

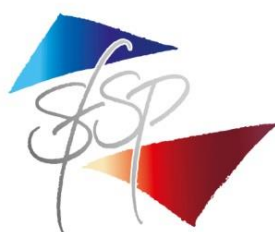


ACTES DE SEMINAIRE

**SEMINAIRE D'ÉCHANGES ENTRE ACTEURS  
« PARTAGEONS NOS EXPERIENCES POUR  
AGIR SUR LES INEGALITES SOCIALES DE  
SANTE »**

**Paris – 17 et 18 mars 2015**

Résidence internationale de Paris  
44 rue Louis Lumière, 75020 Paris



Novembre 2015



# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
<b>L'universalisme proportionné</b> .....	<b>4</b>
<b>De quoi parle-t-on ? Comment peut-il être mis en œuvre ?</b> .....	<b>4</b>
Qu'est-ce que le gradient social ?.....	4
Comment réduire les inégalités sociales de santé en prenant en compte le gradient social de santé ?.....	5
L'universalisme proportionné : impact, recommandations, évaluation.....	8
<i>Impact : la nécessité de mesures quantitatives et qualitatives</i> .....	8
<i>Recommandations : agir précocement et globalement</i> .....	8
<i>Sept points de repère pour l'évaluation</i> .....	9
<b>La lentille ISS : un outil d'intervention et d'analyse de la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les projets de promotion de la santé</b> 12	
Naissance de l'outil.....	12
<i>Un contexte d'aggravation des inégalités de santé et peu de politiques pour agir</i> .....	12
<i>Un instrument opérationnel pour renforcer l'équité</i> .....	13
<i>Quatre fondements théoriques comme base du travail</i> .....	13
Le contenu de la lentille .....	14
<i>Connaître la population et le territoire</i> .....	14
<i>Définir, identifier des stratégies d'action</i> .....	15
<i>Trois temps d'usage de l'outil</i> .....	15
A qui est destiné le questionnaire et comment l'utiliser ? .....	16
Un exemple d'utilisation et d'adaptation dans le cadre d'une recherche action au sein de l'Office de la Naissance et de l'Enfance .....	17

<i>Les adaptations de l'outil par l'ONE</i> .....	18
<i>La construction d'un langage commun sur les inégalités sociales de santé</i> .....	19
Impacts de la recherche-action : une vision qui change chez les professionnels .....	20
<b>Trois démarches construites dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé</b> .....	<b>23</b>
Exposition « Grossesse 0 Alcool/0 Tabac » : une intervention avec des modalités adaptables .....	23
Agir sur les inégalités sociales de santé par des mesures universelles proportionnées : une étude exploratoire sur la politique municipale d'accueil de la petite enfance en crèche à Rennes.....	26
Réflexion sur la stratégie développée par l'ARS PACA pour réduire les inégalités sociales de santé et prendre en compte le gradient social .....	29
<b>Restitution des ateliers</b> .....	<b>33</b>
Atelier 1 : pour intégrer la santé dans toutes les politiques .....	34
<i>Questionnements du groupe</i> .....	34
<i>Recommandations relatives au plaidoyer</i> .....	35
<i>Recommandations opérationnelles</i> .....	36
Atelier 2 : pour combiner les différentes stratégies d'intervention.....	38
<i>Questionnements du groupe</i> .....	38
<i>Recommandations</i> .....	39
Atelier 3 : pour (faire) intégrer la question des inegalites sociales de santé dans son propre environnement professionnel.....	41
<i>Questionnements du groupe</i> .....	41
<i>Préalable issu des échanges</i> .....	42
<i>Recommandations</i> .....	43
Atelier 4 : pour favoriser l'implication et la participation des publics concernés ? .....	47
<i>Questionnements du groupe</i> .....	47
<i>Recommandations</i> .....	48
<b>Quelles recommandations pour contribuer au plaidoyer et agir en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé ? Réflexion à partir de nos expériences</b> .....	<b>51</b>
Un peu d'histoire pour contextualiser .....	51
Origine du plaidoyer.....	53
<i>Le lobbying en France</i> .....	53
<i>Le campaigning en France</i> .....	54
Qu'est-ce qu'un bon lobbying ?.....	54
Qu'est-ce qu'un bon campaigning ?.....	55
<i>Un bon travail dans les médias</i> .....	55
Qu'est-ce qu'un bon plaidoyer ? .....	56
<i>La liste des questions à se poser pour mener un bon plaidoyer :</i> .....	56
<i>Une liste qui s'applique bien à la santé publique</i> .....	58
Conclusion .....	59
<b>Conclusion</b> .....	<b>64</b>
<b>Liste des sigles</b> .....	<b>66</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>68</b>



# Remerciements

## Pour leur contribution à l'organisation du séminaire

Bastien Affeltranger (ARS Picardie), Catherine Bernard (SFSP), Eric Breton, (EHESP) Annabelle Dunbavand (FNMF), Luc Ginot (ARS Ile de France), Apéa Gouepo (FNMF), Eric Le Grand (Consultant), Zoé Héritage (Réseau Français des Villes Santé de l'OMS), Pierre Lombrail (Conseil d'administration de la SFSP), Françoise Schatzel (Conseil d'administration de la SFSP), Zekya Ulmer (FNMF), Hélène Vandewalle (INCa).

L'équipe de la SFSP.

## Pour leur intervention :

Elsa Andrieux (Association Roms Action), Pilar Arcella-Giroux (ARS Ile de France), Olivier Aromatario (Carmi-Est Moselle), Martine Bantuelle (Sacopar, Educa, Refips Europe), Emilie Bissette (ADECA 75), Christine César (INPES), Gérard Coruble (ARS PACA), Alexandre Daguzan (APHM, Marseille), Paul Daval (Maison de santé de Saint-Denis), Bruno De Goër (RESPECTS 73), Stéphanie Dupart (Mutualité Française), Christel Evrard-Garcia (Carmi-Est Lorraine), Jean-Marie Fardeau (Human Rights Watch), Christine Ferron (IREPS Bretagne et FNES), Alice Jouve (EHESP), Anne Laporte (ARS Ile de France), Eric Le Grand (Consultant), Françoise Marchand-Buttin (PJJ), Colette Pejoux (Mairie d'Aubervilliers), Sophie Perrier Ridet (Ville de Rennes), Charlotte Ruiz (Mutualité Française Franche-Comté), Véronique Tellier (Observatoire Wallon de la Santé), Joséphine Teoran (Association pour l'accueil des voyageurs), Hélène Valentini (INSPQ Québec), Jacqueline Ventura (Hôpital Avicenne, Bobigny).

## Pour l'animation des ateliers :

Bastien Affeltranger (ARS Picardie), Martine Bantuelle (Sacopar, Educa, Refips Europe), Catherine Bernard (Conseil d'administration de la SFSP), Marion Boucher-Le bras (IREPS Haute Normandie), Linda Cambon (Conseil d'administration de la SFSP), François-Paul Debionne (Conseil d'administration de la SFSP), Anne Guilberteaud (ASV du 20<sup>e</sup> arrondissement de Paris), Chantal Mannoni, Françoise Schatzel (Conseil d'administration de la SFSP), Hélène Vandewalle (INCa)

*Nous remercions tous les participants à ce séminaire pour leur implication et leur mobilisation, et en particulier, les rapporteurs des ateliers.*

*Ces actes ont été rédigés par Lorraine Mafféis et Anne Laurent-Beq (SFSP)*



# Introduction

Catherine Bernard  
Société Française de Santé Publique

Un des défis actuels est d'agir pour réduire les inégalités sociales de santé. Pendant très longtemps, les acteurs de santé publique ont partagé l'ignorance de cette réalité, puis une grande méconnaissance et enfin, une situation de déni. On se réjouissait des progrès importants fait en termes d'amélioration de l'état de santé, d'augmentation de l'espérance de vie, refusant de voir que nos progrès en la matière s'accompagnaient d'un accroissement des écarts et ne permettaient pas d'agir favorablement sur le gradient social de santé dans la société. En effet, si l'espérance de vie augmente pour tous, la progression est d'autant plus rapide que l'on est mieux placé dans la pyramide sociale, et c'est encore plus vrai pour le nombre d'années vécues en bonne santé.

Or, il convient d'agir parce que ces inégalités sociales de santé ne sont pas naturelles, elles viennent heurter le sens commun que nous partageons d'égalité républicaine, faisant fi de notre devise, liberté – égalité – fraternité ; elles sont injustes et évitables.

La Société Française de Santé Publique, a, parmi ses objectifs, celui de rassembler l'ensemble des professionnels de santé publique afin de développer les échanges sur les expériences, valoriser les savoirs, mieux identifier les leviers d'action pour, ensemble, améliorer la santé de tous et contribuer à réduire ces inégalités et en tout état de cause ne pas les aggraver. En organisant ce séminaire, elle entend contribuer à l'objectif de l'OMS de combler le fossé en une génération, elle souhaite favoriser une appropriation de ces enjeux de lutte contre les inégalités dans une approche pragmatique et comme une obligation éthique, au moment où les parlementaires se saisissent du projet de loi pour la santé.

Ce séminaire s'inscrit dans la poursuite de la démarche initiée dès 2012, avec la consultation des intervenants en santé publique visant à « **partager nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé** » qui a donné lieu à un rapport disponible sur le site de la SFSP depuis juin dernier (<http://www.sfsp.fr/activites/file/RapportSFSPCSISSjuin2014.pdf>).

L'objectif de cette consultation était d'une part, de repérer leur perception et leurs attentes vis-à-vis de la réduction des inégalités sociales de santé, d'autre part, de recenser et analyser des actions menées pour les réduire et enfin, de valoriser ces actions et d'en tirer quelques enseignements afin d'améliorer notre capacité à être efficace pour promouvoir l'égalité en santé.

La moisson à l'issue de ce premier travail a été riche et a tout d'abord rappelé une évidence trop souvent méconnue : pour réduire les inégalités de santé, il faut se fixer cet objectif explicitement, au risque de déconvenues dont quelques responsables de programmes ont eu l'honnêteté de faire part lors de cette consultation.

Elle a également permis de confirmer l'importance de l'impulsion politique, de l'intersectorialité et de la pluridisciplinarité des approches, un grand besoin de formation et d'accompagnement des intervenants et la nécessité de mieux documenter les conditions du succès. Enfin, elle met en exergue la nécessité de plaider auprès des décideurs.



L'objectif du séminaire va au-delà de la poursuite des échanges professionnels. Il vise à élaborer des recommandations concrètes pour contribuer à ce plaidoyer et pour agir en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé, ce qui nécessite d'agir de façon globale et coordonnée, dans le cadre d'une politique intersectorielle et ce dès la petite enfance.

Ce séminaire est organisé à partir de plusieurs actions ou démarches déjà mises en œuvre, support pour permettre de mieux appréhender et s'appropriier le concept d'universalisme proportionné et de déboucher sur des recommandations pratiques pour améliorer notre capacité à agir en vue de réduire ces inégalités. Il s'agit lors des ateliers de préciser « Qui et comment convaincre ?, et comment faire et avec qui ? », pour :

- intégrer la santé dans toutes les politiques ;
- combiner les différentes stratégies d'intervention ;
- mettre la question des inégalités sociales de santé à l'ordre du jour dans son propre environnement ;
- favoriser l'implication et la participation des publics concernés.

Merci à ceux qui ont travaillé à la mise en œuvre de ce séminaire par leur soutien et leurs contributions.



# L'universalisme proportionné. De quoi parle-t-on ? Comment peut-il être mis en œuvre ?

*Pour lutter contre les inégalités de santé, deux stratégies sont le plus souvent développées, l'une, universelle, qui propose à tous les mêmes programmes au risque de laisser de côté les plus fragiles, l'autre ciblée qui, à l'inverse, ne concerne que les populations les plus touchées au risque de les stigmatiser. Christine Ferron nous décrit une troisième voie, celle de l'universalisme proportionné où chacun sera pris en compte selon ses besoins.*

*Christine Ferron*

*Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la santé de Bretagne  
Fédération nationale de l'Éducation et de la promotion de la Santé*

Diaporama : [http://www.sfsp.fr/manifestations/sem-iss-2015/PleniereUP\\_Concept\\_Universalisme\\_Proportionne.pdf](http://www.sfsp.fr/manifestations/sem-iss-2015/PleniereUP_Concept_Universalisme_Proportionne.pdf)

## QU'EST-CE QUE LE GRADIENT SOCIAL ?

Pour illustrer cette notion, je vais vous présenter deux graphiques tirés d'un ouvrage paru en 2010<sup>1</sup>, sur les inégalités sociales de santé. Le premier<sup>2</sup> montre l'espérance de vie à 35 ans des hommes et des femmes en France, par catégorie socioprofessionnelle, sur deux périodes différentes. Il est intéressant d'observer l'organisation des relations entre cet indicateur de santé qu'est l'espérance de vie et les catégories socioprofessionnelles : il s'agit d'une représentation en escalier dont on va s'apercevoir qu'elle est représentative des liens entre position sociale et indicateurs de santé.

Le second,<sup>3</sup> encore plus explicite me semble-t-il, présente la mortalité relative pour les hommes et les femmes âgés de 35 à 64 ans, selon le plus haut niveau de diplôme déclaré. Dans ce graphique, vous avez les hommes d'un côté, les femmes de l'autre, mais surtout, la population ayant suivi des études supérieures en gris clair et la population sans diplôme en gris foncé. À nouveau, on retrouve de façon particulièrement claire cette organisation en escalier qui caractérise le rapport entre les indicateurs de santé et les différentes catégories socioprofessionnelles.

C'est cette représentation qui conduit à considérer que les inégalités de santé se répartissent dans la population générale selon un gradient social de santé.

<sup>1</sup> Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action ; 380 p.

<sup>2</sup> Monteil C., Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. Insee première. 2005 ; n° 1025 : p. 1-4.

<sup>3</sup> Menvielle G., Chastang J.-F., Luce D., Leclerc A., EDISC. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2007 ; n° 55 : p. 97-105.





Nous pouvons donc définir le gradient social comme « **le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'au plus bas échelon** »<sup>4,5</sup>.

Cette forme en escalier, en échelons, illustre le rapport entre l'état de santé et les catégories sociales. On pourrait également dire que la fréquence des problèmes de santé augmente régulièrement des catégories sociales les plus favorisées aux catégories sociales les plus défavorisées.

L'Institut de santé publique d'Irlande a étudié ce rapport pour ce qui concerne différents risques en matière de santé. De la droite à la gauche du graphique, vous allez trouver la problématique suicidaire, juste à côté, les accidents domestiques et les empoisonnements, puis les maladies cardiaques et enfin, les cancers. En regardant la question sous l'angle de différentes problématiques de santé, on retrouve à nouveau cette organisation en escalier qui suit les différentes catégories sociales.

Dernière démonstration de l'existence de ce gradient social de santé avec un travail réalisé par le Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé (Gréas)<sup>6</sup>, qui présente le nombre de surfaces dentaires affectées par la carie à cinq-six ans selon le revenu annuel des parents au Québec. Si l'on regarde ensuite le nombre de surfaces dentaires affectées à 11-12 ans, on retrouve exactement la même répartition dépendante du revenu des parents. Et si l'on regarde la prévalence de l'édentation complète à 35-44 ans, on retrouve cette même répartition qui suit, là encore, le revenu des personnes.

**Il existe des différences en matière de santé entre les différentes catégories sociales que l'on appelle des écarts de santé. Ces écarts, parfaitement mesurables d'une catégorie de la population à l'autre, nous permettent de parler de gradient social de santé**<sup>7</sup>.

## **COMMENT REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN PRENANT EN COMPTE LE GRADIENT SOCIAL DE SANTE ?**

Si nous voulons réduire les inégalités sociales de santé, il va falloir précisément agir sur ce gradient social c'est-à-dire ne pas limiter notre action à des interventions visant les populations les plus défavorisées.

La littérature sur l'universalisme proportionné met en évidence l'importance de combiner une action sur l'ensemble de la population, c'est-à-dire **une approche universelle**, avec une action différenciée selon les publics, c'est-à-dire **une approche ciblée**.

L'approche universelle est « une intervention offerte à tous, qui a le potentiel de soutenir l'ensemble de la population et de favoriser le bien-être de tous les niveaux socioéconomiques »<sup>8</sup>.

<sup>4</sup> Black D, Morris J, Smith C, and Townsend P. Inequalities in health: report of a Research Working Group. London : Department of Health and Social Security; 1980.

<sup>5</sup> Sen A. Why health equity? Health Economics. 2002; 11 : 659-66.

<sup>6</sup> [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers\\_thematiques/autres\\_thematiques/thematique/greas1.html](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/autres_thematiques/thematique/greas1.html)

<sup>7</sup> <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/health-equity>

<sup>8</sup> Poissant J. Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants - Etat des connaissances. Montréal : INSPQ ; 2014.



Cependant, comme le précise Julie Poissant de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), ces interventions universelles négligent une tranche importante de la population : ceux qui ont besoin d'un soutien accru, qui sont plus difficiles à rejoindre.

Le schéma<sup>9</sup> illustre cette notion en montrant que les programmes universels visant à toucher l'ensemble de la population, ne parviennent pas à rejoindre certaines parties de la population représentées ici en orange. Plusieurs raisons peuvent être invoquées :

- soit parce que cette partie de la population ne parle pas la langue qui lui permettrait de bénéficier de ce programme ;
- soit parce qu'elle ne se sent pas la bienvenue dans les services offerts ;
- soit parce qu'elle n'a pas les moyens de s'y rendre, etc.

Autrement dit, l'universalisme *en principe* ne se traduit pas nécessairement par l'universalisme *en pratique*. Par exemple, « l'accès aux espaces verts et à l'activité physique, qui peuvent se définir de manière universelle, est influencé par des déterminants comme l'éducation, le revenu, le sexe, l'ethnie, le lieu de vie et de travail. Les programmes universels peuvent avantager des gens déjà en situation favorable et échouer à améliorer la situation des gens se trouvant dans une situation moins favorable, élargissant, du même coup, l'écart en matière de santé »<sup>10</sup>.

**L'approche ciblée « vise à rejoindre une partie de la population de manière prioritaire. L'admissibilité et l'accès à l'intervention dépendent des critères de sélection définis qui peuvent être le revenu, le niveau de scolarité, l'état de santé, etc. »<sup>11</sup>.**

Cependant, le fait d'offrir l'intervention uniquement à certaines populations, peut contribuer à les stigmatiser et à négliger les besoins de celles qui sont non éligibles. Comme le montre le schéma<sup>12</sup>, il existe des programmes ciblés qui visent une partie de la population, compte tenu de sa catégorie socioéconomique, mais la majorité des enfants ou de la population, qui se trouve en dehors de cette catégorie, ne va pas en bénéficier. Or, au sein de cette population qui ne sera pas atteinte par le programme, il y a aussi des publics vulnérables qui apparaissent sur le schéma, toujours en orange, et que l'action ciblée va échouer à rejoindre.

L'autre problème soulevé par les démarches ciblées, est qu'elles visent davantage les conséquences des iniquités que leurs causes. Le centre de collaboration nationale des déterminants de la santé de Nouvelle Ecosse rappelle que les interventions ciblées dérivent souvent vers une éducation visant le changement de comportement, ce qu'ils appellent « la dérive du style de vie ». « Bien connaître et comprendre la population ciblée nécessite de collecter des données appropriées pendant un laps de temps suffisant », ce qui est rarement fait.

« Déterminer les conditions de l'admissibilité peut poser problème. Il y a des risques d'erreurs, liés à l'exclusion », qui amènent à une couverture insuffisante, ou « des risques d'erreurs liées à l'inclusion » qui amènent à définir une population trop large. Enfin, le centre rappelle que des termes comme « à risque » ou « difficiles à rejoindre », contribuent à la stigmatisation de ces populations.

---

<sup>9</sup> Human Early Learning Partnership. Universalisme proportionné. Vancouver, BC : University of British Columbia ; 2011. Reproduit par J. Poissant.

<sup>10</sup> Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé. Antigonish : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université Saint Francis Xavier ; 2014.

<sup>11</sup> Poissant J. Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants - Etat des connaissances. Montréal : INSPQ ; 2014.

<sup>12</sup> Human Early Learning Partnership. Universalisme proportionné. Vancouver, BC : University of British Columbia ; 2011. Reproduit par J. Poissant.



**L'universalisme proportionné (ou les mesures universelles proportionnées) consiste à combiner l'approche universelle et l'approche ciblée.**

Cela implique :

- d'offrir une intervention à tous mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins : c'est le principe de proportionnalité ;
- de mettre en œuvre des actions de prévention universelles ou de promotion de la santé qui s'adressent à l'ensemble de la population : c'est le principe d'universalisme.

Ce concept a été défini par Sir Michael Marmot dans le rapport qu'il a établi à la demande du Ministère de la santé britannique en 2010, et qui s'intitulait : « Une société juste, des vies en santé : un rapport critique et stratégique sur les inégalités de santé ». Il dit : « *Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de la défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné* ».

Pour illustrer cela, j'utilise ce dessin<sup>13</sup> montrant trois garçons de tailles différentes qui essaient de regarder un match de baseball qui se déroule de l'autre côté d'une palissade. Si on donne à chacun la même caisse en bois pour regarder de l'autre côté (dessin de gauche), cela n'apportera pas grand-chose au « grand ». Le « moyen » en bénéficiera, la différence étant suffisamment marquée pour lui, mais ça ne changera rien pour le « petit » qui ne verra toujours pas ce qui se passe de l'autre côté de la palissade. En revanche, si vous offrez à chacun le nombre de caisses qui correspond à ses besoins (dessin de droite), le « petit » va enfin voir de l'autre côté de la palissade, le « moyen » va bénéficier exactement de ce dont il a besoin, et le « grand », après tout, il n'a besoin de rien car il voit déjà très bien de l'autre côté. D'un côté, vous avez l'égalité et de l'autre, la justice.

Nous avons une autre représentation<sup>14</sup> de ces modalités d'intervention. C'est un graphique où l'on retrouve le gradient de santé qui est représenté, non pas en escalier, mais par une ligne droite - c'est le même principe. Ce ne sont plus des caisses en bois mais des flèches qui indiquent, selon leur taille, l'intensité de l'action qui va être à mener auprès de la population concernée. Au près des personnes dont le statut socioéconomique est le plus faible, nous remarquons que l'action à mener sera de forte intensité, puis l'intensité de l'action va aller en diminuant jusqu'aux niveaux socioéconomiques les plus élevés qui eux, n'auront besoin que de très peu d'action, voire pas d'action du tout.

---

<sup>13</sup> Transmis par M. Porcherie, EHESP.

<sup>14</sup> Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé. Antigonish : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université Saint Francis Xavier ; 2014.



## L'UNIVERSALISME PROPORTIONNE : IMPACT, RECOMMANDATIONS, EVALUATION

### Impact : la nécessité de mesures quantitatives et qualitatives

Expliquer l'impact des mesures universelles proportionnées, par rapport à celui des mesures universelles seules, ou des mesures ciblées seules, nécessite un autre graphique. On retrouve notre base de référence (ligne rose), le gradient social, qui représente le lien entre les différences de santé et les différences sociales. En agissant uniquement de façon universelle, comme le font le plus souvent, par exemple, les campagnes nationales de communication médiatique (ligne bleue), on va améliorer l'état de santé des populations qui disposent du statut socioéconomique le plus élevé. La courbe va remonter un peu au bout mais il n'y aura pas d'action sur la pente du gradient social qui restera exactement la même. Le reste de la population n'aura pas été touché. De même, en ciblant uniquement les personnes dont les statuts socioéconomiques sont les plus faibles (ligne orange), il y aura peut-être une petite amélioration de la situation de ces publics-là mais ceux qui se situent immédiatement « à côté » ne verront pas leur état de santé s'améliorer. Il n'y aura donc pas du tout d'effet sur le gradient social. L'idée de l'universalisme proportionné est d'accroître l'horizontalité de cette droite (ligne verte) en ajustant les interventions aux niveaux socioéconomiques des personnes, donc, aux niveaux de leurs besoins.

Il est très important de préciser que l'universalisme proportionné ne relève pas uniquement d'une approche quantitative. Il ne servirait à rien d'augmenter la dose d'exposition des publics les plus précaires à des campagnes médiatiques, les inonder de brochures par exemple. **Il faut aussi adapter l'action sur un plan qualitatif, c'est-à-dire mettre en œuvre des actions différenciées, adaptées, appropriées et notamment agir sur les déterminants de la santé.**

La notion de proportion ou de dose d'intervention s'entend donc quantitativement mais aussi et surtout qualitativement. Selon Birch<sup>15</sup> : *« Donner des doses de ce qui a bénéficié aux riches, plus importantes aux pauvres, ne garantit pas des bénéfices égaux, encore moins des bénéfices supérieurs pour les pauvres. Les politiques visant l'arrêt du tabac [en] sont de bons exemples – ceux qui n'en profitent pas (les groupes de populations les plus défavorisés) étant visés avec des doses plus importantes alors qu'il faudrait faire des efforts pour comprendre les raisons pour lesquelles ils fument, qui peuvent être différentes des raisons pour lesquelles fument les groupes sociaux plus élevés dans l'échelle sociale ».*

Cela montre qu'il est nécessaire de s'intéresser aux déterminants des comportements et à un ajustement qualitatif des actions qui sont menées.

### Recommandations : agir précocement et globalement

La littérature sur l'universalisme proportionné présente de manière récurrente des recommandations pour sa mise en œuvre et notamment, en première place, cette notion d'**action précoce**, que ce soit dans le champ de la périnatalité, de la petite enfance, des modes de garde et de la santé scolaire. **C'est la recommandation *princeps* en matière d'universalisme proportionné.**

Mais il existe également d'autres recommandations<sup>16</sup> : améliorer la situation sur le plan de l'emploi (qualité et flexibilité) et de la formation, assurer de bonnes conditions de travail et

<sup>15</sup> Birch S. I dreamed a dream : England reduces health inequalities and wins the world cup. *Health Economics*. 2010 ; 19 (8).

<sup>16</sup> Bamba C., Smith K.E., Garthwaite K. et al. A labour of Sisyphus ? Public policy and health inequalities research from the Black and Acheson Reports to the Marmot Review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2010 ; 65(5).



des environnements de travail favorables, veiller à l'existence d'un revenu minimum décent, assurer la progressivité de l'impôt, veiller à l'accessibilité des transports publics et à la qualité du logement, favoriser les actions intersectorielles.

On retrouve également, en termes de recommandations :

- **agir dans le domaine du développement durable et lutter contre le changement climatique.**
- **mettre en place des interventions communautaires sur l'alimentation, l'activité physique, l'alcool et le tabac, prenant en compte les contraintes environnementales et structurelles.** Les auteurs rappellent en effet que « le marketing social n'est pas conçu adéquatement (« poorly designed ») pour agir dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé ».
- **tenir compte des explications psychosociales des inégalités sociales de santé.** Le rapport Marmot insiste beaucoup sur la nécessité de lutter contre l'isolement social, de développer le sentiment des personnes de pouvoir exercer un contrôle sur leur vie, de soutenir l'*empowerment* individuel et communautaire.
- **accroître le capital social des personnes** - le capital social étant défini comme l'ensemble des liens qui unissent les personnes au sein des communautés et entre elles. Il est considéré comme une source de résilience et une protection contre les risques en termes de santé.

### Sept points de repère pour l'évaluation

Un certain nombre d'auteurs se sont également intéressés à l'évaluation de la mise en œuvre de l'universalisme proportionné. Sept questions évaluatives ont ainsi été dégagées<sup>17</sup> :

1. **Le programme vise-t-il à réduire les inégalités de santé avec des actions visant uniquement les groupes les plus désavantagés ?** Si oui, d'autres politiques – universelles – assurent-elles l'action sur le gradient social ? Les mécanismes de ciblage risquent-ils de stigmatiser les groupes visés ?
2. **Le programme vise-t-il à réduire les inégalités de santé uniquement par l'action universelle ?** Si oui, des mesures ciblées assurent-elles une amplitude et une intensité d'intervention adaptées au niveau de défaveur de chaque partie de la population ?
3. **Le programme applique-t-il les principes de la santé publique moderne / promotion de la santé,** c'est-à-dire une approche globale de la santé, une attention aux déterminants sociaux des inégalités sociales de santé, une stratégie d'*empowerment*, de justice sociale, d'équité, de développement durable ?

---

<sup>17</sup> Davies J.K., Sherriff N.S. The gradient evaluation framework (GEF) : A European framework for designing and evaluating policies and actions to level-up the gradient in health inequalities among children, young people and their families. Brighton : University of Brighton ; 2012.



4. **Le programme se situe-t-il « en aval », vise-t-il à modifier des comportements de santé défavorables en mobilisant uniquement le secteur sanitaire ?**

5. **Le programme est-il transversal**, centré sur les facteurs psychosociaux, les facteurs de risque comportementaux et les conditions du risque ?

6. **Le programme se situe-t-il « en amont », visant les circonstances larges** – conditions sociales, emploi, politiques environnementales, politiques de justice sociale – qui produisent les comportements de santé défavorables ?

7. **Le programme établit-il une interaction entre le descendant, l'ascendant et le transversal ?**

Je termine par une dernière citation que Michael Marmot a placée en exergue de son rapport : « *Rise up with me against the organisation of misery* », « *Elevez-vous (soulevez-vous ?) avec moi contre l'organisation de la misère* », une belle citation de Pablo Neruda.

Et je tiens à remercier Anne Guichard et Marion Porcherie qui m'ont aidée à compléter ma bibliographie sur le sujet.

#### ***Echanges avec la salle :***

Participant 1 : « Merci pour votre intervention qui était très intéressante. Il y a juste une notion que je n'ai pas bien saisie : les notions de dérives de styles de vie suite au changement de comportement ».

Christine Ferron : « Il s'agit simplement de rappeler que lorsque l'on vise le changement de comportement, ce que l'on va demander aux personnes, c'est de modifier **leur** mode de vie, sans s'intéresser finalement, aux conditions qui peuvent les amener à adopter ce mode de vie-là plutôt qu'un autre. C'est ce qu'ils appellent « une dérive » ».

Participant 2 : « Ce n'est pas pris au sens négatif, dérive ? Je ne saisis pas bien ».

Christine Ferron : « Si, absolument. Par exemple, conseiller aux personnes de manger cinq fruits et légumes par jour sans s'assurer qu'elles disposent véritablement des possibilités à la fois financières, matérielles, dans leur environnement, de se procurer ce type d'aliments de qualité, c'est une dérive, selon les auteurs ».

Participant 1 : « D'accord ! J'ai saisi, merci ».

Participant 2 : « C'est une question vraiment basique. Qu'entendez-vous exactement par « intervention communautaire » ? ».

Christine Ferron : « Ce sont des actions qui visent à agir à l'échelle de communautés ou à l'échelle de territoires, par exemple, à l'échelle d'un quartier ou à l'échelle d'un milieu de vie, comme un établissement scolaire considéré comme une communauté de vie. Des actions s'appuient aussi et ça, c'est vraiment une caractéristique importante des interventions de santé communautaire, sur la participation de la population concernée, qui l'impliquent dans l'identification des besoins, la définition des objectifs de l'intervention, dans les moyens mis en œuvre pour la réaliser et, dans le meilleur des cas, ça peut aller jusqu'à l'implication de la



population dans l'évaluation de l'action : qu'est-ce qui, selon eux, fait que cette intervention est réussie ou pas ? ».

Participant 2 : « C'est un peu une intervention participative ? ».

Christine Ferron : « C'est un élément central de la définition, oui, tout à fait ».



# La lentille ISS : un outil d'intervention et d'analyse de la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les projets de promotion de la santé

*Dans un contexte d'aggravation des inégalités de santé en Belgique, il est apparu nécessaire de développer des outils permettant notamment aux professionnels et aux politiques d'interroger leurs pratiques sur ce point. Comment les projets développés prennent-ils en compte la question des inégalités ? La lentille ISS utilisée dans le cadre de l'élaboration de la réalisation et de l'évaluation des projets constitue une grille de questionnements sur la prise en compte des différents éléments qui impactent favorablement les inégalités de santé. Martine Bantuelle retrace l'histoire de l'élaboration de la lentille et en présente le contenu.*

*Martine Bantuelle  
Educa Santé et Sacopar (Belgique)  
Refips Europe*

## NAISSANCE DE L'OUTIL

### Un contexte d'aggravation des inégalités de santé et peu de politiques pour agir

En Belgique, en 2009-2010, l'étude TaHIB (*Tackling Health Inequalities in Belgium*) commanditée à l'Institut de Santé Publique et à trois universités, a montré les écarts de santé importants et leur augmentation d'année en année. Cette augmentation a interpellé la Fondation Roi Baudouin, fondation financée par l'argent du roi défunt, et gérée par un conseil d'administration. Ce fonds touche beaucoup de secteurs de la vie civile, notamment la santé et de manière plus particulière, la question des inégalités sociales de santé. Il s'agit d'une institution emblématique, qui a énormément de poids dans le plaidoyer et qui a été très utile pour faire avancer la question des inégalités sociales de santé.

Pour compléter cette étude et ce constat, nous avons, par des entretiens, des questionnements et l'analyse des législations, mis à jour le fait qu'il n'existait pas de stratégie politique concertée et de politique élaborée de réduction des écarts de santé et des inégalités sociales. La Fondation Roi Baudouin a mis en place un groupe d'experts, qui avait pour but de produire des recommandations avant tout politiques. Puis, la Fondation a construit un plaidoyer auprès des ministres, au sein des lieux décisionnels, etc. Les résultats n'ont pas été immédiats, mais les retombées sont parfois plus tardives.

En plus de ces recommandations politiques, s'est tout de suite posée la question de savoir ce qui pouvait aider sur le terrain pour mieux vérifier, mieux regarder, mieux observer, mieux





analyser cette question des inégalités sociales. C'est ainsi qu'il a été décidé de construire un instrument qui au départ, devait être un outil d'évaluation des projets locaux et d'identification des bonnes pratiques en réduction des inégalités sociales de santé. Mais ce projet initial a évolué.

En parallèle, la fondation a financé une recherche-action dont l'objectif était d'intégrer l'outil dans l'élaboration d'un projet, en vue de son réajustement. Cette recherche-action s'est déroulée dans le secteur de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), au sein des consultations prénatales, point qui sera développé un peu plus loin.

### Un instrument opérationnel pour renforcer l'équité

Le but était bien que l'outil construit devienne opérationnel dans cette volonté d'augmenter l'équité en répondant à la question : « *comment peut-on y arriver ?* ».

Une commande a été passée à l'Université de Gand qui a créé et appelé cet outil : « *Equity lens* », fortement inspiré d'un autre outil élaboré par le Ministère de la santé en Nouvelle Zélande. Sur le modèle néozélandais, il s'agissait d'une checklist de questions organisées de manière à former ce que nous avons appelé une « lentille ». Le terme de lentille a été utilisé par analogie avec le matériel photographique.

Cet outil est devenu un appareil photographique, un moyen d'observer des situations d'inégalités sociales de santé, et cela de deux manières :

- en observant les détails, de façon à identifier les groupes différents qui constituent une population. C'est en faisant un zoom avant que l'on peut être très précis ;
- en observant la toile de fond comme un zoom arrière pour repositionner ces groupes de populations dans un contexte plus général et toujours garder l'ensemble de l'image.

Il s'agissait aussi d'amener les porteurs de projet à chercher des éléments de réponse à des questions telles que :

- mon projet (dans un cadre local) tient-il compte de la diversité sociale sur le territoire sur lequel je travaille ? ;
- quels sont les différents groupes qui constituent ma population et comment je peux les identifier, quelles sont leurs caractéristiques ? ;
- mon projet va-t-il ou non contribuer à améliorer la situation de tous ces groupes ou est-ce que j'en oublie ? ;
- mon projet, au bout du compte, réduit-il les écarts existant entre ces groupes en matière de santé ?

### Quatre fondements théoriques comme base du travail

L'outil proposé par l'Université de Gand s'est basé sur quatre fondements théoriques :

- le statut socioéconomique est l'indicateur principal, bien que l'on sache maintenant, que l'on doit y ajouter d'autres indicateurs tels que l'éducation, l'instruction, la culture ;
- les déterminants de santé ainsi que les facteurs qui les composent, ont une très grande influence sur les inégalités. Il faut donc en tenir compte et essayer de les saisir le plus finement possible ;



- l'existence de déterminants d'inégalités sociales de santé. Les inégalités sociales de santé se construisent et plusieurs types de mécanismes font que certaines personnes y sont confrontées plus rapidement et fortement que d'autres ;
- il existe des approches pour réduire les inégalités sociales de santé et notamment les stratégies de promotion de santé.

C'est le socle de base de la construction de ce questionnaire que vous pourrez aller voir sur le site internet<sup>18</sup>.

## LE CONTENU DE LA LENTILLE

Nous avons construit les questions en nous appuyant sur ces fondements théoriques qui n'étaient pas seulement une rhétorique. Nous abordons clairement la question des « déterminants » pour que l'on puisse au moins s'interroger sur lesquels agir et l'influence qu'ils ont sur le problème ciblé.

### Connaître la population et le territoire

Une première démarche consiste à connaître sa population, son groupe de population et de s'interroger sur ses caractéristiques. Au moment de la construction de la lentille, nous avons identifié deux types de groupes :

- des groupes positionnés comme « groupes homogènes » parce qu'ils avaient beaucoup de caractéristiques communes ;
- des groupes positionnés comme « groupes hétérogènes » composés de sous-groupes extrêmement différents de par leurs caractéristiques spécifiques.

A l'usage, ces deux catégories ne sont pas totalement opérationnelles. Même dans des groupes qui paraissent homogènes — ce sont les professionnels qui le disent — lorsque l'on observe plus finement, cette homogénéité n'existe pas forcément. Il faudra sans doute faire évoluer ce point, néanmoins il est toujours utile de s'interroger sur les caractéristiques du groupe.

Dans de nombreux projets locaux, l'accès aux données pour aider à caractériser la population n'est pas aisé. Ce n'est pas toujours une absence de données. Certes, à l'échelle locale, certaines n'existent pas, mais même quand elles existent, elles ne sont pas toujours opérationnelles et facilement accessibles à des professionnels de terrain. Sur le site internet, nous renseignons des liens directs avec des bases de données existantes en Belgique, et qui peuvent être utilisées très facilement ([www.inegalitesdesante.be](http://www.inegalitesdesante.be)).

La question suivante concerne l'adaptation des actions aux caractéristiques des populations. Il s'agit à travers ces questions d'identifier quelles actions ont été pensées par rapport à cette mixité de populations ? Ces actions vont-elles être diversifiées par rapport aux groupes identifiés ? Sont-elles adaptées à ce groupe ? Comment les personnes vont pouvoir participer ? Ont-elles leur place ?

<sup>18</sup> [http://www.inegalitesdesante.be/files/Lentille\\_ISS\\_commence.pdf](http://www.inegalitesdesante.be/files/Lentille_ISS_commence.pdf)



Pour faire ce travail, il est important de recommander aux professionnels de se fier aux informations dont ils disposent sur le territoire, et/ou de réaliser un état des lieux en cas d'absence d'informations. Les territoires sont facteurs de création des inégalités sociales ; ce n'est pas anodin d'habiter dans tel ou tel quartier, d'habiter près d'une autoroute, près d'une entreprise polluante, etc. L'analyse du territoire peut venir suppléer au manque d'information sur les populations. Ces deux pages du questionnaire vont aider à caractériser les territoires, mais de manière intersectorielle car divers indicateurs vont être mis en évidence comme la mobilité, l'environnement, les ressources, les services existants ; ces différents éléments vont permettre de caractériser le territoire comme favorable ou non à la santé.

### Définir, identifier des stratégies d'action

Concernant les stratégies de promotion de la santé, on constate que les mêmes stratégies sont développées dans la plupart des projets locaux. Plusieurs questions portent sur les actions envisagées et consistent à les classer par type d'intervention ou par objectif stratégique, ce qui permet de passer en revue tous les types de stratégies possibles. En Belgique, nous avons et continuons à travailler l'éducation pour la santé et nous commençons à travailler un peu plus sur les modes de vie, sur les environnements. Nous sommes encore cependant loin du compte, notamment concernant les politiques.

Par ailleurs, les actions se construisent avec des partenaires et nous savons que, plus le partenariat est riche, plus il est intersectoriel, plus les actions pourraient être efficaces. Il est important de réfléchir à cela.

### **Ce questionnaire permet de suggérer que l'on peut développer de nouvelles stratégies par rapport à ce que nous faisons habituellement, ou autrement.**

Le modèle de référence est le modèle « Atouts Faiblesses Opportunités Menaces (AFOM) », qui amène dès la conception du projet, à s'interroger sur les atouts et les faiblesses pour le mettre en œuvre. Le questionnaire donne des outils qui permettent aux équipes de se poser ces questions-là, c'est une forme d'auto-évaluation des moyens. Tout comme la question des indicateurs au moment de la conception : quels seront les indicateurs que vous pourriez utiliser par rapport à votre projet ?

### Trois temps d'usage de l'outil

Il a été rapidement constaté que le questionnaire devait être utilisé dans le temps pour qu'il présente de l'intérêt. Il doit être utilisé à des moments différents d'un projet pour disposer d'éléments d'évaluation du processus et montrer comment les choses évoluent par rapport à une connaissance plus fine et des partenariats plus étendus.

Il est donc préconisé de l'utiliser à trois reprises : **avant, pendant et à la fin du projet**. Les mêmes questions sont posées. Seul, le moment est différent. Elles pourront ainsi être comparées entre elles. Concernant le questionnaire **en cours de projet**, nous nous interrogeons sur ce qui est mis en place pour en assurer la durabilité et le maintien. Un certain nombre de questions ont été ajoutées concernant **le questionnaire en fin de projet** notamment sur les résultats. Il s'agit d'évaluer si ces résultats sont liés au projet ou si d'autres éléments les ont influencés. Par exemple, une campagne nationale peut avoir eu lieu à ce moment-là en rapport avec la problématique travaillée, ou le prix des cigarettes a peut-être doublé et beaucoup de gens vont diminuer leur consommation de tabac. Ce ne sont pas seulement nos actions qui ont de l'influence. On peut se demander également si les populations que nous considérons comme étant les plus difficiles à atteindre car elles sont les plus vulnérables, les plus défavorisés, ont pu participer et quelle a été leur place dans ce projet ?



Des questions ont également été ajoutées sur les recommandations que le porteur du projet ferait à d'autres promoteurs de projets locaux qui voudraient entreprendre les mêmes démarches. Il y a énormément de projets locaux parfois excellents mais méconnus. Trop souvent, les professionnels pensent qu'il n'existe rien alors que des projets existent mais ne sont pas visibles.

## **A QUI EST DESTINE LE QUESTIONNAIRE ET COMMENT L'UTILISER ?**

Cet outil est destiné à tous les acteurs. Au départ, il a surtout été construit pour les financeurs. L'idée était de leur donner un outil pour améliorer les projets qu'ils financent sur la question des inégalités sociales de santé. Mais cela leur permet aussi de les apprécier, les évaluer, les observer, pour mesurer si effectivement plus de projets prennent en compte cette question-là. Cependant, l'outil bénéficie également à ceux qui décident de développer ce type de projet, par exemple, des coordinateurs d'équipe, des professionnels de terrain, y compris les bénévoles.

Les projets de santé à strictement parler ne sont pas les seuls concernés. Tous les projets qui, à un moment donné, ont un impact sur la santé, que ce soit des projets portant sur le logement, la mobilité, l'environnement peuvent faire l'objet d'une analyse à travers la lentille.

Enfin, le territoire sur lequel on souhaite analyser ces projets locaux a été précisé, c'est-à-dire le territoire d'une communauté qui se définit par des limites territoriales, par une identité commune ou encore par un réseau social puissant. Ce sont dans ces zones-là que l'outil peut être utilisé.

Outre les acteurs et le type de projet, sur la première page du questionnaire, figurent quelques recommandations d'utilisation, notamment le fait de l'utiliser en équipe. Pour amener suffisamment d'informations pertinentes, pour comprendre cette question des inégalités sociales de santé, c'est l'ensemble d'une équipe qui peut porter une telle démarche, parce que tous les membres d'une équipe n'ont pas la même place, la même vision et peut-être ne possèdent pas les mêmes données. On encourage donc le fait d'utiliser cet outil en équipe, même élargie aux éventuels partenaires. Ce n'est pas seulement pour bien remplir un questionnaire, c'est aussi une opportunité pour créer une culture commune, un langage commun sur la question des inégalités sociales. En effet, nous avons observé à plusieurs reprises en accompagnant des projets locaux le fait que la question des inégalités sociales est mal connue et que tout le monde en a une représentation différente. Si cette limite n'est pas dépassée, cela empêchera la co-construction.

**Le questionnaire n'est pas un manuel de méthode de recherche et d'évaluation, ni une liste d'interventions concrètes qui visent à réduire les inégalités sociales de santé et ce n'est pas un relevé d'instruments de mesure et de banques de données utiles à l'évaluation des interventions.**

Les questionnaires (avant, pendant et à la fin du projet) sont évidemment le cœur du site. On peut les télécharger et les remplir. Le questionnaire prenant du temps, il est possible de le remplir en plusieurs fois.

Pour faciliter le remplissage, il est accompagné d'un glossaire (matérialisé par un 'g' près d'un mot), des renvois aux fondements théoriques et à d'autres informations.



## UN EXEMPLE D'UTILISATION ET D'ADAPTATION DANS LE CADRE D'UNE RECHERCHE-ACTION AU SEIN DE L'OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

Le Ministère de la Santé de la Communauté Française qui, pendant plusieurs années, a financé des projets en promotion de la santé initiés par des communes, recommandait d'utiliser cet outil pour construire le projet et la demande de financement. Ce n'était pas une obligation mais une recommandation. Il a aussi été utilisé sur des projets liés au logement développés dans le cadre des régions.

En Communauté française et en Communauté flamande, des organismes d'intérêt public appelés « Office de la Naissance et de l'Enfance » (ONE) et « Kind en gezin » gèrent la politique et les activités de protection de la mère et de l'enfant. Ces services ont été financés par la Fondation Roi Baudouin afin de développer chacun, une recherche-action qui vise la réduction et la prise en charge des inégalités sociales de santé. L'ONE a choisi de travailler cette question des inégalités autour de leur dispositif de soutien ou d'accompagnement à la parentalité. C'est avant tout un organisme qui fait de la médecine préventive, dans le cadre de consultations soit prénatales, soit pour enfants. Il couvre un haut taux de population parce que c'est un organisme bien reconnu et bien implanté dans les quartiers.

La recherche-action a été construite autour de l'adaptation de l'outil aux exigences, aux contraintes, au contexte de ce secteur d'intervention particulier et de son organisation. La recherche-action devait durer un an, elle a finalement duré deux ans, puis trois car le financeur a accepté de continuer. Environ 25 professionnels ont participé à ce travail d'évaluation et une évaluation accompagnante a été réalisée.

Le projet de l'ONE développe d'une part, des projets visant l'appui aux facteurs de protection du développement de l'enfant et le renforcement des habiletés et des compétences parentales, et d'autre part, des projets visant à mettre en place un dispositif de soutien à la parentalité autour de la naissance, pour les futurs parents les plus touchés par les inégalités sociales de santé, et à intégrer cette démarche au processus de réforme des consultations prénatales. Toutes les consultations pour enfants sont organisées avec les mêmes protocoles, ce qui n'était pas le cas pour les consultations prénatales. Il y avait un travail en cours au sein de l'institution à ce sujet, la question des inégalités sociales de santé est venue inclure cette réflexion.

### Les étapes de cette recherche-action ont été les suivantes :

- recueillir les représentations et les attentes des publics *via* des focus group ;
- recueillir les pratiques d'accompagnement de la naissance existant déjà au sein des consultations ;
- mettre en œuvre dans six consultations prénatales des expérimentations visant la réduction des inégalités sociales de santé ;
- analyser et extraire les conditions de faisabilité pour leur généralisation éventuelle.



## Les adaptations de l'outil par l'ONE

L'ONE a mis en place une adaptation de cet outil, et notamment la réalisation d'un questionnaire pour connaître plus précisément la population fréquentant ses six consultations. Une banque de données médico-sociales (BDMS) a été repérée au sein de l'ONE mais il a été constaté qu'elle n'était pas utilisée par les travailleurs médico-sociaux (TMS). Une première étape de l'état des lieux a consisté à confronter les perceptions que les TMS avaient de leur population face aux activités qu'ils mettaient en place. En parallèle, une fiche-projet a été construite pour monter le projet à la lumière des déterminants sociaux de la population concernée, ce qui n'était en général pas le cas, le problème étant jusque-là identifié d'après le ressenti des professionnels.

### Les objectifs de cette fiche étaient :

- de décrire des publics grâce aux données de la BDMS et à d'autres ressources de données ;
- de lister des actions selon les déterminants et les publics spécifiques concernés : que faites-vous déjà dans ce domaine vis-à-vis de tel ou tel public ?
- de lister les effets attendus et les indicateurs d'évaluation de ce projet ;
- d'identifier les partenaires ;
- d'identifier les besoins des publics et d'évaluer leurs limites face aux activités ;
- de voir quel impact avait eu le projet, cette recherche sur le processus de travail et les équipes dans les consultations ;
- d'identifier les forces et les faiblesses du projet.

### Quatre objets d'évaluation ont été identifiés :

- la formulation du problème et la précision des déterminants sociaux : en quoi certains groupes sont défavorisés par rapport à d'autres ? A cause de quels facteurs, de quels mécanismes ? ;
- les publics identifiés par rapport à la population générale de la consultation : quelle offre de service universel et quelles adaptations selon les différences entre les groupes ? Au départ, cette question a semblé la plus difficile à aborder ;
- la portée des activités sur le public et son implication : quelle participation et quelles implications des publics les plus défavorisés ? Quelle réduction des écarts entre les groupes ? ;
- la mobilisation et l'implication des partenaires et les effets sur le partenariat : quelle articulation avec des réponses complémentaires agissant sur d'autres facteurs ? Cette question ne semblait pas aller de soi dans les pratiques.

Les six consultations présentaient des fonctionnements très différents (quartier / hôpital ; différentes régions), en termes :

- d'organisation de l'accueil ;
- de relations entre les professionnels : dans les consultations, le médecin peut être un médecin généraliste, un gynécologue, parfois une sage-femme, on n'a donc pas le même professionnel en face de soi ;
- de l'utilisation de certains outils : certains en utilisent, d'autres non ;
- de l'organisation ou non d'actions collectives ;



- de l'existence d'échanges entre professionnels à l'intérieur ou entre les équipes. Là, également, de très grandes différences dans certaines consultations : chaque professionnel fait son travail et ne connaît pas le travail des autres.
- de connaissance des publics et de l'intérêt de les connaître plus.

## La construction d'un langage commun sur les inégalités sociales de santé

Les réflexions sur la question des inégalités sociales de santé ont montré une difficile appropriation de la notion et des représentations hétérogènes. Au sein des trois consultations installées dans un quartier, la réduction des inégalités sociales de santé semblait aller de soi puisque « *on ne travaille qu'avec des pauvres, donc forcément on travaille sur les inégalités sociales de santé* ». Dans les consultations intégrées aux hôpitaux, « *réduire les inégalités sociales de santé, c'est difficile, c'est complexe, on ne peut pas développer des projets spécifiques pour certains, c'est contraire au principe de service universel* ». Enfin, d'autres expliquent « *c'est notre travail, c'est de l'accompagnement individuel, chaque cas est différent, on ne peut pas globaliser et dire qu'on a un groupe qui est comme ça ou comme ça, chaque situation change, donc nous ne faisons que de l'accompagnement individuel* ».

Suite à ces premiers résultats, il a été décidé d'organiser un temps de formation, ce qui a reporté d'une année supplémentaire le projet. En effet, ces incompréhensions ont suscité des questions et des doutes. Les différents points de vue ont été posés, plusieurs groupes ont été constitués et plusieurs séances ont été prévues. Petit à petit, un langage commun, une perception commune, se sont construits. Ces séances ont été l'occasion d'aborder les concepts liés aux inégalités sociales de santé, de gradient social, d'expérimenter le cadre méthodologique proposé par la lentille, et d'aborder les pratiques au regard des recommandations pour la réduction des inégalités sociales de santé.

L'évaluation a continué, les projets se sont terminés et l'accompagnement à la construction de projet est apparu comme indispensable. D'une part, les gens n'étaient pas formés à la méthodologie de projet. D'autre part, la construction en équipe ne semblait pas évidente, les groupes n'étaient pas toujours homogènes dans la compréhension et l'utilisation des outils et des modèles. Enfin, il y avait des résistances à changer les pratiques professionnelles.

Les choses ont bien avancé dans le recueil des données. En revanche, une aide est encore nécessaire dans la façon d'utiliser ses données.

Un outil a aussi été proposé pour essayer d'évaluer leurs ressources, leurs compétences, car les TMS ont une relative mauvaise image d'eux-mêmes et de leurs capacités à faire cela, de manière générale. La formation a permis de les conforter notamment en mettant en lumière leurs compétences, qu'elles soient en lien avec leur formation mais également leur expérience personnelle.



## IMPACTS DE LA RECHERCHE-ACTION : UNE VISION QUI CHANGE CHEZ LES PROFESSIONNELS

La recherche-action a modifié le lien, les relations, la vision que les TMS ont de leur population. Elle a permis :

- de comprendre l'importance d'identifier les leviers à utiliser pour que chacun puisse actionner ses propres ressources et de comprendre que chacun a des compétences et des capacités, même les personnes avec qui elles ont des difficultés à communiquer ;
- de comprendre la nécessité d'accompagner des changements qui sont acceptables par les gens (dire qu'il faut manger cinq fruits et légumes par jour, à des personnes qui n'en mangent jamais, parfois, ce n'est pas tout à fait à la hauteur de ce qu'on peut espérer). Cela demande d'accepter que c'est la personne qui va définir le changement et que c'est ce changement-là que l'on va accompagner. Et puis, on pourra peut-être aller de changement en changement, parce qu'il faut aussi qu'il y ait des réussites pour vouloir engager un autre changement. C'est un acquis non négligeable ;
- de voir différemment les personnes et chercher à les comprendre au-delà de ce qu'elles disent. Il s'agit de passer du registre : « elles ne disent pas, elles ne communiquent pas, elles ne comprennent pas, elles ne veulent pas », au registre plus analytique « ces personnes sont dans des situations qui font qu'aujourd'hui, c'est cela qu'elles montrent d'elles » ;
- de comprendre le sens du projet, de la démarche et de la méthode : utilisation de l'outil, recherche de l'information, rigueur dans la réflexion des actions.

Ce travail a également eu un impact au sein de l'institution, notamment sur la mise en place d'un groupe constitué de personnes de différents services pour continuer cette réflexion sur la question des inégalités sociales de santé. Ce groupe a duré six mois et a été coordonné par une personne dont le temps de travail était financé par la Fondation Roi Baudouin, qui a compris l'enjeu d'aller plus loin.

L'ONE s'est approprié l'outil, l'a rebaptisé « questionnaire ISS » et l'a intégré dans un document de projet de soutien à la parentalité que chaque service de consultation doit écrire tous les cinq ans. L'outil est utilisé pour toutes les consultations pour enfants. Cette démarche a été possible suite à la mise en place d'un accompagnement des TMS de l'ONE par 50 coordinateurs. Avant, ces personnes étaient des TMS et elles ont maintenant un rôle de coordination de plusieurs consultations sur un territoire donné.

Ces coordinateurs ont bénéficié de trois jours de formation très « pratico pratique », durant lesquels ils ont repris le nouvel outil et ont intégré les fondements théoriques. Ils ont, en particulier, travaillé les raisons pour lesquelles il fallait observer ces populations et les connaître, les raisons pour lesquelles ces choix étaient faits en termes d'indicateurs, en termes d'éléments, par exemple sur le territoire. Concrètement, les éléments théoriques sont venus se greffer sur l'analyse du document, ce qui était plus accessible et plus intéressant. Une partie de la formation a surtout été consacrée à la question du contenu à transmettre à tous les TMS, au choix du support et à la pédagogie.

Mais au cours d'une réunion d'évaluation de cette formation, ces personnes ont pointé l'insuffisance de ces trois journées de formation. Il faut donc **accompagner l'accompagnement**.





A partir d'avril, huit demi-journées d'intervention seront organisées. Le processus sera le suivant : les accompagnants travaillent avec les équipes, identifient les blocages, les points où elles n'ont pas de réponses à apporter, où c'est difficile. Et dans chaque séance, on travaillera une ou deux questions de manière approfondie, avec les accompagnantes, qui vont alors les transférer auprès de leurs équipes. La boucle sera bouclée.

### ***Echanges avec la salle***

Participant 1 : « Quelle est la durée de ce projet ? ».

Martine Bantuelle : « Il y a eu 2012 et 2013, peut-être même un petit peu sur 2011, pour la recherche-action, qui, comme je l'ai dit tout à l'heure, a été prolongée par de la formation et puis prolongée de six mois pour mettre en place ce groupe transversal. L'année dernière a été consacrée à la formation des coordinatrices. La dernière séance de formation a eu lieu en janvier de cette année-ci parce que les projets doivent être rentrés entre juillet et octobre 2015 ».

Participant 2 : « Merci pour cette intervention concrète et très intéressante. Je me posais la question suivante : quelle est la place des médecins ? Vous parlez beaucoup des TMS, on ne voit pas les médecins. Alors peut-être que l'important, c'est les TMS dans cette histoire et que tout compte fait le médecin est marginal, mais j'aimerais bien t'entendre là-dessus. Et la deuxième question que je me posais : l'activité, c'est la consultation si j'ai bien compris, donc c'est du rapport individuel, et donc je me posais la question d'activités collectives, groupes de parole, etc. ».

Martine Bantuelle : « C'est vrai que l'enjeu porte sur les TMS, parce qu'ils travaillent directement pour cette institution, qu'ils en sont la clef de voûte permanente. Et donc le binôme avec le TMS et le médecin peut être très différent selon les consultations, de par le type de médecin. Ça peut être des gynécologues dans ces consultations-là mais dans les autres consultations pour enfant, de plus en plus, ils essaient que ce soient des pédiatres, ce n'est pas toujours le cas, parce que quand on n'en trouve pas, ça peut être des médecins généralistes. Ils ne sont là qu'une demi-journée par semaine ou une journée par mois, si la consultation ne se fait qu'une fois par mois, ça dépend des lieux. Donc, le suivi n'est pas du tout le même. Les médecins ne vont pas à domicile non plus, tandis que la visite domiciliaire est la base de travail des TMS. Même si ça diminue beaucoup, pour des raisons essentiellement de moyens, la base de leur travail, reste la visite domiciliaire.

Et vous savez certainement que dans de nombreuses recommandations, par rapport à des questions de suicide, de maltraitance d'enfants, d'accidents, de traumatismes, d'accidents domestiques chez les enfants, il y a une recommandation forte et qui perdure selon laquelle la visite domiciliaire est essentielle. Donc, c'est quelque chose qu'il faut vraiment tenir car, c'est aussi dans la visite domiciliaire que l'on prend le pouls de la réalité d'une famille ou d'une personne. Ce n'est pas toujours lors de la consultation qu'on peut la voir ».

Participant 3 : « Mais les médecins ne sont pas salariés... Il y a non seulement très peu d'heures qui leur sont attribuées mais, en plus, on trouve très peu de médecins, c'est la même chose en santé scolaire, donc c'est vraiment difficile de les impliquer ».

Martine Bantuelle : « Oui, mais il y en a qui le font. C'est comme en médecine scolaire. Mais il y a aussi une troisième donnée dans les consultations, ce sont les bénévoles. Parce que les consultations existent quand il y a un comité de bénévoles dans un quartier qui décide de s'associer et d'élaborer une association pour créer une consultation. Et ces personnes sont



présentes et viennent dans les salles d'attente parler avec les gens, elles pèsent, elles mesurent... Parfois, ça a de l'influence, une influence qui n'est pas toujours dans le sens que les TMS voudraient, mais il y a une grosse présence. Et il y a deux journées par année, d'échange, de formation pour les bénévoles. Cette année, il y en aura une sur les inégalités sociales de santé. C'est l'institution qui l'a prévue pour amener aussi les bénévoles à comprendre les changements qui vont se passer dans les consultations.

Alors, individuel et collectif. L'individuel existera toujours puisque la mission de base, c'est la médecine préventive. Il y a quand même du dépistage à faire, contrôler certains paramètres. Ces actes sont bien établis selon l'évolution et l'âge de l'enfant. Mais déjà certaines consultations faisaient d'autres types d'activités. Certaines proposaient, par exemple, des massages pour bébés, d'autres services ou bien un bénévole venait apprendre à faire de la soupe, la découverte de jeux et jouets...

Dans les consultations qui proposaient des activités collectives, beaucoup se rendaient compte que les gens les plus concernés ne venaient pas. Certains se décourageaient, ne faisaient plus, ou faisaient des choses qui, finalement, n'étaient pas basées sur des besoins. Les raisons souvent évoquées : « C'est parce que j'aime bien faire ça, nous avons une bonne animatrice qui fait ça bien, cela ne nous coûte pas... ».

Or, justement, la volonté dans cet accompagnement à la parentalité est d'intégrer des activités collectives qui répondent aux besoins des usagers des consultations. L'enjeu est de faire comprendre aux TMS qu'ils ne doivent pas nécessairement porter seuls des activités collectives, que des partenariats peuvent se construire et que ces activités peuvent se dérouler aussi à l'extérieur de la consultation.

Il s'agit de développer de nouvelles pratiques professionnelles qui vont maintenant être mises à l'épreuve. Il y a évidemment des résistances, mais c'est le cas pour tout changement ».



# Trois démarches construites dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé

*Afin d'illustrer la thématique du séminaire, trois démarches mises en place afin de réduire les inégalités sociales de santé ont été présentées en séance plénière. Les acteurs qui les ont portées se sont prêtés au jeu de l'analyse critique pour permettre un échange avec la salle. Chacune de ces initiatives est présentée ici sous forme d'une fiche-action synthétique.*

## **EXPOSITION « GROSSESSE 0 ALCOOL/0 TABAC » : UNE INTERVENTION AVEC DES MODALITES ADAPTABLES**

*Intervention de Charlotte Ruiz (Mutualité Française Franche-Comté)*

*Diaporama : [http://www.sfsp.fr/manifestations/sem-iss-2015/PleniereUP\\_Exposition\\_Grossesse\\_MFFrancheComte.pdf](http://www.sfsp.fr/manifestations/sem-iss-2015/PleniereUP_Exposition_Grossesse_MFFrancheComte.pdf)*

Depuis trois ans, la Mutualité Française Franche-Comté développe un projet de prévention primaire portant sur les consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Les professionnels engagés avaient à cœur de ne pas creuser les inégalités sociales de santé et de ne pas exclure une partie de la population. Cette action relève du principe d'universalisme proportionné.

### **Historique du projet**

Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMP) qui accueille des enfants de 0 à 3 ans porteurs de handicaps souhaitait agir sur la première cause de handicap non génétique et la première cause de prématurité en France :

- La consommation d'alcool durant la grossesse
- La consommation de tabac durant la grossesse

La Mutualité Française de Franche Comté a été sollicitée afin d'apporter son expertise. Elle a procédé à un état des lieux assez complet rassemblant des données scientifiques, des études sociologiques intégrant les déterminants de santé et les politiques publiques.

La Loi du 9 août 2004 est venue légitimer ce travail dans le sens où elle contenait quatre recommandations/axes de travail :

- la mise en place de logos sur les bouteilles d'alcool : messages sanitaires s'adressant aux femmes enceintes ;



- la formation des professionnels de santé : en Franche-Comté, des journées de formation ont été organisées par un réseau de périnatalité ;
- la campagne de prévention développée par l'INPES ;
- **la mise en place d'actions auprès de lycéens et collégiens sur les risques de la consommation de produits.**

Le travail sur les données scientifiques et les études sociologiques ont permis de mettre en avant différentes informations :

- l'impact de l'alcool sur le développement du système nerveux central du fœtus, avec sa forme la plus grave : le syndrome d'alcoolémie fœtale ;
- l'existence d'une consommation dans toutes les Catégories Socio-Professionnelles (CSP) avec des représentations profanes porteuses d'idées fausses et un manque de conscience des effets : par exemple, la bière et le vin ne sont pas néfastes, le patch nicotinique est non autorisé pendant la grossesse...
- une consommation liée aux déterminants de la santé : environnement social, existence ou absence de législation ou de campagne ; estime de soi et confiance en soi ; culture de l'alcool en France ; normes, valeurs et représentations sociales.

### **Objectif général**

- Informer les jeunes de 15 à 24 ans sur les consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse.

### **Objectifs spécifiques**

- Transmettre des connaissances scientifiques sur les conduites, les produits et conséquences d'une consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse.
- Développer des compétences individuelles.

### **Méthode**

Le groupe de travail rassemblait des professionnels pluridisciplinaires notamment des domaines du handicap, des addictions et de la prévention. Le souhait était d'agir en amont du risque.

Le projet relève d'une approche en prévention primaire à vocation universelle dans le sens où il s'adresse à l'ensemble de la tranche d'âge ciblée – les 15-24 ans – sans distinction de sexe, de milieux ou de CSP.

La démarche éducative mise en œuvre vise à développer les connaissances et les compétences individuelles autour de deux axes :

- l'apport d'informations concernant les risques liés à la consommation ;
- le développement de la capacité à dire non ; capacité à trouver des solutions de contournement du risque ; échanger sur les émotions et représentations.

Le groupe de travail a choisi de créer une exposition – outil accessible et adaptable, laissant une place plus importante à l'appropriation et l'identification de chacun – en favorisant l'illustration plutôt que le texte pour faciliter la compréhension de tous.



L'exposition est conçue selon trois types d'approches différentes, relatives à la maîtrise du français du groupe et sa configuration (groupe constitué ou non).

L'outil a été testé auprès de trois types de publics différents de la même tranche d'âge (lycéens, étudiants et personnes suivies dans le cadre d'un service d'aide à la vie sociale).

### **Résultats**

L'exposition comprend 13 panneaux. Elle a été diffusée dans des lieux variés : centre d'apprentissage, centre de formation, lycée, maison familiale, centre d'accompagnement à la vie sociale, institut médicoprofessionnel.

L'intervention a respecté le cahier des charges relatif à l'animation.

Une évaluation a été menée ce qui a permis d'obtenir les résultats suivants :

- en 2014, il y a eu 416 participants dont 329 jeunes de la tranche d'âge 15/24 ans ;
- 38% des participants estiment que l'action les a fait réfléchir et globalement 80% des participants sont satisfaits de cette intervention.

Les résultats détaillés sont disponibles dans le diaporama.



# AGIR SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE PAR DES MESURES UNIVERSELLES PROPORTIONNEES : UNE ETUDE EXPLORATOIRE SUR LA POLITIQUE MUNICIPALE D'ACCUEIL DE LA PETITE ENFANCE EN CRECHE A RENNES

*Intervention d'Alice Jouve (EHESP) et de  
Sophie Perrier Ridet (Ville de Rennes)*

Diaporama : [http://www.sfsp.fr/manifestations/sem-iss-2015/PleniereUP\\_Politique\\_Municipale\\_PetiteEnfance\\_Rennes.pdf](http://www.sfsp.fr/manifestations/sem-iss-2015/PleniereUP_Politique_Municipale_PetiteEnfance_Rennes.pdf)

*La ville de Rennes développe une politique volontariste dans le champ de la santé et en direction de la petite enfance. Une étude exploratoire menée en 2014 dans le cadre de la chaire promotion de la santé de l'EHESP interroge la mesure universelle proportionnée à travers l'étude de la politique municipale d'accueil de la petite enfance, en crèche à Rennes.*

## **Historique du projet**

La commission des déterminants sociaux de la santé soutient d'une part, qu'agir dès la petite enfance est un moyen efficace de lutte contre les inégalités et d'autre part que les politiques publiques constituent un levier pour agir sur les inégalités de santé. Les villes constituent un échelon de proximité qui permet de mettre en œuvre des actions au plus près des besoins des habitants. Elles ont des compétences diversifiées pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et, en termes de santé des enfants, elles permettent de développer des actions dans les crèches, les écoles maternelles et primaires, les structures d'accueil et de loisirs.

Un rapport de la DREES souligne, par ailleurs, que l'accueil et l'éducation préscolaire jouent un rôle sur la santé présente et future et le réseau des villes-santé de l'OMS affirme que les structures d'accueil de la petite enfance, en créant des environnements favorables à la santé, influencent sur leur bien-être

La ville de Rennes de par ses valeurs politiques s'emploie à corriger les inégalités sociales et investi en faveur de la santé et de la petite enfance. Deux directions sont impliquées dans la mise en œuvre de cette politique :

- la direction santé publique et handicap. La ville de Rennes est membre du réseau français des villes-santé de l'OMS et du réseau européen ;
- le service santé enfance : prévention promotion de la santé développe des actions dans les écoles, les crèches et sur le temps périscolaire. Cette direction gère les 17 crèches municipales.

**Afin d'analyser en quoi la politique municipale de la ville de Rennes en faveur de la petite enfance contribue à la lutte contre les inégalités sociales de santé, une étude dans le cadre de la chaire de promotion de la santé à l'EHESP a proposé une lecture de cette politique.**



## **Objectifs de l'étude :**

- Comprendre comment une politique municipale de la petite enfance peut réduire le gradient social de la santé.
- Analyser en quoi les actions favorables à la santé des enfants dans les crèches rennaises atteignent chaque enfant et sa famille en fonction de leurs besoins.

## **Méthode**

Une étude de cas a été menée dans six crèches parmi les 16 crèches collectives de la Ville de Rennes. Un panel varié d'établissements a été choisi dont trois en ZUS ; chaque crèche accueillant une proportion variable de familles dont les revenus sont inférieurs à 1000 euros.

L'étude a consisté en l'analyse de documents relatifs aux actions et d'entretiens semi-directifs menés auprès des personnels de direction et des personnels des crèches : directrice santé, coordinatrices de territoire, médecin, psychologue.

Une analyse de contenu du matériel rassemblé a été réalisée ainsi qu'une analyse de l'orientation politique.

## **Résultats**

Six documents écrits et 11 entretiens ont été analysés.

### ***L'analyse des orientations politiques santé***

La ville de Rennes affiche sa volonté d'améliorer la santé de ses habitants et de lutter contre les inégalités sociales de santé, et ce, dès la petite enfance, de développer un accueil propice au bien-être des parents et des enfants, de favoriser l'égalité des chances et promouvoir le vivre ensemble.

Cette volonté est clairement affichée dans le plan local de santé et confirmée par les orientations décrites dans les entretiens. Ces orientations convergent : agir dès le plus jeune âge dans une perspective de lutte contre les inégalités et de promotion de la santé.

### ***L'analyse des actions***

La quasi-totalité des actions émane de la politique volontariste de la ville sauf deux actions réglementaires. Trois grandes catégories ont été identifiées :

- actions influant sur l'environnement physique, la qualité environnementale, la qualité des repas et la sécurité sanitaire ;
- actions influant sur l'environnement éducatif : Parler Bambin, pédagogie interactive, éveil culturel, accompagnement à la parentalité, formation accompagnement des professionnels, éducation à l'alimentation ;
- action précoce : dépistage précoce et accompagnement médico-psycho-social.



## **Population visée**

La ville de Rennes priorise l'accès aux crèches pour les familles les plus vulnérables. La quasi-totalité des actions sont universelles sauf le programme Parler Bambin ciblé sur une crèche en ZUS dans le cadre de la politique de la ville et quelques activités dans le cadre de l'éveil culturel (notamment pour des raisons de proximité).

## **La dimension universelle/proportionnelle**

Trois types d'actions ont été identifiés au regard des dimensions universelle/proportionnelle :

- **actions structurelles identiques** qui émanait de l'accueil en crèche et garanties identiques pour tous les enfants : repas, approche éducative, éducation à l'alimentation. Le bénéfice de ces actions est proportionné au degré de désavantage ;
- **actions structurelles adaptées** avec distinction d'un niveau de service pour tous et d'un niveau adapté. L'exemple de Parler Bambin dans une crèche : tous les enfants y ont accès et les enfants repérés comme ayant des difficultés de langage bénéficient d'activités supplémentaires - visites médicales en crèche où certains enfants sont vus plusieurs fois. L'allocation de ressources est proportionnée au degré de désavantage ;
- **actions proposées** telles que les sorties à la bibliothèque : les modes de communication ont été adaptés aux parents de manière à sensibiliser les parents moins impliqués sur ce type d'action. Les ressources sont proportionnées au degré de désavantage. Comment repérer les familles qui en ont le plus besoin ?

L'approche universelle est prépondérante et liée au fait que l'accueil de la petite enfance est un service proposé à tous. Quand on s'intéresse aux inégalités, certaines actions apparaissent ciblées.

## **Les limites du travail**

La notion d'universalisme quant à la mise en œuvre de cette politique est relative, un enfant sur sept étant accueilli en crèche.

Le travail n'a pas mesuré l'efficacité des actions en termes d'inégalités, il se réfère par ailleurs aux propos des professionnels et n'a pas fait l'objet d'une observation des pratiques.

## **Conclusion**

Le constat des inégalités sociales n'est pas nouveau. Cet accueil propose des actions prometteuses et nécessite de mieux former les professionnels à la question du gradient social de la santé et de l'universalisme proportionné.





## REFLEXION SUR LA STRATEGIE DEVELOPPEE PAR L'ARS PACA POUR REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET PRENDRE EN COMPTE LE GRADIENT SOCIAL

*Intervention de Gérard Coruble (ARS PACA)*

Diaporama : [http://www.sfsp.fr/manifestations/sem-iss-2015/PleniereUP\\_Reflexion\\_ISS\\_GradientSocial\\_ARSPaca.pdf](http://www.sfsp.fr/manifestations/sem-iss-2015/PleniereUP_Reflexion_ISS_GradientSocial_ARSPaca.pdf)

*La réduction des inégalités sociales de santé passe par des actions de terrain, des politiques locales et des politiques régionales de santé qui font de cet axe une priorité. L'ARS PACA s'est essayée à l'exercice et partage son expérience.*

### **Stratégie dans le cadre de l'ARS pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé**

La réduction des Inégalités Sociales de Santé (ISS) a été retenue comme un des six grands thèmes du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), au vu des caractéristiques sociologiques de la région et des données issues de la littérature.

#### **Deux modalités d'action ont été envisagées :**

- développer des programmes de santé sur les territoires prioritaires, territoires dans lesquels les indicateurs sociaux et de santé sont particulièrement défavorables.
- prendre en compte les besoins spécifiques de publics ciblés, par des actions différenciées et adaptées aux fragilités qui leur sont spécifiques. (Proportionner des actions au degré de difficultés des publics).

Le volet prévention-promotion de la santé du schéma régional de prévention est le cœur de la définition de la démarche qui consiste en une volonté d'agir sur les déterminants sociaux de la santé prioritaires de plusieurs façons :

- sur des territoires repérés comme particulièrement vulnérables avec une démarche de programmation locale, inspirée des ateliers santé ville (ASV) ;
- avec l'idée de déboucher sur des contrats locaux de santé dans une approche ascendante ;
- en développant des plans d'action populationnels (aucun plan d'action qui soit propre à une thématique) avec un « plan population générale » qui devrait permettre de répondre à l'idée de proportionnalité des actions en fonction des publics ;
- en développant des actions spécifiques visant les publics les plus précaires et les plus vulnérables.

En découle une volonté d'identifier les territoires prioritaires grâce à la création d'un indice de désavantage social constitué de cinq indicateurs : revenu médian ; proportion de familles monoparentales ; part des non diplômés chez les 15 ans ; taux de résidences principales en location ; taux de chômage.

#### **Un des deux axes des Programmes Territoriaux de Santé (PTS) porte sur les ISS :**

- prendre en compte les inégalités territoriales d'accès aux soins ;
- répondre aux besoins de santé d'un territoire ;



- améliorer l'accès aux soins et/ou à la prévention pour les personnes en situation de handicap ;
- prendre en compte des déterminants environnementaux ;
- accès aux soins ;
- améliorer la prise en charge des personnes porteuses de maladies chroniques ;
- développer des actions de prévention.

La stratégie développée s'inscrit bien au-delà du Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) avec l'ancrage d'une démarche territoriale de promotion de la santé et quatre plans d'actions populationnels à ce jour :

- femmes enceintes, parents, petite enfance ;
- enfants, adolescents, jeunes ;
- personnes vieillissantes, personnes handicapées ;
- population générale (CSP identifiées comme prioritaires face aux ISS comme les ouvriers par exemple).

La prise en compte des effets des ISS mobilise des moyens importants, en particulier pour les mesures visant à favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins, notamment dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et du Schéma régional d'Organisation des Services Médico-Sociaux (SROMS).

### **Analyse de la mise en œuvre et réflexion**

Pour l'ARS, la mise en œuvre de la stratégie se situe à trois niveaux :

#### **Niveau relevant de la compétence propre de l'agence :**

- lutte contre les inégalités sociales de santé dans les schémas et plan d'actions en référence au cadre général des initiatives nationales de quelques pays européens (contenu des politiques selon un double axe : politiques universelles / politiques sélectives).

#### **Niveau relevant du rôle « ressource » de l'agence pour les autres acteurs :**

- plaidoyer, argumentaire, organisation de séminaires ;
- soutien à des actions innovantes ;
- mise à disposition de son expertise et de ses outils (par exemple : l'Indice de désavantage social).

#### **Niveau relevant du partenariat de l'agence avec d'autres acteurs :**

- programmes territoriaux de santé, soutien aux Ateliers Santé Ville, signature de Contrats Locaux de Santé ;
- développement des compétences : DIU e-learning ;
- commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention.



## Limites et perspectives

### Les acquis :

La question des inégalités sociales de santé est intégrée dans les réflexions et objectifs des principaux responsables de l'ARS occupant des fonctions stratégiques ou avec certains services.

Il y a eu un véritable travail avec les équipes de recherche qui a permis de développer des collaborations avec des services de l'agence notamment « santé et environnement ».

Le financement de certaines actions dans le cadre de l'appel à projet « actions innovantes » a joué un rôle d'effet levier pour déclencher certains financements.

Un processus de transférabilité est en cours pour certaines actions.

### Les limites :

- limite nationale : l'agenda a évolué et les inégalités sociales de santé sont moins prioritaires ;
- le développement d'actions prenant en compte les déterminants sociaux de santé reste limité dans ces programmations mais certains Contrats Locaux de Santé (CLS) ouvrent cette possibilité ;
- l'intersectorialité reste très difficile;
- la commission de coordination des politiques publiques de prévention n'est pas un constat de succès. Elle rencontre beaucoup de difficultés pour trouver des sujets communs entre institutions.

### Quelques questions et constats pour élargir la réflexion

**Cette stratégie permet-elle d'agir sur le gradient social de santé ?** L'approche binaire a été dépassée, d'autres publics ont été atteints grâce au plan de population générale. Pour autant, les appels à projet présentent une limite, notamment concernant les compétences pour s'inscrire dans cette démarche, d'où l'intérêt de développer les compétences des professionnels.

**La stratégie est-elle lisible ?** La lisibilité n'est pas évidente face aux publics moins avertis, ce n'est pas facile de voir qu'il est possible d'agir.

**Permet-elle de positionner l'ARS ? Permet-elle une communication efficace sur cette thématique ?** A travers les actions innovantes, il est possible de communiquer, d'expliquer la notion des inégalités sociales de santé et de présenter les possibles modalités d'actions.

**N'aurait-il pas été préférable (et plus simple) de privilégier quelques actions ayant un caractère emblématique en s'appuyant sur des données probantes ?** L'engagement a été initié avec un programme d'éducation nutritionnelle qui vise l'école maternelle sur des territoires où l'Indice de Masse Corporelle est élevé. Par rapport à la question du saturnisme infantile, la « consultation santé environnement » à l'Hôpital Nord de Marseille a été élargie et s'est vu développée dans les PASS « mère-enfant » sur toute l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) avec un travail qui consiste à aller vers les publics (partenariat avec Médecins du Monde).



Il n'y a pas de recette simple pour lutter contre les inégalités sociales de santé, il faut une stratégie de longue haleine, communiquer, convaincre, expérimenter, développer le partenariat et échanger ses expériences.



# Restitution des ateliers

L'objet des ateliers était de proposer une série de recommandations concrètes afin de contribuer au plaidoyer pour agir en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé. Il s'agissait pour chaque participant de s'interroger en amont sur les points suivants : « Qui et comment convaincre ? », « Comment faire, avec qui ? » :

- que cherchons-nous à obtenir ? Quelle est la visée de notre intervention ? Dans quel contexte ?
- pour qui ? Quel(s) groupe(s) ciblons-nous ?
- sur quoi agissons-nous ou sur quoi cherchons-nous à agir ?
- comment agissons-nous ? Quelles sont nos stratégies d'intervention ? Quels sont nos moyens pour agir ? Avec qui ?
- quels effets observons-nous ? Comment évaluer la portée de l'intervention ?
- quelles sont nos limites ?
- quels sont nos leviers ? Qu'est-ce qui fonctionne ?
- comment pouvons-nous poursuivre ? De quoi avons-nous besoin ?

Quatre expériences ont été présentées dans chaque atelier<sup>19</sup> afin d'alimenter les réflexions et les échanges autour des deux grandes questions :

***Qui et comment convaincre ?*** Il s'agit d'identifier les freins, les leviers et les conditions à réunir, de décoder les circuits, pour convaincre les parties prenantes : populations, élus, financeurs, institutions, (futurs) partenaires intra et intersectoriels, chercheurs... de mener et/ou de poursuivre l'action sur les inégalités sociales de santé.

***Comment faire, avec qui ?*** Il s'agit d'identifier les freins et les leviers pour la mise en œuvre concrète des actions en termes de stratégies d'intervention, de méthodes, d'outils, de compétences, etc. pour agir en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé.

*Nous remercions vivement les intervenants et animateurs pour leur implication tout au long de la préparation de ce séminaire et pour leur participation.  
Nous remercions vivement les rapporteurs d'ateliers pour leur collaboration.*

---

<sup>19</sup> Diaporamas des expériences : <http://www.sfsp.fr/manifestations/manifestations/infos.php?cmanif=67&cpage=1>



## QUI ET COMMENT CONVAINCRE ? COMMENT FAIRE ? AVEC QUI ?

### ATELIER 1 : POUR INTEGRER LA SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES

#### Les intervenants :

Hélène Valentini, INSPQ

*L'intégration, au Québec, de la santé dans toutes les politiques*

Anne Laporte, ARS Ile de France

*EIS Evaluation des Impacts sur la Santé de projet de transports de Plaine Commune*

Paul Duval, Maison de la Santé de Saint Denis

*« pour la santé, je bouge dans mon quartier » Comment faire bouger tout un quartier : adaptation de l'environnement urbain favorable à l'activité physique*

Véronique Tellier, Observatoire Wallon de la Santé

*Réduction des inégalités sociales de santé en lien avec le logement au niveau local - initiatives en Wallonie.*

#### Les animateurs et rapporteurs:

Bastien Affeltranger, ARS de Picardie

Anne Guilberteau, Atelier Santé Ville du 20<sup>e</sup> arrondissement de Paris

### Questionnements du groupe

Les questions ont été traitées en deux temps :

- Qui convaincre, et comment, pour l'intégration de la santé dans les différentes politiques sectorielles liées aux déterminants sociaux ou territoriaux de la santé ?
- Comment, sur la base des études de cas présentées, l'action relative à ces différents déterminants est articulée sur le terrain ?



## Recommandations relatives au plaidoyer

### Préalable issu des échanges :

Il est nécessaire de disposer d'une cartographie des acteurs, de leurs enjeux, de leurs discours, de leurs modalités de décisions, pour construire le plaidoyer, afin de savoir à qui s'adresser et de s'adapter aux besoins, sur le fond et sur la forme, sur son propre discours et ses arguments.

Le terme « convaincre » a provoqué des discussions en groupe, dans la mesure où cela a semblé un peu trop volontariste, aussi paradoxal que cela puisse paraître. Nous avons besoin d'une politique volontariste et de leaders d'opinion qui portent la thématique. Finalement, le terme « accompagner » semblait le mieux convenir à l'ensemble du groupe.

### Qui convaincre ?

Les personnes à convaincre sont les décideurs à différents niveaux institutionnels et territoriaux, les porteurs eux-mêmes, les politiques sectorielles. Il a été évoqué, notamment, l'intérêt d'un réseau de personnes-relais dans les différents services ou ministères en fonction du niveau institutionnel auquel on s'intéresse. Il faut convaincre aussi, évidemment, les partenaires opérateurs territoriaux.

Il faut aussi convaincre la population elle-même : les habitants, les usagers, les bénéficiaires en mobilisant différentes dynamiques, différentes instances de concertation. A noter que le comité de quartier n'est pas nécessairement le lieu pour toutes les concertations ou pour la concertation sur tous les sujets, au risque, parfois d'une concurrence de représentativité de ces différentes instances.

### Convaincre de quoi ?

Convaincre que toutes les politiques sectorielles, dont celles du soin :

- ont un impact sur la santé, c'est peut-être pour certains une évidence mais les liens de cause à effet ne sont pas identifiés par tous ;
- ont une légitimité et, le cas échéant — si c'est le choix de projet de société que l'on a en termes de justice sociale — une responsabilité à agir ;
- peuvent bénéficier d'une amélioration de l'état de santé de la population.

### Quels arguments pour convaincre ?

Il faut un cadre d'action volontariste et, le cas échéant, des lois, des cadres, des orientations qui posent l'interministérialité ou l'intersectorialité pour agir en santé, en agissant sur différents leviers ou déterminants - le Contrat de Ville, en est un exemple. Il faut également, une fois encore, disposer d'un réseau de « référents santé », points de contact dans les services sectoriels ou métiers, qui sont à la fois des sources d'informations, mais aussi des relais de messages, des relais de crédibilité de la démarche.



## Quels outils pour convaincre ?

Les outils pour le plaidoyer sont nombreux. En voici quelques-uns :

- supports au débat, à l'apprentissage, à l'acculturation réciproque (ex. : boîte à outils du FIDA ; Lentille ISS) ;
- cadre de référence qui permettent d'expliquer aux parties prenantes et d'objectiver la formation des inégalités, de justifier ces liens de cause à effet ;
- méthodologie de l'évaluation d'impact sur la santé.

S'outiller pour le plaidoyer, c'est aussi, développer vis-à-vis des personnes à convaincre, une approche intégrée pour soutenir l'argumentaire qui s'appuie sur la recherche, les actions innovantes, les bases de données de connaissances, l'aide à la décision, le pilotage et évidemment, l'évaluation.

Dernier point, il est nécessaire de développer une dynamique, une culture commune à l'ensemble de l'organisation. La dynamique ne doit pas dépendre d'une personne mais de l'ensemble des professionnels afin d'assurer sa durabilité.

## Qui assure ce plaidoyer ?

Ce sont les acteurs de santé publique, la population elle-même, qui peuvent être médiateurs.

## Recommandations opérationnelles

### Quatre groupes de recommandations opérationnelles ont été définis

**1/ La nécessité d'une politique nationale.** Il y a un réel besoin de développer **une politique nationale de réduction des inégalités** et de **prise en compte de la santé dans les politiques dites de base**, ainsi qu'un besoin de **politiques au niveau local**. Par contre, faut-il être explicite ou implicite ? Faut-il afficher une lutte contre les inégalités en tant qu'objectif précis ou, au contraire, dire que l'on va cibler un certain nombre de politiques sectorielles liées aux déterminants pour la qualité de vie, pour le mieux-être, etc. ? Faut-il être explicite au niveau national et implicite au niveau local dans la mesure où nous ne sommes pas encore dans un pays où cette lutte contre les inégalités est vraiment explicite ? La réponse à cette question relève de choix politiques et idéologiques.

**2/ Faire le lien entre les besoins du terrain et les choix politiques.** Pour se faire, il est important de **mobiliser les habitants**, qualifiés par certains « d'experts du vécu », en termes de diagnostic et de besoins. Le terrain est envisagé comme une ressource pour ensuite éclairer la décision publique locale qui est face à une diversité de sources d'informations, de questions de transférabilité, etc. Enfin, il doit y avoir une responsabilité électorale d'articulation entre les politiques locales, en termes de cohérence, de légalité et de financement.

**3/ Susciter un intérêt chez les décideurs.** Montrer l'impact d'une meilleure santé sur les aspects sectoriels : logement, emploi, sécurité, attractivité, etc.

**4/ Des leviers à activer.** Plusieurs leviers ont été identifiés :

- l'effet d'aubaine, l'effet d'opportunisme des décisions sectorielles qui peuvent être l'occasion de se poser la question sur des liens éventuels





avec la santé. Cela se fait dans d'autres domaines, comme la gestion des risques, par exemple ;

- la mise en place de formations locales et nationales sur les inégalités, et en particulier des formations à destination des pilotes de politique de santé ou de politiques autres que celle de la santé. Elles peuvent être à destination des élus, de leurs adjoints, des Directeurs de la Santé, des fonctionnaires territoriaux ;
- la mise en place de formations sur les données probantes, comme par exemple en Haute-Normandie et Picardie et prochainement, auprès des Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) et des acteurs qui portent des projets de prévention ;
- la sensibilisation du public aux déterminants sociaux ou territoriaux, ou autres, de la santé. Nous avons retenu cette dernière formulation plutôt qu'une sensibilisation aux inégalités, en tant que telles.



## QUI ET COMMENT CONVAINCRE ? COMMENT FAIRE ? AVEC QUI ?

### ATELIER 2 : POUR COMBINER LES DIFFERENTES STRATEGIES D'INTERVENTION

#### Les intervenants :

*Pilar Arcella-Giroux, Christine César, Colette Pejoux  
Programme de promotion du bien être psychique du jeune enfant à Aubervilliers.*

*Elsa Andrieux, Association Roms Action (Grenoble) et Joséphine Teoran, Association pour  
l'accueil des voyageurs  
Programme de médiation sanitaire auprès des Roms sur la santé materno-infantile.*

*Emilie Bissette, ADECA 75  
« Flandre Rose », promotion du dépistage organisé du cancer du sein dans un quartier du  
19e arrondissement de Paris.*

*Christel Evrard-Garcia, Carmi-Est Lorraine  
« Je t'aime mon cœur », programme régional de réduction des risques cardio-vasculaires,  
Lorraine.*

#### Les animateurs :

*Linda Cambon, SFSP*

*Marion Boucher-Le bras, IREPS de Haute Normandie.*

#### Les rapporteurs :

*Linda Cambon, SFSP*

*Lorraine Maffeis, SFSP*

### Questionnements du groupe

Ces questions ont été travaillées en deux temps :

- « Comment faire pour combiner ces stratégies ? » c'est-à-dire, quel est l'intérêt ? Dans quel contexte ? Qu'est-ce qui est facilitant ? Quels sont les critères de faisabilité pour avoir ces approches combinées des stratégies ? Etc.
- Comment peut-on travailler dans les différentes institutions ? Auprès de qui peut-on faire la promotion de cette intersectorialité ? Quels sont, alors, les arguments apportés ou les modalités de plaidoyer ?



## Recommandations

Comment faire, avec qui pour combiner les stratégies d'intervention ?

**1/ Co-construire en intersectorialité** (décideurs, professionnels, usagers) pour obtenir un consensus d'intérêt.

**2/ Mettre en place une phase de préparation longue, intégrée et valorisée** garante également d'un consensus d'intérêt entre professionnels. Il s'agit de réaliser une revue de la littérature scientifique ; d'identifier les forces et faiblesses du territoire (dispositifs, offres de service, orientations politiques locales), d'identifier les limites et complémentarité des acteurs.

**3/ Avoir une méthodologie rigoureuse**, c'est-à-dire bien identifier les différentes phases du projet afin de définir les rôles de chacun et l'engagement des institutions (manière de responsabiliser les différents acteurs du projet notamment les financeurs). Il s'agit également de réaliser un suivi, une évaluation.

**Cette combinaison de stratégies permet une montée en compétences communes et une adaptation aux évolutions du contexte, un ajustement et un maintien de l'action malgré les évolutions politiques du contexte et les évolutions institutionnelles.**

**4/ S'inscrire dans les fonctions et dispositifs existants** en termes de faisabilité et de pérennisation, en agissant sur les complémentarités garanties par la co-construction.

**5/ Disposer d'une volonté politique forte, partagée**, en phase avec les enjeux sociétaux partagés.

Les programmes et les projets intersectoriels sont extrêmement complexes à penser, à mettre en œuvre et à faire durer. Le portage politique, l'intégration dans les dispositifs existants sont deux conditions *sine qua non* à la réalisation de ce type de projet. Quelque chose qui serait conçu hors sol, implanté ou dupliqué de manière sectorielle n'a vraisemblablement aucune chance d'imprégner les pratiques et donc d'intégrer ensuite, en routine, les différentes institutions mobilisées. Au contraire, il y a un fort risque d'épuiser l'ensemble des acteurs et de ce fait de multiplier les situations de rejets pour des projets aussi complexes. Pour que le projet ou le programme puisse être utile au plaidoyer, la notion de portage et de phasage avec les enjeux sociétaux est très importante.

### *Parole d'acteurs :*

*« Pour apporter une nuance, concernant l'adéquation entre les acteurs et les enjeux sociétaux, nous avons pris l'exemple du travail réalisé sur la santé des populations Roms. Il existe une incohérence au niveau des politiques publiques à ce sujet. Certaines de ces politiques prônent l'expulsion des personnes et la politique de santé favorise l'accès aux droits, la couverture maladie et l'accès aux services de santé. Il y a donc un problème de coordination au niveau des politiques mais cela n'empêche pas un projet de fonctionner. Et ce programme de médiation sanitaire auprès des populations Roms en est un exemple. Ces incohérences constituent un frein considérable mais je pense qu'il est important de pouvoir mettre en cette réalité tout en ne baissant pas les bras. Un projet peut fonctionner malgré les difficultés.*

*Un des objectifs de ce projet est d'ailleurs de sensibiliser et de faire changer les pratiques des professionnels de santé face à ces populations ».*



L'intersectorialité sous-entend la prise en compte de nombreux enjeux sociétaux qui sont parfois concurrentiels les uns par rapport aux autres. Beaucoup de paramètres sont à prendre en compte quand on travaille sur des questions de santé, de sécurité et d'immigration (accès aux droits des publics sans papier par exemple) ce qui nécessite de les envisager très en amont. La phase préparatoire est donc indispensable et doit être intégrée par l'ensemble des parties prenantes, du décideur jusqu'à l'utilisateur. Elle favorise le consensus d'intérêt entre acteurs, l'efficacité et la durabilité de l'action.

### Qui et comment convaincre pour combiner les différentes stratégies d'intervention ?

**1/ Adapter le contenu et les arguments du plaidoyer** c'est-à-dire les items, les arguments à aborder. en fonction du ou des interlocuteurs :

- argumentaire-type « institution », avec des arguments rappelant leur obligation d'offrir un service public ;
- argumentaire-type « lanceur d'alerte », basé sur les risques encourus si on ne travaille pas sur les inégalités sociales de santé par exemple ;
- ou à l'inverse, argumentaire-type basé sur l'intérêt de s'investir...

Les éléments de l'action issus de l'évaluation ou les données probantes peuvent également constituer des items. L'idée est d'adapter les arguments (intérêt ou risque) en fonction des types de décideurs et de leur sensibilité. Tout ceci met en valeur l'intérêt de chacun à travailler sur ces questions et l'intérêt collectif des usagers.

**2/ Adapter les modalités de plaidoyer** en termes de temporalité, d'opportunités notamment par les médias, par l'intégration des pairs à tous les niveaux (professionnels à usagers), comme c'était le cas par exemple dans l'action « je t'aime mon cœur » avec la mobilisation des médecins adhérant au programme qui relaient l'information pour encourager leurs confrères à y adhérer.

**3/ Sensibiliser les décideurs, financeurs et acteurs et favoriser une culture commune** sur les enjeux et concepts de la promotion de la santé.

**4/ Inclure le plaidoyer dans le financement** de l'action, c'est-à-dire le valoriser financièrement.

**5/ Reconnaître la légitimité** des acteurs de proximité et interpeller les décideurs sur les points de vigilance (lanceurs d'alerte sur l'inefficacité, l'inefficience du système pour lutter contre les inégalités sociales de santé, etc.).



## QUI ET COMMENT CONVAINCRE ? COMMENT FAIRE ? AVEC QUI ?

### ATELIER 3 : POUR (FAIRE) INTEGRER LA QUESTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS SON PROPRE ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

#### Les intervenants :

*Bruno De Goër, RESPECTS 73, Centre hospitalier de Chambéry  
Formation croisée entre professionnels de santé et personnes en grandes difficultés sociales*

*Françoise Marchand-Buttin, Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse  
La PJJ, promotrice de santé*

*Stéphanie Dupart, Mutualité Française  
Réflexion sur la prise en compte des ISS dans le réseau des Unions régionales de la Mutualité française.*

#### Les animateurs :

*François-Paul Debionne, SFSP*

*Chantal Mannoni*

#### Les rapporteurs :

*Christine Ferron, IREPS Bretagne*

*Nadège Drouot, SFSP*

### Questionnements du groupe

Les questions ont été traitées en quatre temps :

- comment convaincre : dans un environnement proximal auprès des professionnels de terrain ? Auprès des institutionnels ? de façon concrète ? ;
- qui convaincre : les politiques ? Les acteurs de terrain ? Les partenaires ? ;
- comment agir : autour de la mobilisation institutionnelle ? En s'appuyant sur l'existant ? En termes d'universalisme proportionné ? Sur quoi s'appuyer ? ;
- comment convaincre les professionnels de la nécessité du partage de savoirs ? Des exemples ont été utilisés en appui des réflexions et une liste de mots-clés a pu être établie.



## Préalable issu des échanges

Pour arriver aux recommandations, les participants à l'atelier ont décrit des interventions en s'appuyant sur leurs expériences complémentaires et ont établi une liste de mots-clés. Deux mots-clés ont ainsi été retenus pour illustrer l'atelier : « **labourer** » et « **acculturer** », avec à la fois la volonté d'avoir une vision commune, un langage commun, des objectifs partagés tout en gardant une souplesse et une liberté d'intervention qui soit propre à chaque acteur. Les membres du groupe ont bien insisté sur ce socle commun, sur le partage, le savoir d'expériences.

Mais, à partir de là, comment convaincre les professionnels de la nécessité du partage des savoirs ? Cela interroge sur les postures et également sur les représentations des professionnels par rapport au public concerné, avec la notion de confrontation formatrice.

La liste des mots-clés pour répondre à ces questions est assez longue : **la participation** qui est un levier avec également en miroir le soupçon de disqualification de la participation des publics concernés de la part de certaines institutions ; **le travail en réseau** ; **l'Ethique avec un grand E** ; **la publication** ; **la communication interne et externe...**

Logiquement, s'interroger sur ces questions revient à questionner ses pratiques, sa capacité de créer et de transformer aussi toutes ses activités en approche positive, bienveillante, avec des valeurs intégratrices que représentent aussi la promotion de la santé. Pour motiver, il faut « parler positif », il faut comprendre pour pouvoir mieux agir, il faut s'ouvrir aux autres secteurs qui ne sont pas du champ de la santé. Donc, se décroiser, décroiser les métiers, les services et les secteurs. D'où la notion **d'interdisciplinarité**.

Par ailleurs, de nombreux professionnels pensent déjà agir sur les inégalités sociales de santé dans leur quotidien mais de quelle manière ? Il peut y avoir des représentations différentes dans la conception de l'action sur les inégalités sociales de santé. Cela nécessite le renforcement des compétences en interne, y compris au sein d'une même structure, d'une même institution. Il est nécessaire de s'appuyer sur les acteurs qui sont d'accord pour faire bouger les lignes et de repérer ceux qui sont prêts à avancer sur cette question (notion d'acteurs moteurs et de logique partenariale). La notion d'universalisme proportionné a également été intégrée à ce mode d'action, c'est-à-dire proportionner notre propre degré de conviction pour appliquer, ou en tout cas, essayer de convaincre selon les différents paliers et les différents niveaux ; et par conséquent, travailler la question des alliances. Comment gérer les injonctions dans un cadre qui est souvent contraint ? Comment faire comprendre que chacun contribue à son échelle ? Nous disposons d'experts des inégalités sociales de santé, de mathématiciens des inégalités sociales de santé pour trouver les bonnes combinaisons de l'équation pour réduire la pente. Mais l'équation peut finalement être simplifiée si chacun peut agir aussi à son niveau de la pente pour tenter de ne pas les accroître.

L'interrogation a porté aussi sur la limite de nos interventions : quel est notre travail ? Jusqu'où est-on habilité à aller ? Souvent, cela repose sur la motivation, la persévérance des salariés, des bénévoles qui sont impliqués dans les actions. Cette façon de fonctionner peut être dans « l'ADN » des uns et des autres. Cela a suscité la question suivante : **sommes-nous des militants professionnels ou des professionnels militants ?**

Cela repose aussi sur l'idée forte que les inégalités de santé étant socialement construites, elles peuvent aussi être déconstruites, sur l'illustration par des exemples concrets, la valorisation des données existantes.

Mais « labourer » prend du temps et la question de la temporalité représente un frein.



Cependant, ce travail peut assez naturellement s'inscrire dans une démarche qualité : Comment mieux faire, mieux travailler y compris dans nos propres organisations ?

Il faut intégrer également l'idée de la complémentarité des outils, « on peut savoir utiliser une perceuse, un marteau, un tournevis qui n'ont pas forcément les mêmes fonctions, les mêmes utilisations mais le tout combiné peut amener à la construction d'un bel objet ».

Enfin, la question de la légitimité à agir sur les différents leviers a été soulevée, avec cette notion d'effets pervers des objectifs mesurables. Il s'agit de la question des objectifs intermédiaires tels que posés dans les recommandations de l'atelier.

*Parole d'acteurs :*

*« Bien sûr, on peut mettre tout le monde dans le même train, que ce soit la locomotive qui le conduise, l'ensemble des wagons à une vitesse TGV mais il y a un risque de déraillement des wagons suivants, voire du dernier surtout. Tout ça pose la question de l'acceptabilité sociale et in fine, à l'élaboration des recommandations telles que nous vous les proposons ici ».*

## Recommandations

### Comment convaincre ?

- Dans un environnement proximal auprès des professionnels de terrain

**1/ Partir de là où en sont les acteurs**, de ce qu'ils font et finalement, aller chercher dans ce qu'ils font, ce qui relève de la réduction des inégalités sociales de santé. Il est important de partir de leurs réalisations actuelles et d'encourager, de développer l'action sur le gradient social à l'intérieur de ce qui est déjà réalisé.

**2/ Travailler sur les représentations et les postures professionnelles** des acteurs à la fois sur le fond et sur la forme : les inégalités sociales de santé, les déterminants, l'action sur le gradient social, mais aussi travailler avec eux leur rapport à la population et l'intérêt de la mobiliser dans ce cadre-là.

- Pour les institutions

Les institutions évoquées sont les ARS, l'assurance maladie, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), l'hôpital, les collectivités, mais aussi les institutions qui sont en dehors du champ de la santé, comme l'éducation, le social.

**1/ Travailler à partir des valeurs et missions fondamentales** des institutions, de ce qui fait sens dans leurs actions.

**2/ Favoriser l'ouverture** de ces institutions **sur** un regard extérieur et **par** un regard extérieur en faisant intervenir auprès d'elles des associations, des représentants de la population, des experts, etc.

**3/ Traduire l'action sur le gradient social et la réduction des inégalités sociales de santé** en objectifs intermédiaires de travail pour les institutions, de façon à les amener à rendre des comptes sur ces objectifs et à rendre possible la valorisation des activités correspondantes en étant attentifs à ce que cela n'entraîne pas une formalisation trop rigide



des choses. Donc, attention : fixer des objectifs, oui, mais sans aseptisation et sans restreindre la créativité.

### S'appuyer sur des exemples et des actions concrètes

Il faut donner des exemples très concrets pour montrer qu'il est possible d'agir. Partir du principe que les inégalités sociales de santé étant socialement construites, elles peuvent aussi être déconstruites. Développer le pouvoir d'agir de ces acteurs, par exemple, en mettant à disposition des kits de connaissances, clairs, accessibles, appropriables sur ces questions.

Par ailleurs, lutter contre les inégalités peut être perçu comme quelque chose d'assez négatif, il peut être opportun d'amener un projet à tonalité positive, qui valorise la qualité de ce qui est déjà fait, qui accompagne une démarche qualité, qui soit intégrateur et qui rassemble les acteurs autour d'un intérêt et d'un objectif communs. Faire valoir qu'en travaillant mieux, en étant mieux, les acteurs, les institutions peuvent aussi mieux s'investir.

Et pourquoi pas, commencer par organiser des évènementiels, au sens très large : des formations, des séminaires, des colloques, ou partir d'un projet particulièrement mobilisateur. Et surtout, être attentifs à la communication interne et externe sur ces évènements, de façon à mobiliser au maximum.

### Qui convaincre ?

- **les politiques** : l'inscription dans la loi pourrait être une étape importante. Convaincre finalement les personnes susceptibles d'être porteuses, motrices, d'être nos alliées, y compris dans une logique intersectorielle (notion de « leader d'opinion ») ;
- **les acteurs de terrain** qui peuvent être des expérimentateurs d'interventions ;
- **les partenaires** : s'inscrire dans des logiques de partenariat, d'alliance, de partage des ressources intégrant aussi le monde de la recherche autour de ces questions.

#### *Parole d'acteur :*

*« On s'est dit aussi, finalement, de ne pas perdre trop d'énergie pour convaincre ceux qui sont déjà convaincus ou dont on sait que de toutes façons, ils ne le seront jamais. Donc, allons vers là où il y a déjà un frémissement, quelque chose qui peut partir de là ».*

### Comment agir ?

- *Premier axe* : la mobilisation et le soutien institutionnels

**1/ Inscrire la réduction des inégalités de santé dans les orientations des politiques de santé** et, à terme les orientations des autres politiques, sous l'angle des inégalités et non plus forcément des inégalités de santé. Les autres politiques ne sont pas forcément concernées au même niveau. Il est important qu'il y ait une affirmation forte de cet objectif global de réduction des inégalités sociales de santé au sein des institutions.

**2/ Travailler des objectifs intermédiaires qui soient clairs et explicites.** Par exemple, à partir d'un outil comme l'outil de catégorisation des résultats qui permet précisément cela.





**3/ Soutenir la capacité d'interrogation sur les pratiques** : mettre en place des espaces d'échanges, de transfert de connaissances.

**4/ Susciter des interrogations éthiques** sur les actions des institutions ou des retours d'expériences. Finalement, à ce niveau, saisir les opportunités ou les provoquer.

*Paroles d'acteurs :*

*« Intégrer cette question des inégalités sociales de santé peut être une opportunité, mais il faut mesurer les conséquences possibles en termes de fonctionnement et d'organisation des institutions. De mon point de vue, de ce que je connais, selon l'organisation de chacun, cela peut avoir un risque, peut-être relativement contreproductif. Donc, je pense qu'il faudrait creuser la question des impacts sur ces fonctionnements et ces organisations institutionnelles ».*

*« Cela pose la question : comment on explicite ou pas cette politique ? Qui est garant de la mise en œuvre de cette politique et comment ça interpelle les organisations ? »*

*« Je pense qu'il y a un exemple parlant : notre organisation en tuyaux d'orgue ne permet pas de discuter ensemble des projets et d'en approcher par différentes facettes et différentes compétences, sa globalité. Le côté morcelé de l'organisation des services ne permet pas d'avoir une vision globale et intégrée et de se poser ensemble la question de : comment faire mieux et comment compléter, éventuellement, ce qui se fait aujourd'hui, à la lumière des inégalités de santé ? Et de pouvoir partager : c'est quoi les inégalités de santé ? Qu'en a-t-on comme représentations ? C'est fondamental ».*

*« Il n'y a pas que la pratique [professionnelle] telle qu'on la voit, il faut s'interroger sur comment le système, l'organisation, l'institution ont été organisés pour mettre en place, pour faire ».*

*« Si on n'y réfléchit pas, je pense qu'on peut être en plus grande difficulté pour le réaliser dans certaines situations. Il est réellement important d'envisager ces conséquences liées à l'évolution du fonctionnement interne ».*

- Deuxième axe plus ascendant : l'action concrète

**1/ Partir du terrain, se nourrir du terrain**, s'appuyer sur une certaine souplesse, une certaine porosité des interventions mais aussi laisser aux acteurs un temps d'appropriation de ces notions, de façon à leur laisser le temps de développer un pouvoir d'agir et le temps de l'action.

**2/ Evoquer l'éthique de l'action** dans ce cadre et là encore, saisir les opportunités et les provoquer au niveau du terrain.

**3/ Pouvoir sécuriser, protéger l'acquis, s'inscrire dans la durée.**

**4/ Soutenir la recherche** sous la forme de recherche action, de recherche interventionnelle. La recherche interventionnelle en Pays de Redon ou ce qui se fait en termes d'évaluation au sein de l'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS) ont été évoqués.

**5/ « Communiquer » comme un moyen d'agir.**



## Comment agir aussi en termes d'universalisme proportionné ?

**1/ Travailler explicitement sur les inégalités de santé** en rappelant que chacun peut le faire à son niveau, des actions peuvent être développées sur toutes les parties du gradient social.

**2/ Combiner un portage national, régional et local**, voire associatif en identifiant des référents.

**3/ Se rappeler qu'agir avec les publics les plus défavorisés, peut permettre d'améliorer la situation de tous**, comme l'accessibilité en termes de handicap qui, finalement, bénéficie à tous.

**4/ Être complémentaire en termes d'approches universelles et d'approches ciblées** dans le cadre d'une inscription dans la durée avec des modalités d'intervention appropriées. L'exemple du plan national « nutrition santé » a été cité, comme un exemple à la fois positif en termes d'universalisme et un peu moins positif pour ce qui est du ciblage.

**5/ Faire progresser l'acceptabilité sociale** de cette approche et **intégrer l'approche globale de promotion de la santé** dans les approches thématiques.

## Sur quoi s'appuyer ?

1/ Sur une **légitimité scientifique, politique, professionnelle et expérientielle**. Il a été dit dans le groupe que l'action sur le gradient social, l'universalisme proportionné s'appuie sur des preuves solides. Il s'agit d'un modèle de pensée qui peut être incarné dans des actions ;

2/ Sur la **mise à disposition de référentiels ou d'outils** pour avancer efficacement dans l'action et pour contribuer à un langage commun. Ont été cités : la charte d'Ottawa, l'outil de catégorisation des résultats, la Lentille ISS, PREFFI 2.0 avec la condition qu'il existe une latitude d'utilisation et d'adaptation par les acteurs ;

3/ Sur les **outils utilisés dans d'autres secteurs** en se les appropriant ;

4/ Sur des **expériences de co-formation** entre professionnels et représentants de la population ;

5/ Sur des **formations interprofessionnelles** ;

6/ Sur des **éléments de structuration ou d'obligation institutionnelles** comme : la démarche qualité, les évaluations internes ou la certification, qui peuvent aussi être des incitatifs puissants pour s'investir dans ce type de démarche.

### *Parole d'acteur :*

*« Tout ce que vous avez dit est très intéressant et se rapproche de ce que j'appellerais l'approche partenariale au Québec. Vous avez décrit un nouveau rôle des acteurs de santé publique. Il y a une évolution, finalement, du métier de santé publique, qui ne devient pas un spécialiste mais un spécialiste en devenir de l'intersectoriel, un spécialiste en devenir d'approche positive et intégratrice. Il y a un enjeu là-dessous mais je ne sais pas comment le mettre dans une recommandation. J'y vois une évolution des métiers de santé publique ».*



## QUI ET COMMENT CONVAINCRE ? COMMENT FAIRE ? AVEC QUI ?

### ATELIER 4 : POUR FAVORISER L'IMPLICATION ET LA PARTICIPATION DES PUBLICS CONCERNES ?

#### Les intervenants :

Jacqueline Ventura, Hôpital Avicenne, Bobigny  
« La maison source », espace d'accueil et d'accompagnement pour les patients migrants séropositifs VIH

Alexandre Daguzan, APHM, Marseille  
« La santé à Saint-Mauront Belle de Mai : on s'y met tous ! », programme expérimental de promotion de la santé dans deux quartiers

Olivier Aromatario, Carmi-Est, Moselle  
« Volets ouverts », action participative de lutte contre l'isolement des personnes âgées dans un quartier de Woippy

#### Eric Le Grand

Education pour la santé par les pairs : la participation des jeunes comme levier de réduction des inégalités sociales de santé.

#### Les animateurs :

Martine Bantuelle, Educa Santé, Sacopar, Belgique

Hélène Vandewalle, Institut National du Cancer

#### Les rapporteurs :

Christophe Debeugny, Institut Renaudot

Béatrice Van Oost, Centre d'examen de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Rhône

### Questionnements du groupe

Le groupe est parti de la question :

- « Comment favoriser l'implication et la participation des publics concernés ? ». Les quatre présentations ont alimenté un débat très participatif aboutissant à une série de recommandations de trois types : **développer le plaidoyer**, ensuite, **les moyens, les méthodes, les conditions de faisabilité de ces démarches participatives** et enfin **l'évaluation**.



## Recommandations

### Comment développer le plaidoyer ?

Il s'agit pour tous les acteurs voulant renforcer la démarche participative, de disposer d'un outil commun de plaidoyer qui se situe à deux niveaux. L'un, au niveau des décideurs, des institutions, dans le cadre de l'élaboration, la mise en œuvre et l'évolution des politiques publiques. L'autre, destiné aux acteurs, tous ceux que l'on désigne comme les citoyens, les habitants, les usagers, les professionnels, les associations et, bien sûr, les élus.

Ce plaidoyer doit pouvoir développer deux notions-clés :

- **la santé globale, sur les déterminants sociaux, environnementaux de la santé.** Ce point est très important car trop souvent, la santé est réduite au niveau des soins ;
- **quelle définition donner de la participation ?** Là aussi, cela varie d'une personne à l'autre, sachant qu'il y a des degrés divers. Il ne s'agit pas forcément d'arriver tout de suite au degré ultime de la participation mais d'être plus dans une démarche, un processus. Et, quels sont les enjeux ? Mais aussi, quelles sont les limites ?

Ce plaidoyer doit aussi pouvoir s'appuyer sur la présentation de méthodes et de pratiques probantes. Il est donc, une fois de plus, important pour les acteurs de ne pas s'épuiser systématiquement à essayer de convaincre chacun de son côté de la pertinence de la démarche communautaire dans la promotion de la santé. Mais il faut que cela puisse rentrer comme un fait indispensable, incontournable. Ainsi pourront être développés nos énergies, nos savoir-faire, nos savoir-experts, collectivement, sur la question de la promotion de la santé elle-même.

Un indicateur de réussite du plaidoyer pourrait être défini comme l'intégration durable de la démarche participative, comme principe incontournable de l'élaboration des politiques, des programmes et des actions.

#### *Paroles d'acteurs :*

*« Toute action de lutte contre les inégalités devait s'appuyer sur cette participation des publics. La réflexion au sein du groupe s'est donc davantage tournée vers la mobilisation de la participation, les conditions d'expression de la participation, que sur le lien entre les inégalités et cette participation puisque c'était, de fait, un postulat, au démarrage ».*

*« C'était très fort de mettre la démarche participative comme condition à toute action. C'est vraiment quelque chose de très puissant. C'était le message que l'on voulait faire passer ».*

*« Je voulais revenir à la question de lier inégalités de santé et participation. C'est important d'inclure des stratégies particulières pour associer vraiment les publics et les faire participer vraiment à la définition d'un certain nombre de choses, mais quelle stratégie particulière est développée pour inclure ceux que l'on ne voit jamais ? C'est peut-être ça, le lien qu'il faut creuser pour aller plus loin dans la question de la participation puisque l'on sait que la participation des publics est un déterminant d'inclusion ou de lutte contre les exclusions ».*



## Les conditions favorables à la mise en œuvre de démarches participatives

**1/ Développer des espaces d'interventions multiples** pour aller vers... pour rencontrer, et pour recevoir, c'est-à-dire, toujours ascendant et descendant. Des espaces qui peuvent être intérieurs mais aussi extérieurs. Intérieurs : c'est-à-dire dans des institutions mais cela peut aussi être « à la rencontre de », y compris au domicile.

**2/ Développer des compétences individuelles mais aussi collectives.** C'est la rencontre de ces compétences, la construction et la valorisation de ces compétences qui va permettre de développer des conditions favorables.

**3/ Développer également une formation de tous les acteurs**, y compris la formation par les pairs, si on parle de travail participatif avec les pairs. La formation des pairs pour pouvoir communiquer avec des jeunes, et disposer de connaissances pour être en sécurité et à l'aise aussi dans la relation. Pour ce faire, il faut assurer un accompagnement. Dans toutes les expériences menées, s'il n'y a pas d'accompagnement, il y a un risque de perte, voire d'abandon.

**4/ Connaître, valoriser et renforcer les ressources** locales, individuelles, collectives et partenariales. Cette connaissance du territoire et des moyens est essentielle. Il faut donc intégrer à chaque fois les partenaires, les ressources que l'on rencontre et intégrer la valorisation des actions que l'on mène, avec, en particulier, une communication qui apporte aussi de la reconnaissance à chacun. Cette dernière implique de conditionner les financements à la mise en œuvre d'une démarche participative. Cela n'implique pas forcément de mobiliser de nouveaux financements mais de mobiliser les financements existants pour développer cette co-construction et en dédier à la démarche communautaire et à la recherche.

### *Paroles d'acteur :*

*« Jusqu'où on va sur la question des inégalités sociales et territoriales de santé. Je pense que c'est un sujet très compliqué. Pour faire beaucoup de formations auprès des professionnels, quand on parle de la question d'inégalités sociales et qu'on évoque ce différentiel d'espérance de vie : 1/ beaucoup de professionnels sont encore au stade de la découverte et de l'étonnement, 2/ ils le vivent comme une violence. C'est-à-dire qu'ils ne voient pas comment dire aux populations, comment travailler à la conscientisation avec des données aussi brutales. Et je pense que si elles sont aussi brutales c'est qu'il nous manque dans la communication scientifique, la capacité — mais parce que tout simplement, en termes scientifiques, nous n'avons pas encore les moyens de le traduire pour que ce soit accessible ».*

## Comment évaluer ?

Il est fortement recommandé de déterminer des indicateurs pertinents. Ce peut être, par exemple, sur les facteurs psychosociaux. Sur les démarches communautaires, participatives, ont été évoquées dans l'atelier l'estime de soi, la capacité à se renforcer, à pouvoir se sentir à l'aise, acteur, etc. Ce pourrait être aussi un objectif et l'on pourrait être sur une logique d'essayer d'évaluer en quoi nous avons pu renforcer les aspects psychosociaux des acteurs concernés, sans écarter la nécessité d'être dans une démarche d'évaluation de résultats.

### *Paroles d'acteurs :*

*Je veux poser la question sur la conscience critique dans le sens où l'utilisait Paulo Freire ; c'est-à-dire la conscientisation des publics eux-mêmes de ce qui est en train de se faire, par exemple, le public des missions locales avec lesquelles il y a des actions de santé. Est-ce que dans ces actions de santé, on rend compte de la différence d'espérance de vie pour ces jeunes-là et pour un cadre ? Dans ce*



*processus de conscientisation critique de cette notion de Paulo Freire, le plaidoyer vient des publics eux-mêmes, mais, parce qu'ils prennent conscience, non seulement de leurs difficultés d'accès aux soins, par exemple, mais surtout de ce qui conditionne la réalité en dehors des questions subjectives. Parce que souvent, les publics vont avoir une vision qui est un peu courte et nous, en tant que professionnels, nous pouvons aider les publics à mieux comprendre les déterminants des difficultés auxquelles ils sont confrontés ».*



# Quelles recommandations pour contribuer au plaidoyer et agir en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé ?

## Réflexion à partir de nos expériences

*La réduction des inégalités de santé passe par des changements politiques et sociétaux importants. Pour contribuer à ces changements, la stratégie du plaidoyer apparaît comme une piste. Mais cela nécessite une organisation, un positionnement, des moyens particuliers. Jean-Marie Fardeau, à travers une analyse des échanges dans le cadre du séminaire, nous propose quelques rappels sémantiques et quelques points de repère pour baliser une route encore longue vers le développement de véritables plaidoyers sur la question des inégalités sociales de santé.*

*Jean-Marie Fardeau  
Human rights Watch*

### UN PEU D'HISTOIRE POUR CONTEXTUALISER

Le défi est assez difficile à relever pour quelqu'un qui n'est pas un professionnel de votre secteur de la santé publique et donc, je m'abstiendrai, bien sûr, de rentrer sur le fond de vos métiers respectifs et sur la complexité des réseaux institutionnels dans lesquels vous êtes engagés.

Je vais plutôt travailler avec vous sur ce que j'ai entendu dans tout ce que vous avez dit et comment cela résonne par rapport à mon expérience en termes de plaidoyer.

Ce n'est pas une démarche facile de vouloir prendre de la distance par rapport à sa propre pratique et voir quelles sont les limites et les forces de ses différentes actions : pourquoi les actions ont-elles réussi ? Comment les différents acteurs ont-ils réagi ? Comment ont-ils interagi les uns avec les autres ? Quelles sont finalement les difficultés que vous avez pu rencontrer, soit pour réussir ces actions, soit pour transformer ces actions en politiques publiques (locales, régionales, nationales) ? Bien sûr, les défis sont beaucoup plus élevés quand on veut en faire une politique nationale que quand on veut en faire une politique au niveau local.

Le mot « plaidoyer » sonne très fort en moi parce que j'ai la modeste ambition d'avoir fait partie de ceux qui ont introduit ce mot en France dans les années 1980. Merci à nos amis québécois d'avoir, avant tout le monde, traduit le mot « advocacy » par « plaidoyer, plaider



une cause » utilisé depuis des décennies par nos amis anglo-saxons, américains, britanniques et au-delà.

Un terme qui vient du milieu juridique, des avocats, mais que des secteurs très différents, notamment le vôtre, se sont appropriés. C'est la preuve de la pertinence de ce mot et de cette approche.

On l'avait lancé en France dans le domaine de la solidarité Nord-Sud, au moment de créer une association en 1986-88, qu'on a appelée à l'époque : « Agir ici pour un monde solidaire », qui est devenue « Oxfam France », il y a quelques années. Le but était de faire pression sur les autorités françaises pour que la politique française en direction des pays africains, latino-américains et asiatiques, soit la plus favorable possible au développement de ces pays.

De par mes expériences professionnelles, j'ai une vision du plaidoyer très particulière, que j'ai essayé de mettre en place depuis trente ans dans les associations françaises de solidarité internationale. Elle est différente de votre approche du plaidoyer si j'ai bien écouté vos quatre restitutions d'ateliers.

Avant de créer « Agir ici pour un monde solidaire » en 1988, j'avais animé la campagne contre le rallye Paris-Dakar, intitulée « Pa'dak » (Pas d'accord avec le Paris-Dakar). J'avais 25 ans et c'est là que j'ai appris à faire du plaidoyer, avec peu de moyens, des idées simples et un argument fort - ce rallye n'a rien à faire en Afrique- face à des gens qui avaient des moyens considérables, qui s'appelaient Peugeot, qui s'appelaient BMW, qui s'appelaient TOTAL, qui s'appelaient la télévision française, etc.

Malgré ça, nous avons réussi à les déstabiliser un peu, à être le grain de sable qui faisait un peu dérailler la machine au moment où celle-ci paraissait fort bien huilée.

Après cela, j'ai mené une expérience de plaidoyer dans les années 1990, au sein du Comité Catholique contre la Faim et pour le Développement (CCFD), en lien avec des associations de solidarité internationale en France, mais également en Allemagne, aux Etats-Unis, au Canada, au Brésil, en Afrique, pour demander l'annulation de la dette des pays africains. Une annulation qui était présentée en 1995 comme étant tout à fait insupportable, impossible, qui risquait de faire craquer le système bancaire international. Nous avons réussi à mobiliser les églises, le Pape, tous les cardinaux, tous les évêques et 25 millions de signatures destinées aux dirigeants du Fonds Monétaire International. Subitement, le sujet de la dette des pays dits « très pauvres, très endettés » est devenu le sujet numéro 1 à l'ordre du jour des réunions du groupe du G7 qui considérait que cet objectif d'annulation était tout à fait souhaitable alors que cinq ans plus tôt, ils le jugeaient être une ineptie économique et financière.

Aujourd'hui, je travaille pour « *Human Rights Watch* » dont l'unique objectif est de faire changer les situations dans le monde dans lesquelles sont violés des droits de l'Homme.

D'abord, nous le faisons en menant des enquêtes sur les violations des droits de l'Homme dans une centaine de pays sur des thèmes aussi variés que les droits des femmes, droits des réfugiés, droits des enfants, droits des minorités sexuelles, droits des personnes handicapées, etc. Nous avons actuellement une centaine d'enquêteurs professionnels, qui vont sur le terrain pour recueillir des témoignages. A partir de ces derniers, on rédige ce qu'on estime être un récit crédible d'une situation de violation des droits pour lesquels les acteurs principaux, en l'occurrence, les Etats, parfois des groupes rebelles, parfois des entreprises, auraient des capacités pour faire changer la situation.





Ensuite, nous nous engageons à ce que ces informations leur parviennent *via* les médias. Nous menons un très gros travail de relations avec ces derniers pour les utiliser comme caisse de résonance parce que l'on sait que les décideurs sont d'abord très sensibles à l'image que les médias renvoient d'eux.

Enfin, nous exerçons une action de lobbying auprès des décideurs afin que les recommandations que nous faisons dans nos rapports soient prises en compte. Le but de notre organisation est de faire ainsi passer la situation individuelle concrète de violation à une décision politique, parfois très compliquée, parfois coûteuse politiquement pour ceux qui la prennent. Voilà pour situer le contexte de mes propos.

## ORIGINE DU PLAIDOYER

Je ne sais pas si vous avez fait un travail sémantique sur le mot « plaidoyer ». J'ai compris que le plaidoyer, pour vous, c'est beaucoup de choses. Cela couvre un champ considérable, depuis la sensibilisation de l'habitant de la cité HLM qui n'a pas bien saisi à quel point il pourrait se mobiliser pour être moins sujet à des inégalités sociales de santé, jusqu'au Président de la République qu'il faut absolument motiver et mobiliser sur ce sujet. Ce qui fait quand même un arc assez large de personnes à convaincre ! En passant par les députés, les conseillers généraux, le maire, les conseillers municipaux, les associations locales.

Il n'y a pas de définition officielle du plaidoyer, je ne sais pas ce que dit le Larousse sur le sujet, et je sais bien que quand je vais à « Action contre la faim », quand je vais à « Handicap international », quand je vais à « Médecins Sans Frontières », je n'entends pas la même définition.

Le plaidoyer est exactement la traduction de « *advocacy* », *advocacy*-avocat, avocat-plaider, plaider-plaidoyer, et selon moi, c'est la somme du « *lobbying* » et du « *campaigning* », deux mots qui en revanche n'ont pas été traduits.

### Le lobbying en France

Quand nous avons commencé en 1988 avec « Agir ici », le mot lobbying était un gros mot en France. C'était les dessous de table, les réseaux affairistes, les entreprises, ce n'était certainement pas les citoyens qui étaient capables de faire du lobbying. Les associations auxquelles je participais déjà, étaient extrêmement réticentes à s'engager dans cette démarche, estimant que ce n'était pas leur mandat, leur responsabilité et que ce serait mal compris par leur base sociale, leurs donateurs, leurs militants qui verraient d'un mauvais œil l'intervention de leur association favorite dans le champ politique.

Pour dépasser ce mot de lobbying qui était très mal placé, le mot plaidoyer a été très rapidement adopté, considérant qu'il était beaucoup plus acceptable et beaucoup plus recevable par nos différents interlocuteurs. C'est là où va commencer la première mise en parallèle avec votre approche et les discours que vous avez tenus depuis tout à l'heure.

Le lobbying, c'est clair, c'est la relation directe avec le décideur. Le décideur a une responsabilité électorale, choisi par le peuple ou choisi par le Conseil d'administration de l'entreprise ou encore élu, éventuellement, nommé, au sein de la tête d'une institution. Il y a les décideurs finaux qui vont prendre vraiment la décision et vous avez les décideurs intermédiaires, ceux qu'il faut convaincre pour convaincre le décideur final.



Le lobbying, c'est la relation directe avec les décideurs et ceux qui peuvent les influencer sur une cause précise.

Pour arriver à faire du lobbying, on n'a pas forcément besoin d'autre chose que du lobbying. Et vous savez à quel point on dénonce régulièrement, dans les médias, les fameux cabinets de lobbying qui, sans aucune légitimité démocratique, sans aucune base sociale, exercent leur influence, de manière opaque, auprès des décideurs, comme les industries du tabac qui fournissent des amendements tous faits aux députés. C'est du lobbying, il n'y a pas de sensibilisation de l'opinion publique, il n'y a pas de mobilisation militante, il n'y a pas de pétition. C'est simplement discret, au service d'intérêts qui ne sont pas forcément illégitimes. On peut donc faire du plaidoyer simplement avec du lobbying.

Mais parfois, on a besoin de campaigning, c'est-à-dire que l'on a besoin de mobiliser les citoyens, les professionnels, les médias au service de cette cause pour que le lobbying soit efficace. Parce que votre légitimité ou votre représentativité n'est pas suffisamment forte pour convaincre seul le décideur, vous avez besoin d'un mouvement d'opinion, d'une caisse de résonance dans les médias, d'un secteur professionnel qui se mobilise, pour arriver à convaincre, ensuite, les décideurs.

Le lobbying et le campaigning sont partout.

### Le campaigning en France

En France, nous sommes les spécialistes du campaigning. Le monde entier nous admire par notre capacité à manifester. Pas plus tard que dimanche dernier, des professionnels proches de votre secteur étaient dans la rue. C'est ce qu'on appelle du campaigning, la manifestation dans la rue avec la pétition, c'est le B.A. BA du campaigning.

Le campaigning, après, c'est la campagne sur Twitter, la manifestation symbolique de quelques personnes qui vont faire quelque chose de qui sera visible par les médias et qui, ainsi, interpellera les décideurs.

Donc, le lobbying est partout et vous ouvrez le journal, chaque page, chaque article est le résultat de rapports de force entre groupes de pression qui ont, les uns demandé à ce que la médecine soit plus libérale, d'autres moins libérale. La décision publique est bien sûr la résultante de convictions personnelles des décideurs politiques, mais aussi de tous ces rapports de force qui s'exercent sur ces décideurs politiques et dans une moindre mesure, les entreprises, mais ce n'est pas le sujet d'aujourd'hui.

### QU'EST-CE QU'UN BON LOBBYING ?

La définition, que j'ai vue dans un livre sur le lobbying au niveau européen, est simple : « le bon dossier, au bon moment, sur le bon bureau ». C'est simple mais c'est très difficile à faire.

**Le bon dossier :** Il faut avoir le bon dossier et vous avez dit vous-mêmes tout à l'heure à quel point il y a des débats sur : est-ce que vous avez les bonnes informations, les bonnes données ? Est-ce qu'elles sont accessibles ? Est-ce que vous êtes sûr de vous lorsque vous affirmez que telle situation est liée à des inégalités sociales de santé ? Ou peut-être y a-t-il d'autres facteurs qui interviennent ? C'est très compliqué d'être sûr de soi quand on va



mettre un dossier sur la table du décideur pour lui dire : « je vous garantis à 100% que nos hypothèses de travail sont bonnes, que notre méthodologie est parfaite et que les recommandations que nous faisons sont les meilleures ». Il faut être assez sûr de soi, quand même !

**Le bon moment :** Quel timing ? Faut-il attendre que le sujet sur lequel on veut faire pression soit dans « l'air du temps » ou bien peut-on être plus volontariste et chercher à imposer nos idées parce que nous estimons qu'il y a urgence et que l'on ne va pas attendre que nos décideurs soient sensibilisés par un « air du temps » qui les pousserait à agir ?

**Le bon bureau :** Savez-vous qui sont les vrais décideurs sur les dossiers sur lesquels vous travaillez que ce soit au niveau local, régional ou national ? Avez-vous la base de données des personnes qui sont en responsabilités, les gens qui les conseillent, qui sont influents sur eux ? C'est un travail considérable de repérage et de cartographie de tous les acteurs qui tournent autour de la décision publique. J'ai une petite base de données de 4500 noms, à Human Rights Watch, à Paris, simplement sur la politique étrangère française. Identifier tous les gens qui influencent la politique française en Tunisie, a nécessité sept ans de travail. Que ce soit sur la politique française aux Emirats Arabes Unis, en Russie, etc. je suis censé avoir la liste de tous les décideurs capables d'influencer M. Hollande et M. Fabius sur ces dossiers-là.

C'est bien sûr un travail permanent de vigilance et de veille.

## QU'EST-CE QU'UN BON CAMPAIGNING ?

Le bon campaigning est une bonne campagne en appui au lobbying, une bonne campagne citoyenne, une bonne campagne dans les médias et c'est une bonne mobilisation des acteurs, voire de la population. Vous avez beaucoup parlé des acteurs locaux, des associations locales, de la nécessaire appropriation par les usagers des objectifs que vous souhaitez atteindre dans vos différentes actions. La campagne citoyenne est celle qui va réussir à mobiliser tous ceux qui sont, *a priori* et après le travail de sensibilisation, favorables à votre action.

### Un bon travail dans les médias

*Human Rights Watch*, c'est 420 salariés dans le monde, nous sommes à peu près de la taille d'Amnesty International. Nous sommes les deux grandes associations généralistes. Notre fichier média à *Human Rights Watch*, c'est 600 000 journalistes du monde entier, repérés par langue et par sujet d'intérêt. Qui travaille au Japon sur la liberté sur Internet ? Qui suit la question des enfants-soldats en Birmanie ? Notre fichier nous permet de cibler tous les journalistes qui s'intéressent aux enfants soldats ou à la Birmanie, et ce, en anglais, en arabe, en français, en mandarin, en birman.

Là encore, ce sont des années de travail pour arriver à ce niveau de sophistication de l'intervention auprès des médias. Mais, que vous soyez membre d'une association ou représentant d'une institution, est-ce que les associations locales avec lesquelles vous êtes en lien ont simplement la liste des journalistes de leur région, qui sont susceptibles d'être leurs alliés pour faire passer des messages que vous pensez utiles à faire passer ? Je n'en suis pas certain.



Est-ce vous avez la liste des décideurs régionaux concernés par les sujets que vous traitez ? Je n'en suis pas certain. Est-ce vous avez surveillé si le député a changé de nom, si son suppléant a pris sa place ? Je n'en suis pas certain.

Et quand je vois où en sont les associations françaises de solidarité internationale, en termes de professionnalisation de leur plaidoyer, nous sommes bien loin du niveau atteint par nos amis québécois, belges, suisses, allemands... La France a beaucoup de retard dans ce domaine.

Mais je suis conscient que nous sommes dans une société où il est très difficile de faire bouger les choses. Dans mon domaine, ce n'est pas mieux que dans le vôtre : la diplomatie française a déjà trois cents ans, et l'intervention de la société civile pour la faire bouger est récente. Nous n'avons pas la partie facile, mais ce n'est pas pour autant qu'il ne faut pas rêver d'atteindre de grandes choses.

## QU'EST-CE QU'UN BON PLAIDOYER ?

Je termine sur la définition du plaidoyer et là encore, vous êtes tout à fait libres de refuser mon approche des choses mais je me suis longtemps battu au CCFD pour expliquer à tous nos animateurs, tous les salariés, que la sensibilisation du public est une étape nécessaire pour pouvoir faire ensuite du plaidoyer, mais ce n'est pas du plaidoyer.

Sensibiliser le public, c'est amener quelqu'un par un travail de formation, de communication vers lui, de rencontres, d'approches progressives et de conscientisation. A moins que ce soit fait dans un objectif ultime de changement d'une politique locale, régionale ou nationale, il s'agit d'abord de créer un réseau de citoyens qui soient conscients d'une situation, prêts à se mobiliser pour la faire changer et simplement en mesure d'analyser et de s'appropriier les thématiques complexes que vous portez. C'est un objectif en soi mais ce n'est pas encore, pour moi, l'étape du plaidoyer.

L'étape du plaidoyer, c'est la mise en mouvement des personnes sensibilisées pour qu'elles s'investissent dans une campagne, dans une action de mobilisation de l'opinion pour arriver à convaincre les décideurs d'agir dans tel ou tel sens.

C'est mon point de vue. Si vous, vous voulez dire que le plaidoyer est la moindre action de sensibilisation comme distribuer une petite brochure dans un quartier, vous avez tout à fait le droit. Mais parfois, « mal nommer les choses, c'est ajouter du malheur au monde » comme disait Camus. **Pour moi, le plaidoyer, c'est quand on vise à changer ou à accompagner, à renforcer, à soutenir mais aussi à changer des politiques publiques.**

### La liste des questions à se poser pour mener un bon plaidoyer :

1/ Quel est le problème à régler ?

2/ Quels sont les objectifs à atteindre ? Des objectifs simples, précis, mesurables, limités dans le temps. Le fameux SMART : « Specific, Mesurable, Achievable, Realistic et Timebound ». Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et limité dans le temps. Voilà déjà un critère.

3/ Quelles sont les cibles ? Je ne vais pas en parler par rapport à vous parce que je n'ai pas eu assez d'éléments mais je vois souvent des gens qui me disent : « on va taper sur le Quai



d'Orsay, l'Elysée... ». Ils donnent d'abord la cible et ensuite, ils se disent : « mais qu'est-ce qu'on va leur dire ? ». Non, on va d'abord savoir ce que l'on a envie de dire et ensuite, voir à qui il faut le dire. La cible n'est pas forcément les gens auxquels on avait pensé au départ. Après une étude, une cartographie on se rend compte que ce ne sont pas les bonnes cibles. Ce sont peut-être les députés, peut-être au niveau européen. Tout cela nécessite réflexion et discussions.

4/ Quelle stratégie mettre en œuvre ? C'est à la fois la stratégie de mobilisation du milieu associatif, les alliances qu'il va falloir créer parce que vous, vous avez la bonne idée, mais qui sont les autres acteurs qui l'ont également et comment les mettre en route avec vous dans cette démarche de plaidoyer ? Comment utiliser les médias ? Il faut garder à l'esprit que les médias ne sont pas une cible de plaidoyer. Ils sont *a priori* des alliés. Il y a des « bons médias », des « mauvais médias », favorables ou défavorables à ce que vous dites. Vous aurez beaucoup de mal à convaincre des médias défavorables. En revanche, nous avons la chance d'être dans un pays où il y a encore beaucoup de médias qui s'intéressent aux inégalités sociales de santé, qui s'intéressent à comment et pourquoi les espérances de vie sont si différentes entre les milieux sociaux, entre les lieux de vie, pourquoi l'éducation ou le logement sont des facteurs de dégradation de la situation de la santé pour certaines populations. Dans notre pays, il y a heureusement encore des journalistes, des médias qui s'intéressent à ces sujets. Il faut les repérer. Ce sont eux vos alliés. Ce ne sont pas des cibles de plaidoyer, ce sont les alliés de la stratégie.

Quelles informations réunir ? Vous semblez détenir une masse considérable de données scientifiques qui peuvent servir à crédibiliser votre information. C'est justement cela le but du plaidoyer : comment rendre disponibles des informations que nous avons, en tant qu'experts et professionnels, rapidement digestibles à des décideurs saturés d'informations qui auront besoin d'un *memo* précis, clair avec des données certaines.

5/ Quels moyens mobiliser et comment ? Chacun choisit les moyens. Des moyens d'abord financièrement accessibles. Le plaidoyer ne coûte pas forcément cher. Il est important de toujours se donner dès le départ des critères de succès, c'est-à-dire des critères sur les bases desquelles on va mesurer si notre action de plaidoyer a été efficace ou non. L'avantage du plaidoyer, c'est qu'à la fin de la route, il est assez facile de savoir si on a réussi ou pas et de se poser, en cas d'échec, des questions comme « mais qu'est-ce qu'on n'a pas réussi à faire ? Pourquoi n'a-t-on pas réussi à mobiliser l'opinion ? Pourquoi les associations que l'on croyait proches de nous ne sont-elles pas venues ? ». Autrement dit, de savoir se remettre en cause quand on n'a pas réussi.

Je voudrais repartir de ce que j'ai entendu et vous faire part de quelques commentaires bienveillants et amicaux.

Mon ressenti quand je vous écoute, vous êtes des acteurs dans différentes institutions, mais vous êtes dans un continuum entre l'utilisateur et le politique et dans une recherche disons « d'harmonie ».

J'ai ressenti en effet une certaine « harmonie » entre les besoins, les aspirations, les volontés de différents acteurs et je n'ai pas perçu beaucoup d'aspérités dans vos restitutions. Par exemple, je n'ai pas beaucoup entendu le mot « problème ». J'admire votre approche positive des choses. Mais j'ai tendance à croire, en regardant l'état de la France que nous sommes encore loin du compte dans la prise en compte des inégalités sociales de santé, par les décideurs dans les politiques publiques nationales ou régionales.



C'est mon impression, je ne suis pas professionnel, mais je n'ai pas vu beaucoup réduire les inégalités, par exemple en matière d'espérance de vie dans notre pays. Si en termes de conscientisation cela a beaucoup bougé, en termes de mise à l'agenda et de décisions politiques en revanche, j'ai l'impression que nous avons besoin de créer des rapports de force.

Mais je comprends bien qu'il faut faire bouger le système de l'intérieur le plus possible et que vous n'êtes pas là pour créer du « rapport de forces » en permanence. Je vous parle d'une perspective très associative, très « contre-pouvoir », que je cultive depuis trente ans et je comprends bien que l'on n'ait pas la même perspective ou la même approche de ces questions. Mais quand j'entends que vous hésitez à utiliser le mot « convaincre » ou « faire pression », pour préférer « encourager », « accompagner », « sensibiliser », « co-construire », je me dis que le plaidoyer et le lobbying, ce n'est pas seulement encourager des gens qui ont déjà plein de bonnes idées qu'il faudrait juste « pousser » à aller un peu plus vite.

De mon expérience du lobbying au Quai d'Orsay sur la politique étrangère française, je peux dire que le plaidoyer est assez « rugueux ». J'ai plutôt en face de moi des gens qui ne partagent pas du tout, malgré leur politesse, mon point de vue et qui n'ont aucune envie de remettre en cause les intérêts de la France en Arabie Saoudite et aux Emirats Arabes Unis, au profit des droits des femmes ou des droits des travailleurs migrants exploités dans ces pays.

Le plaidoyer, ce n'est pas trois semaines, six mois, c'est cinq ans, dix ans de travail. Vous l'avez parfaitement décrit : il y a besoin de transmettre à ceux qui arrivent derrière tous ces combats (pas menés forcément de manière conflictuelle), ces actions que vous menez.

Je suis juste un peu surpris par le langage que vous utilisez, même si je le respecte tout à fait.

### Une liste qui s'applique bien à la santé publique

Pour terminer, quand je regarde la petite liste des questions que je me pose au moment d'engager une action de plaidoyer, je me dis qu'elle s'applique plutôt bien à ce que vous faites.

**1/ Quels problèmes ?** Vous êtes capables de les identifier clairement. Est-ce le logement ? Est-ce l'éducation ? L'accès à l'information ? L'alphabétisation ? Oui, tout est multifactoriel, multicausal et il est très difficile de diviser les problèmes en tranches. Mais, nous sommes des professionnels et il est de notre responsabilité d'arriver à dire les choses de manière non simpliste mais intelligible pour le public, les médias et les décideurs.

**2/ Les objectifs.** On a tendance à se fixer des objectifs extrêmement ambitieux. C'est sans doute lié au fait que nous sommes français : nous avons toujours des visions fantastiques pour l'égalité, la liberté et la fraternité dans notre société, qui vont régler tous les problèmes d'inégalités sociales de santé. Sauf que cela ne sera pas demain la veille et nous allons devoir nous fixer des objectifs intermédiaires plus réalistes pour avancer à petits pas. Nous sommes tous d'accord que nous nous plaçons dans une démarche réformatrice, de transformation progressive de nos institutions et des politiques.

**3/ Les cibles.** Pour moi, ce sont les décideurs. Il faut les identifier, les cartographier. Il y a les décideurs finaux, les décideurs intermédiaires, ceux qui sont opposés à ce que vous proposez, ceux qui sont hésitants, ceux qui sont favorables. Il faut bien sûr s'appuyer sur les favorables pour convaincre les hésitants et neutraliser les opposés. Vous faites la



cartographie avec deux axes perpendiculaires : qui est pour à droite, qui est contre à gauche, qui est très motivé en haut, qui n'est pas motivé en bas. Vous les positionnez sur cette petite carte en vous demandant *qui sont mes futurs alliés, ceux que je dois amener de la position « pas très pour et un peu motivé » à une position « très pour et très motivé » ? Comment je vais les travailler, un par un, comment je vais aller les rencontrer, comment je vais les convaincre, avec quels arguments ?*

La cartographie des décideurs est essentielle. En matière de politique étrangère : est-ce à l'Elysée ? Au Quai d'Orsay ? A l'Assemblée nationale ? A la Commission nationale consultative des droits de l'homme ? Il y a des institutions intermédiaires et des politiques finaux, mais tous sont importants.

**5/ Les arguments.** En privé, dans un bureau, montrer à quelqu'un qu'il a plus à perdre qu'à gagner à tenir cette position, c'est autre chose que de lui dire : « s'il vous plaît, avec votre immense bienveillance et votre conviction personnelle dans laquelle j'ai toute confiance, est-ce que vous voudriez bien, dans les six mois qui viennent, peut-être créer une commission qui permettra de réfléchir à la mise en place d'un projet pilote, en vue d'une expérimentation qui, dans six mois, donnera une politique nationale ? », je pense que la première stratégie est plus rapidement efficace.

Selon les interlocuteurs, tel ou tel argument va fonctionner, pour les uns plutôt culpabilisant, pour d'autres plutôt positif, en fonction de la psychologie de la personne.

Une réunion de lobbying, cela se prépare. Avant d'aller voir un conseiller de Monsieur Fabius, nous nous réunissons une heure avant avec les associations : Amnesty, FIDH (Fédération internationale des Ligues des droits de l'Homme), et nous travaillons les arguments : qui va dire quoi, qui va jouer le bad cop et le good cop (mauvais et bon policier), qui va être un peu tonique et qui va être plutôt sympa. Et en face de nous, ils jouent exactement la même stratégie. Ils se sont répartis des rôles pour la réunion. Il y a celui qui va dire : « on est tout à fait d'accord avec vous » et il y a celui qui va dire à la fin : « quand même, vous allez un peu loin ».

Le ton est très important. Il peut varier en fonction du décideur, en fonction du moment.

Quant aux informations à réunir, à mon avis, vous les avez. Vous ne soupçonnez pas, sans doute, toute la richesse des informations dont vous êtes en possession et que la plupart des décideurs ignorent. Et pour cela, il faut un énorme travail de mise en forme. Il s'agit de présenter vos informations de manière synthétique, claire. Nos amis anglo-saxons sont particulièrement brillants pour cela, là où parfois nous nous perdons, nous français, un peu trop dans les détails ! Même si les détails sont importants, j'en conviens !

## CONCLUSION

Permettez-moi de conclure : votre force, c'est que, comme pour *Human Rights Watch* ou *Amnesty*, vous êtes du bon côté de la force ! Vous défendez des valeurs positives, socialement justes, quelque part inattaquables sur le plan des principes, sur le plan de l'éthique, comme nous, qui défendons les droits de l'Homme. Qui va aller contre les droits de l'Homme ? Nous ne sommes pas en train de vendre des armes. Nous ne sommes pas en train de polluer la planète, nous sommes en train de vendre à nos décideurs des propositions positives qui vont dans le sens du progrès social et politique.



Ce qu'il faut déjà, c'est être totalement convaincu du message qu'on veut faire passer et convaincre, bien sûr, tous ceux qui se trouvent autour de vous.

Quand j'entends que vous hésitez à utiliser le mot « convaincre » (pour ne pas brusquer les décideurs), il faut déjà que vous, vous soyez parfaitement convaincus de la justesse de vos thèses, de vos combats, de la pertinence des actions que vous proposez. Et si votre objectif est que cette action locale devienne demain une politique régionale, voire nationale, il faut se donner des moyens en termes de ressources humaines, d'expertise et de technique pour arriver à faire passer vos recommandations dans la tête des bonnes personnes.

Je vous garantis qu'un lobbying bien organisé peut être extrêmement efficace et on en a la preuve tous les jours en France. Ouvrez le journal et vous allez voir à quel point les lobbies sont bien organisés et ont de l'impact. Malheureusement, ce ne sont ni vous, ni nous qui tenons le dessus du panier en termes d'impact du lobbying. Ce sont des gens qui ont des intentions beaucoup moins nobles que les nôtres et qui font tout pour rendre notre travail plus difficile.

Les limites du plaidoyer, c'est d'une part, la difficulté de réaliser un travail dans la durée, et d'autre part, la question de la légitimité. Les politiques vont vous rétorquer qu'ils ont seuls la légitimité populaire grâce à leur élection, alors que vous, vous n'êtes que des professionnels experts qui ne perçoivent pas bien, finalement, l'attente de la « base », dont eux peuvent se réclamer. Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) sont tout le temps remises en cause lorsqu'on leur dit : « Qui êtes-vous pour parler, pour faire des propositions ? Quelle est votre légitimité démocratique alors que vous vous auto-proclamez experts des droits de l'Homme, ou experts en santé publique, ou experts en développement ? De quel droit, à quel titre pouvez-vous nous dicter des politiques publiques alors que ce sont, nous, les décideurs qui avons ce mandat de la part de nos électeurs ? ». Pour moi, ce débat légitimité-expertise, légitimité-démocratique est un faux débat dans lequel on veut nous piéger. Nous n'avons jamais prétendu que les élus n'avaient pas de légitimité démocratique, mais, oui, nous prétendons avoir une légitimité tirée de notre expertise et nos convictions et que celles-là comptent aussi.

Enfin, nous n'avons pas seulement des idées. Il n'est pas suffisant de faire des grands discours sur la façon de réformer la France pour que les inégalités sociales de santé disparaissent. Non, il faut aussi être capable de montrer concrètement ce qu'il faut faire. C'est là que vous êtes forts, vous avez des expériences réussies au niveau local, parfois au niveau national ou régional. C'est sur la base de ces expériences réussies que vous pouvez montrer que ce n'est pas simplement un discours théorique que vous défendez mais bien un discours très pratique.

### ***Echanges avec la salle***

Participant 1 : « Juste une question, on peut vous engager ? ».

J-M Fardeau : « Il y a des cabinets de consultants en plaidoyer par centaines, de lobbying. Il y a des gens qui bossent pour tout le monde. Si vous avez quelques milliers d'euros, je serai tout à fait intéressé... joking ! Effectivement, les choses ont commencé à changer dans le milieu des ONG et de la solidarité internationale. Les choses ont vraiment changé quand elles se sont dotées en leur sein de professionnels du plaidoyer dont c'est l'unique travail à Médecins Sans Frontières (MSF) ou à Action contre la Faim. Il y a des gens qui sont payés à plein temps pour faire du plaidoyer, pour monter des argumentaires, pour monter des stratégies d'influence sur les décideurs, pour repérer que tel ou tel point est à l'ordre du jour





pour la conférence des Nations Unies dans quelques mois. Effectivement, nous n'allons pas confier la stratégie de plaidoyer à des gens déjà surchargés de boulot. Ceux-là il faut déjà qu'ils réalisent les actions, qu'ils fassent leur travail, qui seront utiles pour notre argumentaire de plaidoyer. Effectivement, c'est devenu un vrai métier qui ne peut pas exister sans la contribution des experts. Le responsable de plaidoyer est fort en stratégie, en méthodologie, en maîtrise des fichiers, en savoir-faire, mais il n'a pas le fond. Le fond lui vient des experts qui fournissent la matière, les objectifs. Et il ne faut pas qu'ils se trompent. C'est bien aux experts de filer la matière et de co-définir avec le lobbyiste les objectifs qui doivent être ambitieux mais atteignables. En matière d'objectifs, il faut que la marche à franchir soit un peu haute pour les décideurs mais jamais trop haute. Elle ne doit pas être facile à franchir mais ils doivent pouvoir le faire. Si vous mettez la marche à franchir trop haute pour les décideurs, alors ils vous renverront à vos études en vous disant : « Vous êtes tout à fait idéalistes et irréalistes ». En revanche, quand la marche n'est pas trop haute, ils n'ont pas grand-chose à dire sauf à reconnaître qu'ils ne sont pas prêts à le faire et que leurs priorités sont ailleurs. Ils devront alors assumer leur priorité politique, et peut-être en payer le prix à payer ensuite. Ce n'est plus votre problème, c'est le leur et vous, vous aurez au bon moment proposé une alternative qui aurait peut-être pu être un chemin plus avisé pour ce décideur ».

Participant 2 : « Je reviens un petit peu en arrière sur le timing de la journée mais hier, dans notre groupe de travail, j'avais évoqué cette question des lobbies. Or, ça n'a pas été repris dans le compte-rendu, dans les recommandations, mais après cette brillante intervention, je me dis qu'il faudrait quand même l'inscrire ».

Participant 3 : « Je pense qu'il y a deux thématiques. Il y a les associations qui tentent de faire du plaidoyer même si dans le domaine de la santé, ce n'est pas vraiment encore ancré dans les mœurs. Je pense qu'il y a aussi des structures qui essaient de s'organiser dans ce sens mais on a un peu de mal à convaincre à faire du plaidoyer dans le domaine de la santé dans le cadre des associations. Et puis il y a effectivement le plaidoyer des inégalités sociales de santé auprès des structures qui veillent un peu sur la santé publique.

Et en ce qui concerne le plaidoyer des associations, là, il y a beaucoup plus d'activisme en ce qui concerne des facteurs de risques qui sont largement démontrés. Mais malgré cela, on a beaucoup de mal et on a une difficulté complémentaire par rapport à ce que vous disiez, c'est le fait qu'on plaide beaucoup plus sur des choses qui s'inscrivent sur du long terme. Et on a beaucoup de mal à convaincre les décideurs politiques car les décisions qu'ils vont prendre aujourd'hui n'auront pas beaucoup d'intérêt pour leur législature. Je ne sais pas si vous, vous avez un conseil à nous donner en complément ? ».

J-M. Fardeau : « D'abord, à long terme on sera tous morts mais pas nos enfants...

Effectivement, le long terme pour le politique, c'est leur mandat, leur réélection. Pour un haut fonctionnaire, c'est sa perspective de carrière. C'est ne pas prendre de risque pour ne pas se retrouver bloqué un moment, pouvoir continuer d'avancer dans ses objectifs. D'où l'importance de ne pas rester sur des objectifs de long terme mais d'arriver à définir ce que j'appelle des objectifs intermédiaires, qui sont des choses atteignables dans les deux-trois ans de leur mandat. Actuellement, je demande des choses à Messieurs Hollande et Fabius, ce ne sont pas des choses à cinq ans, mais des choses qu'ils peuvent faire dans les six mois qui viennent. Sinon, effectivement, ils me répondent que « oui, peut-être dans quinze ans ». Sur l'Egypte, par exemple, je leur dis qu'avec ce que prépare le nouveau gouvernement égyptien, on va à la catastrophe dans cinq ou dix ans ». Ils me répondent qu'on a toujours gagné cinq ans à dix ans de stabilité ». Or, pendant ce temps-là, il y a des centaines de personnes condamnées à mort et moi, je croyais que la France était contre la peine de mort... Mais cela, en fait, ils ne le considèrent pas comme un problème, car le temps de leur carrière politique, ce problème ne se posera pas à eux. En revanche, il y a des choses où ils



peuvent perdre plus en image s'ils ne bougent pas dans les mois qui viennent sur certains dossiers. Il ne faut pas attendre que nos décideurs se réunissent entre eux pour dire : « ah oui, effectivement, cette vision à long terme est intéressante, on va la décliner en politique à court terme ». Il est très rare qu'ils aient cette vision. C'est aux associations, aux acteurs, aux professionnels de faire ces propositions.

Vous posez exactement la phase de transition qu'ont connu les associations de solidarité internationale qui ont beaucoup hésité à venir sur le plaidoyer, parce qu'elles ont eu peur d'y perdre leur âme, de se donner une image trop politique. Et pourtant Dieu sait si appeler à l'annulation de la dette du Sud ou appeler à l'abolition de la peine de mort, c'est du « politique » tout à fait audible par le donateur moyen, et même par nos interlocuteurs publics. Donc, il faut se rendre compte que ce plaidoyer, vient renforcer la légitimité de l'association. Il vient renforcer l'adhésion des militants à l'association et conforter les donateurs qui trouvent que ce que fait l'association en termes politiques est très important. Donc, les associations de santé, je suis sûr, ont du retard et devraient regarder à côté comment d'autres associations fonctionnent ».

Participant 3 : « Je voulais juste rebondir sur la légitimité. J'ai une faible expérience, j'ai appris il n'y a pas longtemps, qu'en termes d'agenda politique, il y avait plusieurs légitimités pour inscrire éventuellement des demandes : en termes de nombres, en termes d'expertise et peut-être une troisième que j'ai oubliée. En l'occurrence, la SFSP ne doit pas avoir peur parce qu'en termes de nombres, elle me semble assez légitime et encore plus en terme d'expertise. Quand on voit certains syndicats qui s'auto-nomment légitimes pour revendiquer et ne pas hésiter à proposer des actions, des lois dans certains domaines... Eux n'hésitent absolument pas et, au contraire, jouent énormément sur le lobbying et le plaidoyer pour faire passer leurs propositions. Et peut-être pas forcément dans le bon sens mais comme ça les arrange.

Si une société comme la SFSP n'ose pas encore assez s'affirmer à ce niveau-là, parce que non seulement je trouve qu'elle est légitime du point de vue de son expertise, mais, en plus comme l'a dit Monsieur, a des attentions plus que louables et va dans le bon sens. Aujourd'hui, on parle des inégalités sociales de santé mais aussi des politiques de santé publique de manière plus générale ».

Participant 4 : « En entendant votre intervention, il me semble que sur cette question de plaidoyer sur les inégalités sociales de santé dans le monde de la santé publique, l'idée était d'abord de leur donner une visibilité et deuxièmement de les faire apparaître sur l'agenda, notamment, de la santé dans toutes les politiques ; c'était davantage être porte-parole, mener une démarche de conscientisation et de sensibilisation des acteurs. Et il me semble que c'est peut-être là où le rôle de la SFSP pourrait être intéressant, que ça devrait se traduire dans votre vision claire, opérationnelle sur : en fin de compte sur quel objectif devrait-on se battre ?

Au fond c'est assez consensuel et sur les principes tout le monde est assez d'accord. Mais après, sur quel agenda concret ? Il devrait y avoir des objectifs qui devraient être ciblés là-dessus pour faire avancer certains points. Le thème des inégalités sociales de santé est de plus en plus diffusé dans les documents de politique publique et dans les principes mais il faudrait peut-être réfléchir à des thèmes de santé publique qui sont intelligibles sur un plan opérationnel, en termes de stratégie, pour sortir d'idées générales de bonne volonté. Par exemple, sur la thématique du diabète de type 2, concrètement qu'est-ce qu'on met en place ? Qu'est-ce qu'on déploie ? C'est-à-dire, donner des exemples sur une transcription opérationnelle de mise en œuvre pour répondre à cet agenda ».



J-M. Fardeau : « Juste un commentaire, non pas sur le fond mais pour reprendre vos interventions. Dans une société comme la vôtre, le SFSP, forcément généraliste, qui couvre une série de thématiques très complexes, il est forcément difficile de vous mettre d'accord pour dire : voilà, ce sont ces deux objectifs-là que nous allons essayer de poursuivre ensemble parce que nous estimons que c'est là-dessus que nous pouvons vraiment faire bouger les choses, faire bouger les lignes. Et que ceux qui ne sont pas des professionnels ou des gens motivés par ces sujets se plient à la discipline pour dire : « OK, ce n'est peut-être pas mon sujet actuellement mais pour des soucis d'efficacité, de visibilité de la société, pour des soucis d'efficacité ultérieure sur mes sujets, on a besoin de se retrouver sur des sous-sujets qui ne sont pas les miens. J'accepte, après avoir écouté les arguments des uns et des autres, que sur ça et ça, on puisse collectivement faire bouger les choses et on en sera fiers ensuite. Et c'est ça qui me permettra de faire passer mes sujets ensuite ».

Je vais encore vous énerver en prenant des exemples à l'étranger mais je suis assez impressionné par la culture anglo-saxonne, cette capacité d'associations généralistes de mettre de côté leurs différences pour se retrouver sur un objectif atteignable. C'est très difficile d'arriver à faire ça dans notre hexagone. Ils sont beaucoup plus pragmatiques et beaucoup plus tournés vers cette efficacité-là où, nous, nous allons plutôt voir d'abord le renoncement à « notre sujet », à « notre objectif » que se mettre au service d'un collectif dont l'existence, la vision dépassent son petit égoïsme personnel et son petit domaine de travail personnel ».

Participant 5 : « Juste une remarque qui fait écho à ce que vous avez dit et en lien avec mon autre vie en tant qu'adhérente à « Agir ensemble pour les droits de l'Homme » et « Médecins du monde ». Je trouve que c'est très intéressant de parler de légitimité et que plusieurs acteurs peuvent avoir cette légitimité à différents niveaux. Et je parle là en tant que travailleur de terrain. Plaidoyer, c'est auprès de certains acteurs ; nous, on est plus sur l'information, la mobilisation et je trouve que c'est une très bonne idée que la SFSP vous ait invité, vous, en tant qu'acteur de la défense des droits de l'Homme pour replacer le droit à la santé dans le cadre des droits humains, parce que travailler sur les inégalités sociales de santé, c'est travailler sur l'accès à ces droits humains qui sont : le droit à l'éducation, le droit au logement. Aider les personnes à revendiquer ces droits. Et les ateliers santé ville, je pense, développent une participation sociale grâce, ou à travers la santé. Ces critères de santé communautaire que sont la co-construction, la participation, font partie de ces droits ».

J-M. Fardeau : « Pour rigoler, un petit Quiz. Qui est le Président de la commission des Affaires Sociales au Sénat ? (une réponse proposée)... Non, ça, c'est à l'Assemblée nationale ! Qui, demain, la semaine prochaine, doit prendre des décisions pour vous sur la politique de santé publique française au Sénat ? (une réponse proposée) Non, non, le Président de la commission Affaires Sociales... Alain Milon. Qui est le conseiller santé de Monsieur François Hollande ? (dans la salle : Lyon-Caen) Lyon-Caen. Qui est le conseiller social du Premier ministre ? (pas réponse) Gilles Gateau. Qui est la conseillère santé de Monsieur Valls, une conseillère santé dont je vous invite à connaître le nom : Cécile Tagliana. Sa sœur jumelle, Anne Courrèges, était également membre du Cabinet et elle est devenue Présidente de l'agence de biomédecine. Les deux sœurs jumelles étaient au cabinet de Monsieur Valls. Voilà où on en est, c'était juste mon petit Quiz pour vous dire ce que sont les bases du bon plaidoyer : la connaissance précise des décideurs ».



# Conclusion

*Catherine Bernard*  
*Société française de santé publique*

Le séminaire organisé par la Société Française de Santé Publique s'inscrit dans une démarche de valorisation des actions et projets, des échanges professionnels et de développement de l'expertise sur le thème de la réduction des inégalités sociales de santé.

Plus de cent personnes ont participé activement à ces travaux et ont confirmé que la Société Française de Santé Publique est légitime et attendue pour promouvoir ces espaces d'échanges, capitaliser les expériences et contribuer ainsi à développer l'expertise en santé publique.

A l'issue de ces deux jours, les travaux ont été riches et vont sans aucun doute contribuer à une meilleure prise en compte par les participants de la problématique des inégalités sociales de santé. La production d'actes vise à renforcer la diffusion des échanges au-delà des seuls participants et à faire en sorte que les acteurs de santé publique et, au-delà d'eux, que tous ceux qui peuvent agir sur les déterminants de la santé, relèvent le défi de travailler ensemble selon le principe de l'universalisme proportionné, en inscrivant explicitement l'objectif de la réduction des inégalités sociales de santé dans leurs actions, car celles-ci, qui sont socialement construites, sont susceptibles d'être déconstruites. Il s'agit là d'une obligation éthique pour nous.

Ce séminaire met en évidence le besoin de sensibilisation et de formation sur cette réalité du gradient de santé, celui de « labourer » et « acculturer » avec à la fois un cadre précis et une souplesse dans l'intervention ; il a permis de pointer ce que cela impose en termes de changement de paradigme, de postures et de pratiques professionnelles. Il ne suffit pas de promouvoir la santé pour tous ou de travailler exclusivement au plus près des personnes exclues pour réduire les inégalités sociales de santé. Les échanges mettent en exergue la nécessité, outre de l'intervention précoce dans l'enfance, de travailler l'inter-sectorialité avec les acteurs de champ d'intervention divers (logement, emploi, travail, environnement, urbanisme, transport, culture etc.) mais surtout de s'appropriier collectivement cet enjeu d'équité, de co-construire des stratégies permettant d'adapter surtout qualitativement les interventions, tout en s'inscrivant dans la bonne temporalité. Il faut effectivement mobiliser tout cela pour assurer cette approche d'universalisme proportionné.

Les débats ont insisté sur l'importance de se doter de repères et de se saisir des outils qui existent, et ce à la fois avant, pendant et après l'action pour s'assurer de bien suivre le cap de la réduction des inégalités sociales de santé.

Un des points récurrents des travaux des ateliers est l'importance du plaidoyer. Le dernier exposé de Jean-Marie Fardeau nous invite à sortir de la confusion entre la sensibilisation et la mobilisation des citoyens et/ou des partenaires et le plaidoyer auprès du décideur pour mettre à l'agenda politique nos préoccupations notamment en termes d'équité, sur la base d'argumentaires précis, fiables et intelligibles. Ceci nécessite de développer, en lien avec d'autres sans doute, une méthode, une organisation et des moyens sans craindre le rapport de forces. Le débat actuel sur la loi de modernisation du système de santé nous y invite tout particulièrement si l'on veut progresser vers une meilleure santé pour tous et la réduction du gradient de santé.



La SFSP a, avec d'autres associations ou partenaires, fait des propositions d'amendements à la loi de santé et rencontré des parlementaires. Mais cela nécessite savoir-faire et moyens que nous n'avons pas développés jusqu'à ce jour.

Effectivement ce n'est pas notre culture de faire du lobbying. S'y attache une représentation de manipulation, c'est comme si ce n'était pas complètement propre de faire cela. Difficile de franchir ce pas mais je crois que la nécessité fait loi : au sein de la SFSP, le besoin de travailler dans ce sens en partenariat avec d'autres est reconnu. Reste à définir une organisation et à trouver les moyens car nous sommes une structure relativement modeste y compris dans sa capacité à mobiliser des budgets.

Ces questions-là, qui traversent la SFSP depuis longtemps, sont régulièrement évoquées au sein du conseil d'administration et aux assemblées générales chaque année.

Ce séminaire était axé sur la réduction des inégalités sociales de santé. Bien sûr, tout le monde l'a dit et les échanges dans les ateliers ont insisté sur le fait que cela passe par une approche de santé globale, santé dans toutes les politiques, approche participative, approche communautaire. Tout cela est vrai, mais les inégalités sociales de santé nous imposent, en plus, de regarder comment travailler sur ce gradient et donc comment développer en pratique l'universalisme proportionné.

Atteindre cet objectif de plus d'équité dans nos actions nécessite encore du travail, à la fois individuel et collectif, pour expliciter les modes d'interventions efficaces, définir des consensus professionnels qui nous aident à agir dans notre quotidien comme à nourrir le processus de lobbying.

Par ailleurs, d'autres travaux sont en cours et notamment une consultation sur la politique de soutien à la parentalité. Et là aussi, il conviendra de développer des approches matricielles qui permettent de voir comment ce travail sur la parentalité peut, ou non, aggraver les écarts du gradient de santé. C'est une chose de faire un travail sur la parentalité et c'en est une autre de faire un travail sur la parentalité qui nourrisse la réduction des écarts plutôt que de les aggraver.

La qualité des échanges que nous avons eus ces deux jours ne peut que nous encourager à poursuivre dans cette voie.



# Liste des sigles

<b>ADECA</b>	Association de dépistage des cancers
<b>AFOM</b>	Atouts Faiblesses Opportunités Menaces
<b>APHM</b>	Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASV</b>	Atelier santé ville
<b>BDMS</b>	Banque de données médico-sociale
<b>CAMP</b>	Centre d'action médico-sociale précoce
<b>CARMI-EST</b>	Caisse de sécurité sociale dans les mines de l'Est
<b>CCFD</b>	Comité catholique contre la faim et pour le développement
<b>CLS</b>	Contrat local de santé
<b>CSP</b>	Catégories socioprofessionnelles
<b>DIU</b>	Diplôme interuniversitaire
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>ELFE</b>	Etude longitudinale française depuis l'enfance
<b>EHESP</b>	Ecole des hautes études en santé publique
<b>FIDA</b>	Fonds international de développement agricole
<b>FIDH</b>	Fédération internationale des ligues des droits de l'homme
<b>FNES</b>	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
<b>FNMF</b>	Fédération nationale de la Mutualité française
<b>GREAS</b>	Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé
<b>IFERISS</b>	Institut fédératif d'études et de recherches santé société
<b>INCa</b>	Institut national du cancer
<b>INPES</b>	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>IREPS</b>	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
<b>ISS</b>	Inégalités sociales de santé
<b>MSF</b>	Médecins sans frontière
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONE</b>	Office de la naissance et de l'enfance
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale



<b>PASS</b>	Permanence d'accès aux soins de santé
<b>PJJ</b>	Protection judiciaire de la jeunesse
<b>PMI</b>	Protection maternelle et infantile
<b>PRAPS</b>	Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins
<b>PSRS</b>	Plan stratégique régional de santé
<b>PTS</b>	Programme territorial de santé
<b>REFIPS</b>	Réseau francophone international pour la promotion de la santé
<b>RESPECTS 73</b>	Réseau santé précarité égalité coordination dans les territoires de santé de Savoie
<b>SACOPAR</b>	Santé communauté participation
<b>SFSP</b>	Société française de santé publique
<b>SROMS</b>	Schéma régional d'organisation des services médico-sociaux
<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation des soins
<b>TMS</b>	Travailleur médico-social
<b>ZUS</b>	Zone urbaine sensible



# Bibliographie

- Commission des déterminants sociaux de la santé (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. Genève, OMS, 2008: 36 p.
- Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy - Briefing paper. National Institute for health and care excellence, 2004: 12 p.
- Guichard A, Ridde V. Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. *In* : Réduire les inégalités sociales en santé. Sous la direction de Potvin L, Moquet MJ, Jones C. Paris, 2010 : 297-312.
- Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales : sortir de la fatalité. Paris, HCSP, 2009, 101 p.
- Institut national du cancer. Les inégalités de santé. *In* : La situation du cancer en France en 2012. Paris, INCa, coll. Etat des lieux et des connaissances, 2013 : 293-314.
- Lang T. La santé se construit dans un environnement social. Questions de Santé Publique, 2009, n°7 : 4 p.
- Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. France. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Paris, Inspection générale des affaires sociales, mai 2011 : 204 p.
- Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. Paris, Inspection générale des affaires sociales, mai 2011 : 124 p.
- Nexus Santé et Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario. Prêts pour l'action, les déterminants sociaux de la santé. Toronto, 2008.
- Organisation Mondiale de la Santé, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- Potvin L, Moquet MJ, Jones C. Réduire les inégalités sociales de santé. Saint-Denis, Inpes, coll. Dossiers Santé en action, 2010 : 386 p.
- Schieber AC, Kelly-Irving M, Garnung M, Delpierre C, Grosclaude P, Lang T. Pour une typologie des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé. Université de Toulouse, département d'Epidémiologie et santé publique, UMR Inserm-Université Paul Sabatier 1027, Institut Fédératif d'Etudes et de Recherche Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS), M2R Epidémiologie Clinique. A paraître.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and practice), OMS, 2011 : 78 p.
- Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. Journal of Epidemiology and Community Health, 2007, 61(6) : 473-8.
- Closing the gap, Stratégies d'action pour la lutte contre les inégalités de santé en Europe. Questionnaire "Bonnes pratiques dans la lutte contre les Inégalités de la santé en Europe", 2009.
- <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/pdf/closing-gap.pdf>
- Lentille ISS, Fondation du Roi Baudouin. <http://www.inegalitesdesante.be>
- Portail européen des actions sur les inégalités sociales de santé - <http://www.health-inequalities.org>



*Organisé avec le soutien de*  
*la Direction générale de la santé (DGS)*  
*la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)*  
*l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)*  
*l'Institut National du Cancer (INCa)*



**Société Française de Santé Publique**

1 rue de la Forêt - 54520 LAXOU

Tel : (+33)3.83.44.94.11

Fax : (+33)3.83.44.37.76

[www.sfsp.fr](http://www.sfsp.fr)