dans le parc HLM : une méthode de recherche à l'épreuve du transfert pour décrire autrement les fonctions-clés**, *Global Health Promotion*, Vol. 28, suppl. 1, 2021-04, pp. 47-55. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1757975921989968>

FOURCADE Nathalie, VON LENNE Franck, GREMY Isabelle, et al, **L'état de santé de la population en France**. Rapport 2017, DREES, 2021, 436 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf>

« Accès à la santé des publics invisibles » par la coopérative d'acteurs SQY, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2021, 14 p. <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/acces-a-la-sante-des-publics-invisibles-par-la-cooperative-dacteurs-de-sqy/>

ALLAIRE Cécile, RUEL Julie, **Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible**, Santé publique France, CIRLI, 2021, 110 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/>

MICOULAUD-FRANCHI Jean-Arthur, **Précarité et psychiatrie**, in *Psychiatrie et addictologie*, 2021, pp. 38-40 <https://www.cairn.info/psychiatrie-addictologie--9782340061033-page-38.htm>

PANICO Lidia, KELLY-IRVING Michelle, BAJOS Nathalie (et al.), **Les inégalités sociales de santé : des thématiques à investir**, ADSP, n° 113, 2021, pp. 28-34. <https://shs.cairn.info>

RIDDE Valéry, SARE Diane, NHA HONG Quan, **Grilles pour décrire les interventions populationnelles dans les revues des écrits scientifiques en santé**, *The McGill family medicine studies journal*, 2021, 7p. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/2022-05/010079277.pdf

TRON Laure, FAUVERNIER Aurélien, REMONTET Laurent (et al.), **Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteints d'un cancer en France**. Étude du réseau Francim, 2021, BEH, n° 5, pp. 81-93 http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/5/pdf/2021_5_2.pdf

Approche globale et systématique de la promotion de la santé : enjeux pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, ISAID, 2020-10, 25 p. https://www.isaid-project.eu/wp-content/uploads/2020/10/Fiche-I-SAID_Promotion-de-la-sant%C3%A9.pdf

Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, HAS, 2020-07, 9 p. <https://www.has-sante.fr>

Les politiques universelles sont optimisées par le dosage, La gazette santé social, 2020-01, pp. 20-21 [Disponible sur demande](#)

Grille d'analyse ESE et ISS. Identifier et analyser la place des Inégalités Sociales de Santé dans des projets d'Éducation Santé-Environnement, Réseau régional Éduquer en santé environnement (R²ESE), Graine Occitanie, Ireps Occitanie (et al.), 2020, 11 p. https://www.occitanie.prse.fr/IMG/pdf/grille_d_analyse_iss_ese_vf.pdf

COLARD Fanny, **Penser la santé autrement : vers une approche globale et féministe ?**, Éducation santé, 2019-01, en ligne : <https://educationsante.be/penser-la-sante-autrement-vers-une-approche-globale-et-feministe/>

SAIAS Thomas, BODARD Julie, MÖRCH Carl-Maria (et al.), « **Petits pas, grands pas** », **une démarche pour réinventer la prévention en PMI**, Cahier de la puéricultrice, n° 321, 2018-11, pp. 29-35 [Disponible sur demande](#)

GAUDREFROY Marie, OSBERY Aline, CHRISTOPHE Emilie, **Réduire les inégalités de santé : Lor'IS, une grille d'accompagnement pour les acteurs de terrain en promotion de la santé**, Santé publique, 2018-09, Vol. S1, HS1, pp. 111-119 [Disponible sur demande](#)

PORCHERIE Marion, LE BIHAN-YOUIYOU Blanche, POMMIER Jeanine, **Les évolutions des modes d'actions pour agir sur les inégalités sociales de santé dans les recommandations politiques à l'international et en France**, Santé Publique, 2018-05, HS1, pp. 33-46 <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-33?lang=fr>

AFFELTRANGER Bastien, POTVIN Louise, FERRON Christine (et al.), **Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ?**, Santé Publique, Vol. 30, Suppl. 1, 2018-05, p. 13-24. <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-13?lang=fr&contenu=resume>

ALBARQOUNI Loai, GLASZIOU Paul, HOFFMANN Tammy, **Completeness of the reporting of evidence-based practice educational interventions : a review**. Medical education, n° 52, 2018; pp. 161-170. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29098706/>

LAURENT Anne, **Les inégalités sociales de santé : la nécessité d'outiller les acteurs, tous les acteurs...**, Santé Publique, HS, 2018, pp. 11-12 [Disponible sur demande](#)

GORZA, Maud, HOUZELLE, Nathalie, SEMPÉ, Sandie, LASBEUR, Linda, HAMSANY, Marie, DU ROSCOËT, Enguerrand, CARDOSO, Thierry. **Promouvoir la santé de l'enfant en soutenant les compétences parentales : l'action de Santé publique France**. Enfances & Psy, 2018/1 N° 77, p.37-48. En ligne <https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2018-1-page-37?lang=fr>.

VILLEVAL Mélanie, **Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage**, Ireps Auvergne-Rhône-Alpes; ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2018, p. 9. <https://www.apsytude.com/wp-content/uploads/2015/08/Exemple-PAP-IREPS-Juin-2018.pdf>

SIZARET, Anne, **Faire le tour de la promotion de la santé... en 180 minutes (ou presque)**. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bourgogne Franche-Comté, 2018, 144p. https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/2.4.dossier_documentaire.pdf

LANG Thierry, ULRICH Valérie, **Les inégalités sociales de santé**. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016, DREES, 2017-10, 290 p. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf

Universalisme proportionné : lutte contre les inégalités sociales dès la petite enfance, Ville santé OMS, 2017-06, 4 p. https://villes-sante.com/wp-content/uploads/2022/11/PVS_brochure_PVS13_universalisme-proportionne_juin2017.pdf

VAN DEN BROUCKE, **La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique**, La santé en action, n° 440, 2017-06, pp. 11-13 <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2017-n-440-communiquer-pour-tous-les-enjeux-de-la-litteratie-en-sante>

Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, JORF, 2017-05, 2 p. <https://www.legifrance.gouv.fr>

Promo santé Ile-de-France, « **A l'épicerie sociale, mon alimentation et ma santé j'y fais attention** ». Promotion de la santé nutritionnelle, pour les bénéficiaires de l'épicerie, Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2017-04, 7 p. <https://www.capitalisationsante.fr>

PFADENHAUER Lisa Marie, GERHARDUS Ansgar, MOZYGEMBA Katrin (et al.), **Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework**, Implementation Science, n° 21, 2017-02, pp. 12:21. <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0552-5>

BOUTRON Isabelle, ALTMAN Douglas, MOHER David (et al.), **CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments : A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts**, Annals of Internal Medicine, n° 167, 2017, pp. 40-47 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28630973/>

FIANU Adrian, VILLEVAL Mélanie, NATY Nadège (et al.), **Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle fonctions clés/ implémentation/ contexte à un programme de prévention du diabète**, Santé publique, Vol. 19, n° 4, 2017, pp. 525-534 <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique>

GRENIER Corinne, **Le guide IVRISS : accompagnement méthodologique pour expérimenter, pérenniser et diffuser des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé**, KEDGE BS & ARS PACA, 2017, 131 p. <https://promosante.org>

L'universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé, Observatoire de la santé Province de Hainaut, 2017, 17 p. <https://observatoiresante.hainaut.be>

VERDOT C, TORRES M, SALANAVE B. (et al.), **Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006**, BEH, n° 13, 2017, pp. 234-241 http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/2017_13_1.html

KÅGESTEN Anna, TUNÇALP Özge, PORTELA Anayda (et al.), **Programme Reporting Standards (PRS) for improving the reporting of sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health programmes**, BMC Medical Research Methodology, Vol. 17, n° 117, 2017, 16 p. <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-017-0384-7>

AGARWAL Smisha, LEFEVRE Amnesty, LEE Jame (et al.), **Guidelines for reporting of health interventions using mobile phones: mobile health (mHealth) evidence reporting and assessment (mERA) checklist**, BMJ, n° 352, 2016-03, en ligne: <https://www.bmj.com/content/352/bmj.i1174>

MILAT Andrew, NEWSON Robyn, KING Lesley (et al.), **A guide to scaling up population health interventions**, Public Health Research and Practice, Vol. 28, n° 26, 2016-01, 5 p. <https://www.phrp.com.au/wp-content/uploads/2016/01/PHRP-26-01-Scaling-FINAL-01-20Jan16.pdf>

ALLA François, « **Les déterminants de la santé** », Traité de santé publique, 2016, pp. 15-18. <https://shs.cairn.info>

PHILLIPS Anna, LEWIS Lucy, MCEVOY Maureen (et al.), **Development and validation of the guideline for reporting evidence-based practice educational interventions and teaching (GREET)**, BMC Medical Education, Vol. 16, n° 237, 2016, 10 p. <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0759-1>

CAREY Gemma, CRAMMOND Brad, DE LEEUW Evelyne, **Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism**, International journal for equity in health, n° 15, 2015-09, pp. 14:81 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26369339/>

MÖLHER Ralph, KÖPKE Sascha, MEYER Gabriel, **CReDECI 2. Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Intervention in healthcare : revised guideline (CReDECI 2)**, Trials, Vol. 16, n° 204, 2015-05, 9 p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

FERRON Christine, **L'universalisme proportionné: De quoi parle-t-on ? Comment peut-il être mis en œuvre concrètement ?**, FNES, IREPS Bretagne, 2015-03, 33 p. https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_actes_des_evenements_de_la_sfsp/diapo_ferron0315.pdf

Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé, NCCDH, 2015-02, 8 p. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Glossary_FR.pdf

BOREK Alexandra, ABRAHAM Charles, SMITH Joanne (et al.), **Checklist to improve reporting of group-based behaviour-change interventions**, BMC Public Health, n° 15, 2015, p. 963 <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2300-6>

RICAN Stéphane, VAILLANT Zoé, **Urbanisme et réduction des inégalités sociales de santé : les diagnostics locaux de santé**, La santé en action, n° 434, 2015, pp. 24-25 <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2015-n-434-urbanisme-et-amenagements-favorables-a-la-sante>

MÖHLER Ralph, KÖPKE Sascha, MEYER Gabriele, **Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Interventions in healthcare: revised guideline (CReDECI 2)**, Trials, n° 16, 2015, 9 p. <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-0709-y>

Complex Interventions in healthcare: revised guideline (CReDECI 2), Trials, n° 16, 2015, 9 p. <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-0709-y>

MARESCA Bruno, HELMI Sara, **Les inégalités territoriales de santé, une approche des bassins de santé**, CREDOC, n° 320, 2014-12, 75 p. <https://www.credoc.fr/publications/les-inegalites-territoriales-de-sante-une-approche-des-bassins-de-sante>

HOFFMANN Tammy, GLASZIOU Paul, BOUTRON Isabelle (et al.), **Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide**, BMJ, 2014-03, 12 p. <https://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g1687.full.pdf>

ASTAIRE. Outil d'Analyse de la Transférabilité et d'Accompagnement à l'adaptation des Interventions en promotion de la santé, Université de Lorraine, ESPUM, Réalisme, 2014, 17 p. <https://promosante.org/wp-content/uploads/2023/01/ASTAIRE2.pdf>

CAMBON Linda, MINARY Laetitia, RIDDE Valéry (et al.), **Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé: ASTAIRE**, Santé Publique, n° 26, 2014, pp. 783-786. <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-783?lang=fr>

FISCHER Gustave-Nicolas, TARQUINIO Cyril, **L'éducation à la santé in Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé**, Dunod, 2014, pp. 189-213. [Disponible sur demande](#)

Lor'IS. Sélection de critères contribuant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans les actions de promotion de la santé. Une grille d'accompagnement des porteurs de projets, Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé Lorraine, 2014, 16 p. <https://www.ireps-grandest.fr>

PERETTI-WATEL Patrick, **La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ?**, Revue d'épidémiologie et de santé publique, n° 61, S 3, 2013, pp. 158-162. <https://www.em-consulte.com>

VIGNERON Emmanuel, **Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français**, Les Tribunes de la santé, Vol. 38, n° 1, 2013, pp. 41-53. [Disponible sur demande](#)

Qu'est-ce qui détermine notre état de santé, Inpes, 2012-02, 5 p. <https://www.utep-besancon.fr>

GAGNEBIN HAGUI Johanne, **Du médiateur en santé à l'ombudsman hospitalier: Une approche pluridisciplinaire**. Thèse de doctorat, Université de Neuchâtel, Institut du droit de la santé, 2012-02, 248 p. <https://www.e-helvetica.nb.admin.ch>

MÖHLER Ralph, BARTOSZEK Gabriele, KÖPKE Sascha (et al.), **Proposed criteria for reporting the development and evaluation of complex interventions in healthcare (CReDECI): guideline development**, International Journal of Nursing Studies, n° 49, 2012-01, pp. 40-46 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21924424/>

EYSENBACH Gunther, CONSORT-EHEALTH GROUP, **CONSORT-EHEALTH: improving and standardizing evaluation reports of Web-based and mobile health interventions**, Journal of medical Internet research, Vol. 13, n° 4, 2012, en ligne : <https://www.jmir.org/2011/4/e126/>

HARRINGTON Nancy Grant, NOAR Seth, **Reporting standards for studies of tailored interventions**, Health Education Research, Vol. 27, n° 2, 2012, pp. 331-342 <https://academic.oup.com/her/article/27/2/331/591172>

MURPHY K., **Is this Evidence Useful to Me? Assessing the Applicability and Transferability of Evidence in CRICH Knowledge Translation Toolkit**, Centre for Research on Inner City Health, 2011, 2 p. <https://research.unityhealth.to/wp-content/uploads/2016/12/useful-evidence.pdf>

HODDINOTT Pat, ALLAN Karen, AVENELL Alison (et al.), **Group interventions to improve health outcomes: a framework for their design and delivery**, BMC Public Health, Vol. 10, n° 800, 2010-12, 9 p. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-800>

MARMOT Michael, **Fair society, healthy lives**, The Marmot Review, 2010-02, 242 p. <https://www.instituteoftheequity.org>

RIDDE Valéry, POMMIER Jeanine, JABOT Françoise, **Spécificités de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités** in Réduire les inégalités sociales en santé?, 2010-01, pp. 257-269 <http://www.equitesante.org/wp-content>

GIRAUD Frédérique, **Santé & précarité**, L'observatoire, n° 65, 2010, en ligne : <https://journals.openedition.org/lectures/1095>

SCHULZ Richard, CZAJA Sara, MCKAY James (et al.), **Intervention taxonomy (ITAX) : describing essential features of interventions**, American Journal of Health Behavior, Vol. 34, n° 6, 2010, pp. 811-821 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2900778/pdf/nihms180382.pdf>

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, OMS ; 2009. 232 p. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789242563702_fre.pdf

Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, HCSP, 2009-12, 101 p. <https://www.google.com>

FROHLICH Katherine, POTVIN Louise, **Transcending the known in public health practice. The inequality paradox : The population approach and vulnerable populations**, American Journal of Public Health, Vol. 98, n° 2, 2008-02, pp. 216-221 <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2007.114777#abstract>

BUFFET Christophe, CILISKA Donna, THOMAS Heather, **Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes**, Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, 2007, 23 p. <https://www.nccmt.ca/fr/referentiels-de-connaissances/interrogez-le-registre/24>

RIDDE Valéry, GUICHARD Anne, HOUETO David, **Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances »**, IUHPE, Vol. 14, suppl. 2, 2007, pp. 44-47 <https://journals.sagepub.com>

ROBEYNS Ingrid, **Le concept de capabilité d'Amartya Sen est-il utile pour l'économie féministe ?**, Nouvelles questions féministes, 2007, pp. 45-59 <https://shs.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2007-2-page-45?lang=fr>

ARLAIS Des, LYLES Cynthia, CREPAZ Nicole (et al.), **Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health evaluations : the TREND statement**, American journal of public health, Vol. 94, n° 3, 2004, pp. 361-366 https://www.cdc.gov/trendstatement/pdf/trendstatement_ajph_mar2004_trendstatement.pdf

ZAZA Stephanie, WRIGHT-DE AGÜERO Linda, BRISS Peter (et al.), **Data collection instrument and procedure for systematic reviews** in the Guide to Community Preventive Services, American Journal of Preventive Medicine, Vol. 18, n° 1, 2000, pp. 44-74 [Disponible sur demande](#)

« Capital social », Glossaire de promotion de la santé, OMS, 1999, 36 p. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

La santé en France 1994-1998, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, HCSP, 1998-09, 310 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=18>

La santé en France. Rapport général, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Haut Comité de santé publique, 1994-11, 335 p. https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/Rapport_HCSP_1994_La_sante_en_France_Rapport_general_.pdf

WRESINSKI Joseph, **Grande pauvreté et précarité économique et sociale**, 1987-02, JORF, 1987, 113 p. <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>

L'action intersectorielle en faveur de la santé. Le rôle de la coopération intersectorielle dans les stratégies nationales de la santé pour tous, OMS, 1986-05, 139 p. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/193979/WHA39_TD-1_fre.pdf

LALONDE Marc, **Nouvelles perspectives de la santé des canadiens**, Gouvernement du Canada, 1981, 83 p. <https://www.phac-aspc.gc.ca>

Constitution, Organisation mondiale de la santé, s.d., en ligne : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Glossaire en promotion de la santé, Promotion santé Grand Est, s.d., 52 p. <https://www.ireps-grandest.fr>

SES.WEBCLASS « **Capital économique social culturel** » <https://ses.webclass.fr/notions/capital-economique-social-culturel/>

Glossaire utilitaire en Éducation pour la santé, Préfecture de la région de Bourgogne, s.d., 67 p. <https://www.ampd.fr/documents/f5b813c7-cd64-721f-2a1d81f205d9b3be.pdf>

Le dispositif des crèches AVIP, c'est quoi ?, CAF, s.d., en ligne : <https://www.caf.fr/>

Les outils portés par la plateforme, AAPRISS, s.d., en ligne : <https://aapriiss.univ-tlse3.fr>

Outil REFLEX-ISS : mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé, Équité santé, s.d., en ligne : <http://www.equitesante.org/chaire-realisme/outils/reflex-iss/>

Réduire les inégalités sociales de santé : quelles stratégies in La réduction des inégalités sociales de santé. Un défi pour la promotion de la santé, Éducation santé, s.d., en ligne <https://educationsante.be>

9. POUR ALLER PLUS LOIN

RESSOURCES CLASSÉES PAR THÉMATIQUE EN LIEN AVEC LA LUTTE CONTRE LES ISTS IDENTIFIÉES ET PROPOSÉES PAR PROMOTION SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

9.1. INSCRIRE LES ISS COMME UN OBJECTIF DE NOS ACTIONS

Leviers

Références bibliographiques

Inscrire les ISS dans le projet comme un objectif spécifique et communiquer sur cet objectif

Ridde V, Guichard A, Houéto D. Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances ». IUHPE – Promotion et Éducation. 2007;14(suppl. 2):44-47

[Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances » \(sagepub.com\)](https://www.sagepub.com)

Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice. The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. American Journal of Public Health. 2008 (98):216-221

[Transcending the Known in Public Health Practice | AJPH | Vol. 98 Issue 2 \(aphapublications.org\)](https://ajph.org)

Développer un plaidoyer sur les ISS

Cohen, BE, Marshall, SG. Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. Health & Social Care in the Community. 2017;25(édition 2)

[Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

Farrer L, Marinetti C, Kuipers Cavaco C (et al.) Advocacy for health equity: a synthesis review. Milbank Quarterly. 2015;93(2):392-437 [milq0093-0392.pdf \(PROTÉGÉ\) \(nih.gov\)](https://www.milbankquarterly.org)

Sensibiliser les décideurs aux déterminants de la santé et à l'importance d'agir au-delà du comportement individuel

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'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 analytique du rapport final. 2008. Genève : OMS. 33 pages

[WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf](https://www.who.int)

Agir dès la petite enfance

Campbell FA (et al.), Early childhood investments substantially boost adult health. Science. 2014;343(6178):1478-1485

[EARLY CHILDHOOD INVESTMENTS SUBSTANTIALLY BOOST ADULT HEALTH - PMC \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

Panico L, Kelly-Irving M, Bajos N, (et al.), Les inégalités sociales de santé : des thématiques à investir. Actualité et Dossier en Santé Publique. 2021;1(113):28-34

[Les inégalités sociales de santé : des thématiques à investir | Cairn.info](https:// Cairn.info)

Moore TG, McDonald M, Carlon L, O'Rourke K. Early childhood development and the social determinants of health inequities. Health Promotion International 2015;30(Suppl. 2):ii102-15

[Early childhood development and the social determinants of health inequities - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

9.2. UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ ET PRISE EN COMPTE DU GRADIENT SOCIAL

Identifier la répartition du besoin de santé au sein de la population

Marmot M (et al.), Fair society, healthy lives: the Marmot Review. 2010. Londres : Institute of Health Equity. 242 pages
[fair-society-healthy-lives-full-report.pdf \(parliament.uk\)](#)

Mettre en place des actions spécifiques pour ces différentes populations

Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. Int J Equity Health. 2015;14:81

[Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism - PubMed \(nih.gov\)](#)

Omorou AY. Proportionate universalism intervention is effective for tackling nutritional social gradient in adolescents: the PRALIMAP-INÈS mixed randomised trial. 2023;221:79-86

[Proportionate universalism intervention is effective for tackling nutritional social gradient in adolescents: the PRALIMAP-INÈS mixed randomised trial - ScienceDirect](#)

Développer les critères d'évaluation qui permettent d'apprécier les résultats de l'intervention selon les niveaux de défavorisation

Potvin L, Ridde V, Mantoura P. Évaluer l'équité en promotion de la santé. Dans Frohlich (et al.), « Les inégalités sociales au Québec ». 2008. Montréal : Presses de l'Université de Montréal. Pages:355-378

[Les inégalités sociales de santé au Québec - 15. Évaluer l'équité en promotion de la santé - Presses de l'Université de Montréal \(openedition.org\)](#)

Affeltranger B, Potvin L, Ferron C, (et al.), Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? Santé Publique. 2018;HS1(S1):13-24

[Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? | Cairn.info](#)



9.3. L'ACCÈS ET L'APPROPRIATION DES DISPOSITIFS GRÂCE À LA LITTÉRATIE

Co-construire les supports	<p>Bouffard M, Solar C, Lebel P. Portrait de pratiques pro- littératie pour un partenariat de soins. <i>Pédagogie Médicale</i>. 2018;19:55–63 Portrait de pratiques pro-littératie pour un partenariat de soins Pédagogie médicale (pedagogie-medicale.org)</p> <p>Jessup RL, Osborne RH, Buchbinder R, (et al.), Using co-design to develop interventions to address health literacy needs in a hospitalised population. <i>BMC Health Services Research</i>. 2018; 18(989) Using co-design to develop interventions to address health literacy needs in a hospitalised population BMC Health Services Research Full Text (biomedcentral.com)</p> <p>* Haute Autorité de Santé. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé – Recommandations. 2008. Paris : HAS. 4 pages elaboration_document_dinformation_des_patients_-_recommandations.pdf (has-sante.fr)</p>
Co-construire le plan de communication	<p>Ramanadhan S (et al.), “We’re always an afterthought”– Designing tobacco control campaigns for dissemination with and to LGBTQ +-serving community organizations: a thematic analysis. <i>Cancer Causes Control</i>. 2023;34(8):673–682 “We’re always an afterthought”– Designing tobaccocontrol campaigns for dissemination with and toLGBTQ +-serving community organizations: a thematicanalysis Cancer Causes & Control (springer.com)</p> <p>Alcalay R, Bell R. Strategies and practices in community-based campaigns promoting nutrition and physical activity. <i>Social Marketing Quarterly</i>. 2001;7(4):3– 15 Strategies and Practices in Community–Based Campaigns Promoting Nutrition and Physical Activity -Rina Alcalay, Robert A. Bell, 2001 (sagepub.com)</p>
Adapter les outils et méthodes utiliséesaux usages et habitudes des personnes.	<p>Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, (et al.),Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. 2017;29(6):811–820 Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature Cairn.info</p> <p>Visscher BB (et al.),Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. <i>BMC Public Health</i>. 2018;18:1414 Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review - PMC (nih.gov)</p> <p>Stormacq C, Wosinski J, Boillat E, (et al.),Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. <i>JBI Evidence Synthesis</i>. 2020;18(7):1389–1469 Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adultsliving in the community : a systematic review DIAL.pr -BOREAL (uclouvain.be)</p>

Favoriser l'accessibilité de l'offre et des ressources sur le territoire / la structure

Beauchamp A (et al.), Systematic development and implementation of interventions to OPTimise Health Literacy and Access (Ophelia). BMC Public Health. 2017;17(230)
[Systematic development and implementation of interventions to OPTimise Health Literacy and Access\(Ophelia\) | BMC Public Health | Full Text\(biomedcentral.com\)](#)

Estacio EV, Oliver M, Downing B, (et al.), Effective Partnership in Community-Based Health Promotion: Lessons from the Health Literacy Partnership. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(12):1550
[Effective Partnership in Community-Based HealthPromotion: Lessons from the Health Literacy Partnership -PMC \(nih.gov\)](#)

9.4. FAVORISER LA PARTICIPATION ET LE DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR

Intégrer des représentants du public cible dans l'équipe projet

Morales-Garzón S (et al.), Addressing Health Disparities through Community Participation: A Scoping Review of Co-Creation in Public Health. Healthcare (Basel). 2023;11(7):1034
[Addressing Health Disparities through Community Participation: A Scoping Review of Co-Creation in Public Health - PMC \(nih.gov\)](#)

Énoncer clairement le cadre

Haute Autorité de Santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. 2020. Paris : HAS. 9 pages
[Haute Autorité de Santé - Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire \(has-sante.fr\)](#)

Romero-Portier C, Darlington E. Comment promouvoir la participation dans les projets de promotion de la santé ? Les facteurs clés selon les professionnels. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2022;70:147-155
[Comment promouvoir la participation dans les projets de promotion de la santé ? Les facteurs clés selon les professionnels - ScienceDirect](#)

Indemniser des personnes non professionnelles

Haute Autorité de Santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. 2020. Paris : HAS. 9 pages
[Haute Autorité de Santé - Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire \(has-sante.fr\)](#)

Organiser les prises de décision collective en assurant la participation des publics cibles

Morales-Garzón S (et al.), Addressing Health Disparities through Community Participation: A Scoping Review of Co-Creation in Public Health. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(7):1034
[Addressing Health Disparities through Community Participation: A Scoping Review of Co-Creation in Public Health - PMC \(nih.gov\)](#)

Bell K, Reed M. The tree of participation: a new model for inclusive decision-making. *Community Development Journal*. 2022;57(4):595-614
[tree of participation: a new model for inclusive decision-making | Community Development Journal | Oxford Academic \(oup.com\)](#)

Partager les responsabilités

Bernier J. La recherche partenariale comme espace de soutien à l'innovation. *Global Health Promotion*. 2014;21(Suppl 1)
[La recherche partenariale comme espace de soutien à l'innovation - Jocelyne Bernier, 2014 \(sagepub.com\)](#)

Faulx D, Danse C. Principes pratiques de l'animation des groupes. *Stratégies d'animation en vue d'un apprentissage expérientiel. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 2015;4(108):683-718
[Principes pratiques de l'animation des groupes. Stratégies d'animation en vue d'un apprentissage expérientiel | Cairn.info](#)

S'appuyer sur les ressources des participants

Haute Autorité de Santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. 2020. Paris : HAS. 9 pages
[Haute Autorité de Santé - Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire \(has-sante.fr\)](#)

Romero-Portier C, Darlington E. Comment promouvoir la participation dans les projets de promotion de la santé ? Les facteurs clés selon les professionnels. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2022;70:147-155
[Comment promouvoir la participation dans les projets de promotion de la santé ? Les facteurs clés selon les professionnels - ScienceDirect \(cnrs.fr\)](#)

Développer de nouvelles compétences, dont les CPS au sein du groupe projet

Alexander IM. Emancipatory Actions Displayed by Multi-Ethnic Women: "Regaining Control of My Health Care". *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2010;22(11):602-611
[Emancipatory Actions Displayed by Multi-Ethnic Women: "Regaining Control of My Health Care" - Alexander - 2010 - Journal of the American Academy of Nurse Practitioners - Wiley Online Library](#)

Martinak E. Des pratiques d'empowerment. De la prévention à la transformation par l'approche « s'exprimer, réfléchir et agir ». Quand des adolescentes victimes de violences sexuelles sont au cœur de leur transformation. *Forum*. 2021;1(162):39-48
[Des pratiques d'empowerment | Cairn.info](#)

Proposer des espaces pour conscientiser les évolutions individuelles et collectives

Pruneau D, Lapointe C. Un, deux, trois, nous irons aux bois... L'apprentissage expérientiel et ses applications en éducation relative à l'environnement. 2002. *Éducation et francophonie*. 2002;30(2):241-256

[Un, deux, trois, nous irons aux bois... L'apprent... -Éducation et francophonie – Érudit \(erudit.org\)](#)

Papadopoulou M. Les démarches d'accompagnement en formation ouverte et à distance *Distances et Médiations des Savoirs*. 2023;42

[Les démarches d'accompagnement en formation ouverte et à distance \(openedition.org\)](#)

Faire un diagnostic (offres, besoins, demandes)

Morales-Garzón S (et al.), Addressing Health Disparities through Community Participation: A Scoping Review of Co-Creation in Public Health. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(7):1034

[Addressing Health Disparities through Community Participation: A Scoping Review of Co-Creation in Public Health - PMC \(nih.gov\)](#)

Paturel D, Simon A. Projets de développement des territoires et participation des habitants: le diagnostic partagé, outil méthodologique via l'intermédiation sociale. *Pensée plurielle*. 2011;3(28):79-92

[Projets de développement des territoires et participation des habitants: le diagnostic partagé, outil méthodologique via l'intermédiation sociale | Cairn.info](#)

9.5. « ALLER-VERS » ET MÉDIATION

Mettre en place des dispositifs de médiation

Richard E, Vandentorren S, Cambon L. Conditions for the success and the feasibility of health mediation for healthcare use by underserved populations: a scoping review. *BMJ Open*. 2022;12(9):e062051

[Conditions for the success and the feasibility of health mediation for healthcare use by underserved populations: a scoping review - PubMed \(nih.gov\)](#)

Inscrire les projets sur les lieux de vie des personnes

Avenel C. L'aller-vers permet de faire face aux situations de décrochage social et de réduire le non-recours aux droits. Interview menée par Géry, Y. *La Santé en Action*. 2021;458:8-9

[L'aller-vers permet de faire face aux situations de décrochage social et de réduire le non-recours aux droits \[Interview\]. \(santepubliquefrance.fr\)](#)

ET

Susciter l'interaction : être pro-actifs lors de la recherche des personnes pour le groupe projet

Parisse J, Porte E. Les démarches d'« aller vers » dans le travail social : une mise en perspective. *Cahiers de l'action* 2022;2(59):9-16

[Les démarches d'« aller vers » dans le travail social : une mise en perspective | Cairn.info](#)

Références bibliographiques communes entre les deux leviers

Haute autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Recommandation en santé publique. 2017. Paris : HAS. 70 pages [Haute Autorité de Santé - La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins \(has-sante.fr\)](#)

Mettre en place une communication ciblée, individualisée

Bol N, Smit ES, Lustria MLA. Tailored health communication: Opportunities and challenges in the digital era *Digital Health*. 2020;6: 2055207620958913
[Tailored health communication: Opportunities and challenges in the digital era - PubMed \(nih.gov\)](#)

Adapter sa posture professionnelle dans l'aller-vers

Avenel C. L'aller-vers permet de faire face aux situations de décrochage social et de réduire le non-recours aux droits. Interview menée par Géry, Y. *La Santé en Action*. 2021;458:8-9
[L'aller-vers permet de faire face aux situations de décrochage social et de réduire le non-recours aux droits \[Interview\]. \(santepubliquefrance.fr\)](#)

Lamarque F. Enjeux éthiques et professionnels de « l'aller-vers » : ne pas dénaturer cette intervention sociale. *Revue française des affaires sociales*. 2022;3:203-211
[Enjeux éthiques et professionnels de « l'aller-vers » : ne pas dénaturer cette intervention sociale | Cairn.info](#)

Le Bossé Y, Bilodeau A, Chamberland M, (et al.), Développer le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités : Quelques enjeux relatifs à l'identité professionnelle et à la formation des praticiens du social. *Nouvelles pratiques sociales*. 2009;212:174-190
[038969ar.pdf \(erudit.org\)](#)

S'appuyer sur et / ou s'intégrer aux groupes existants

Richard E, Vandentorren S, Cambon L. Conditions for the success and the feasibility of health mediation for healthcare use by underserved populations: a scoping review. *BMJ Open*. 2022;12(9):e062051
[Conditions for the success and the feasibility of health mediation for healthcare use by underserved populations: a scoping review - PubMed \(nih.gov\)](#)

Haute autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Recommandation en santé publique. 2017. Paris : HAS. 70 pages
[Haute Autorité de Santé - La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins \(has-sante.fr\)](#)



9.6. LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION

Questionner les représentations

Caria A, Arfeuillère S, Vasseur Bacle S, (et al.), Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ? La Santé de l'Homme. 2012;(419):25- 27
[14275_doc00000130.pdf](#)

Allen H, Wright BJ, Harding K, (et al.), The Role of Stigma in Access to Health Care for the Poor. The Milbank Quarterly. 2014;92(2):289-318
[ark:/67375/WNG-3DSNZZFB-5.pdf \(cnrs.fr\)](#)

Développer la culture commune entre les parties prenantes

Saetta S, Kivits J, Frohlich K, (et al.), Stigmatisation et santé publique : le côté obscur des interventions anti-tabac. Santé Publique. 2020;5(32):473-478
[SPUB_205_0473.pdf](#)

Goldbach JT, Amaro H, Vega W, (et al.), The grand challenge of promoting equality by addressing social stigma (Grand Challenges for Social Work Initiative Working Paper No. 18). 2015. Cleveland, OH: American Academy of Social Work and Social Welfare
[GoldbachAmaroetal2016The-Grand-Challenge-of-Promoting-Equality-by-Addressing-Social-Stigma-1-2.pdf \(researchgate.net\)](#)

Symétriser les positions

Caria A, Arfeuillère S, Vasseur Bacle S, (et al.), Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ? La Santé de l'Homme. 2012;(419):25-27
[14275_doc00000130.pdf](#)

Siewwright KM (et al.), An Expanded Definition of Intersectional Stigma for Public Health Research and Praxis. American Journal of Public Health. 2022;112(S4):S356-S361
[An Expanded Definition of Intersectional Stigma for Public Health Research and Praxis | AJPH | Vol. 112 Issue S4 \(aphapublications.org\)](#)

Prendre connaissance des spécificités des publics cibles afin de comprendre les raisons du non-recours potentiel

Revil H. Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. Regards. 2022;1(60):165-176
[Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire | Cairn.info](#)

Être attentif aux risques de stigmatisation dans les documents de communication proposés

Saetta S, Kivits J, Frohlich K, (et al.), Stigmatisation et santé publique : le côté obscur des interventions anti-tabac. Santé Publique. 2020;5(32):473-478
[SPUB_205_0473.pdf](#)

Désy M. Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique : outil d'aide à la réflexion : mise à jour 2018.2018. Québec : Institut national de santé publique du Québec. 42 pages
[2344_dimension_ethique_stigmatisation_outil_aide_reflexion_2018.pdf](#)

Newman L, Baum F, Javanparast S (et al.), Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review. Health Promotion International. 2015; Suppl 2 : ii126-43
[Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review - PubMed \(nih.gov\)](#)

Prendre la mesure des effets possibles sur la culpabilité, la perte d'estime de soi en lien avec le projet mené

Saetta S, Kivits J, Frohlich K, (et al.), Stigmatisation et santé publique : le côté obscur des interventions anti-tabac. Santé Publique. 2020;5(32):473-478
[SPUB_205_0473.pdf](#)

9.7. ACTION SUR LES ENVIRONNEMENTS ET PAS SEULEMENT LES COMPORTEMENTS

Analyser les déterminants qu'amènent à la situation que l'on cherche à améliorer et questionnement sur les inégalités pour chacun des déterminants

Marmot M, Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. BMJ. 2019;364
[Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action | The BMJ](#)

Développer des stratégies d'intervention sur les environnements

Marmot M, Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. BMJ. 2019;364
[Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action | The BMJ](#)

French DP, Cameron E, Benton JS, (et al.), Can Communicating Personalised Disease Risk Promote Healthy Behaviour Change? A Systematic Review of Systematic Reviews. Annals of Behavioral Medicine. 2017;51(5):718-729
[Can Communicating Personalised Disease Risk Promote Healthy Behaviour Change? A Systematic Review of Systematic Reviews | Annals of Behavioral Medicine | Oxford Academic \(cnrs.fr\)](#)

Newman L, Baum F, Javanparast S, (et al.), Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review. Health Promotion International. 2015;Suppl 2:ii126-43
[Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review - PubMed \(nih.gov\)](#)

Intégrer le ou les publics cibles au groupe projet. Il s'agit souvent de personnes qui sont elles-mêmes tête de réseaux, médiatrices dans leur rôle dans leur communauté.

Bloch P, Toft U, Reinbach HC, (et al.), Revitalizing the setting approach – supersettings for sustainable impact in community health promotion. International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity. 2014;11:118
[Revitalizing the setting approach – supersettings for sustainable impact in community health promotion - PMC \(nih.gov\)](#)

9.8. APPROCHE PARTENARIALE INTERSECTORIELLE

Constituer une équipe projet intersectorielle dès le début du projet, en lien avec les déterminants identifiés pour ce projet

Bloch P, Toft U, Reinbach HC, (et al.), Revitalizing the setting approach – supersettings for sustainable impact in community health promotion. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*. 2014;11:118

[Revitalizing the setting approach – supersettings for sustainable impact in community health promotion – PMC \(nih.gov\)](#)

Clavier C, Gagnon F. L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu. *La Revue de l'innovation : La Revue de l'innovation dans le secteur public*. 2013;18(2):1-16

https://www.researchgate.net/publication/287465773_L%27action_intersectorielle_en_sante_publique_quand_les_institutions_les_interets_et_les_idees_entrent_en_jeu

Corbin JH, Jones J, Barry MM. What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*. 2018;33(1):4–26

[What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature – PMC \(nih.gov\)](#)

Intégrer le ou les publics cibles au groupe projet. Il s'agit souvent de personnes qui sont elles-mêmes tête de réseaux, médiatrices dans leur rôle dans leur communauté

Seaton CH (et al.), Factors That Impact the Success of Interorganizational Health Promotion Collaborations: A Scoping Review. *American Journal of Health Promotion*. 2018;32(4):1095–1109

[Factors That Impact the Success of Interorganizational Health Promotion Collaborations: A Scoping Review – PubMed \(nih.gov\)](#)

S'articuler avec l'offre territoriale existante

Clavier C. Les compétences des médiateurs dans les partenariats intersectoriels. Dans Potvin L, Moquet M-J, Jones CM (dir.). « Réduire les inégalités sociales en santé ». Saint-Denis : INPES. 2010;326–333

[Réduire les inégalités sociales en santé \(solidarites.gouv.fr\)](#)

Avoir la présence d'au moins un « traducteur » (coordinateur/ animateur) du projet.

Bernier J. La recherche partenariale comme espace de soutien à l'innovation. *Global Health Promotion*. 2014;21(Suppl 1)

[La recherche partenariale comme espace de soutien à l'innovation – Jocelyne Bernier, 2014 \(sagepub.com\)](#)

Clavier C. Les compétences des médiateurs dans les partenariats intersectoriels. Dans Potvin L, Moquet M-J, Jones CM (dir.). « Réduire les inégalités sociales en santé ». Saint-Denis : INPES. 2010;326–333

[Réduire les inégalités sociales en santé \(solidarites.gouv.fr\)](#)

Développer une culture commune avec l'apport d'expertise de la part des participants et d'intervenants tiers

Estacio EV, Oliver M, Downing B, (et al.), Effective Partnership in Community-Based Health Promotion: Lessons from the Health Literacy Partnership. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017;14(12):1550
[Effective Partnership in Community-Based Health Promotion: Lessons from the Health Literacy Partnership - PMC \(nih.gov\)](#)

De Montigny JG, Desjardins S, Bouchard L. The fundamentals of cross-sector collaboration for social change to promote population health. *Global Health Promotion*. 2017;26(2)
[The fundamentals of cross-sector collaboration for socialchange to promote population health - Joanne G. de Montigny, Sylvie Desjardins, Louise Bouchard, 2019 \(sagepub.com\)](#)

Définir la communication entre les membres du groupe projet:

Wiggins B, Anastasiou K, Cox DN. A Systematic Review of Key Factors in the Effectiveness of Multisector Alliances in the Public Health Domain. *American Journal of Health Promotion*. 2021;35(1):93-105
[A Systematic Review of Key Factors in the Effectiveness of Multisector Alliances in the Public Health Domain - PMC \(nih.gov\)](#)

Corbin JH, Jones J, Barry MM. What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*. 2018;33(1):4-26
[What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature - PMC \(nih.gov\)](#)

Raftery P, Hossain M, Palmer J. A conceptual framework for analysing partnership and synergy in a global health alliance: case of the UK Public Health Rapid Support Team ; *health Policy and Planning*. 2022; 37(3):322-336
[A conceptual framework for analysing partnership and synergy in a global health alliance: case of the UK Public Health Rapid Support Team - PMC \(nih.gov\)](#)

Maintenir la dynamique partenariale

Bilodeau A, Parent A-A, Potvin L. Les collaborations intersectorielles et l'action en partenariat, comment ça marche ? 2019. Montréal : Chaire de recherche du Canada [Approches communautaires et inégalités de santé, Université de Montréal intersectorialite_partenariat_2019.pdf \(chairecacis.org\)](#)

Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne-Rhône-Alpes. Le partenariat en 5 étapes. Collection Guide-Up. 2023. Lyon : IREPS ARA. 44 pages
[guide_up_partenariat_2023.pdf \(guide-up.org\)](#)



Journée d'Echanges Régionale

Les

INÉGALITÉS

SOCIALES et

TERRITORIALES de

SANTÉ

Comment les prendre en compte et les évaluer ?

[PROMOTION-SANTE-OCCITANIE.ORG/DRAPPS/ACCUEIL](https://promotion-sante-occitanie.org/drapps/accueil)

drapps@promotion-sante-occitanie.org