



RAPPORT

Résultats de la consultation ouverte

« Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé »

Juin 2014





sommaire

Editorial.....	5
Objectifs.....	7
Méthodologie.....	8
Limites	10
Préambule : nombre et profil des contributeurs	11
Différents types d'interventions pour réduire les inégalités sociales de santé	12
Quelle est la perception globale des contributeurs ?.....	13
Des actions possibles malgré le poids des réalités socioéconomiques et parfois la faible volonté politique.....	13
L'importance réelle du travail en partenariat et de l'intersectorialité	14
Les liens entre la recherche et le terrain à renforcer	15
Des supports existants mais pas suffisamment intégrés dans la pratique de terrain	15



Quelles sont les interventions menées pour agir sur les inégalités sociales de santé ?	16
Différents points d'entrées et pistes d'action repérés.....	16
<i>Des interventions qui visent plusieurs types de déterminants de façon simultanée.....</i>	16
<i>Des interventions qui ne visent pas toutes exclusivement des publics en situation de vulnérabilité sociale</i>	19
<i>Une participation du public concerné plus ou moins effective.....</i>	21
<i>Des leviers d'intervention utilisés le plus souvent de façon complémentaire</i>	22
<i>Une ingénierie mixte, individuelle et collective, pour les actions de renforcement des capacités des individus</i>	25
<i>Des interventions menées sur tous les niveaux de prévention</i>	25
Une mise en œuvre des interventions qui reflète leur diversité	27
<i>Des interventions co-portées pour moitié d'entre elles</i>	27
<i>Des niveaux et lieux d'intervention variables</i>	28
<i>Des interventions qui mobilisent toutes des équipes pluri-professionnelles</i>	30
<i>Des interventions qui s'inscrivent quasiment toutes dans un cadre défini</i>	30
<i>Des interventions toutes menées en partenariat, le plus souvent au niveau intersectoriel</i>	32
Regards des porteurs sur les interventions et leurs effets	33
<i>Des effets estimés plutôt favorables sur les inégalités sociales de santé.....</i>	33
<i>Des évaluations prévues, sous des formes diverses, pour la quasi-totalité des interventions</i>	34
<i>Des interventions expérimentées en partie ou déjà mises en œuvre dans un autre contexte, et toutes potentiellement transférables.....</i>	35
<i>Des facteurs facilitants.....</i>	36
<i>...mais aussi de nombreux facteurs limitants.....</i>	37
Conclusion : quelles sont les attentes des intervenants de santé publique pour agir sur les inégalités sociales de santé ?	38
Annexes	40
Annexe 1 : Bibliographie.....	40
Annexe 2 : Questionnaire	41
Annexe 3 : Liste des interventions décrites	53
Annexe 4 : Répartition des interventions selon les stratégies et le public visé	55



Editorial

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé doit être au cœur de la politique de santé. C'est ce que demande avec force la SFSP depuis plusieurs années et c'est aussi ce que demandent les promoteurs d'actions qui ont répondu à cette consultation.

Agir pour réduire les inégalités de santé est une tâche complexe tant les déterminants sont multifactoriels ; c'est aussi nécessairement une tâche partenariale, à laquelle la participation des groupes et personnes concernées par les effets attendus sur la santé est indispensable.

L'évidence scientifique commence à se construire dans notre pays mais la transférabilité des actions n'est pas acquise tant celles-ci dépendent du contexte dans lequel elles se déroulent. Cette évidence ne se construit pas en chambre et, à côté de rares programmes de recherche dotés des moyens d'évaluation rigoureux propres à ce cadre de production de connaissances, il nous a semblé essentiel de savoir ce que des « acteurs de terrain » essayaient de faire au quotidien. Que cherchent-ils à faire, avec quels moyens (méthodologiques, humains, financiers), avec qui ; quels freins et leviers identifient-ils pour agir avec efficacité ?

La moisson est riche même si elle n'est pas abondante. Elle montre l'importance de l'impulsion politique, de la pluridisciplinarité des approches tout comme un grand besoin de formation et d'accompagnement. Elle souligne l'importance de documenter les conditions du succès et rappelle 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 l'honnêteté de faire part. Il faut pouvoir mieux différencier les buts et objectifs recherchés, ce sur quoi on cherche à agir en matière de réduction des inégalités sociales de santé, ainsi que les stratégies et moyens mis en œuvre pour le faire.

Cette expérience est un galop d'essai largement perfectible. D'autres travaillent sur ce sujet des inégalités sociales de santé, que ce soit dans le monde de la recherche (on pense au projet APRISS à Toulouse ou à l'axe 3 de l'équipe APEMAC de Nancy) ou celui de l'intervention (avec la plate-forme nationale de ressources des ASV et ses partenaires par exemple). Au-delà de l'échange d'expériences, c'est vers le partage de connaissances co-construites qu'il faut avancer, à travers des protocoles d'évaluation qui montrent rigoureusement « ce qui marche, pour qui et dans quel(s) contexte(s) ». Sans sacrifier sur l'autel d'une scientificité aveugle, la richesse des initiatives de terrain, mais en se donnant les moyens d'accompagner toutes ces mobilisations, petites ou grandes, témoignage d'une formidable capacité de résilience d'un tissu social et professionnel malmené par la crise. La SFSP entend continuer à participer à ce mouvement, en prolongeant la valorisation de cette consultation, en approfondissant certains aspects comme par exemple les indicateurs utilisés pour apprécier l'effet des interventions, et en explorant d'autres modalités de partage d'expériences, comme elle va le faire prochainement sur le thème de la parentalité.



Merci à tous ceux qui ont rendu cette première initiative possible. Restons mobilisés, c'est ensemble que nous trouverons des solutions, c'est ensemble que nous devons plaider sans relâche pour un effort accru de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Catherine Bernard
Vice-présidente de la SFSP

Pierre Lombrail
Président de la SFSP



Objectifs

La Société française de santé publique (SFSP) a pour objet de renforcer la capitalisation, la reconnaissance et la diffusion des expertises en santé publique, pour faciliter leur prise en compte dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques de santé.

La mise à l'agenda politique depuis quelques années de la question des inégalités sociales de santé, la multiplicité des rapports, études, colloques, etc. sur ce thème et l'aggravation de la situation renvoient nombre d'acteurs de la santé à un sentiment d'impuissance, d'autant qu'ils ont peu de prise sur la plupart des déterminants sociaux de la santé, ces derniers restant sous l'influence de l'ensemble des politiques publiques.

Le paysage est pourtant riche d'initiatives, y compris dans d'autres secteurs que celui de la santé, mais celles-ci sont finalement peu visibles et ne se renforcent pas mutuellement.

Face à ce constat, et s'appuyant sur une littérature émergente sur l'efficacité des interventions en matière de réduction des inégalités sociales de santé, la Société française de santé publique a mis en place une consultation sur le sujet.

La consultation et ce présent rapport ont pour objectifs de mettre en évidence :

- le positionnement et les attentes des acteurs sur la question ;
- des exemples d'interventions menées pour agir sur les inégalités sociales de santé et la façon dont la théorie est adaptée à la pratique ;
- la façon d'agir avec les contraintes ;
- l'implication d'autres secteurs que la santé dans la réduction des inégalités sociales de santé ;
- les facteurs de réussite ou d'échec.

Cette consultation doit permettre de mettre à disposition des intervenants impliqués ces différents points mis en évidence, ainsi que des exemples d'interventions menées sur le terrain et de les valoriser, **par le partage de compétences et d'expériences**. Il s'agit de montrer des stratégies d'intervention perçues comme prometteuses et susceptibles d'avoir un effet réducteur sur les inégalités sociales de santé et d'avoir un regard sur des stratégies qui échouent afin de repérer les obstacles et des pistes d'amélioration. Un prochain séminaire entre acteurs pourra être un premier temps d'échanges.

La problématique des inégalités sociales de santé est transversale et intersectorielle, c'est pourquoi la consultation a été proposée à tous types d'acteurs (terrain, politique, recherche...) qui mènent des interventions ayant un impact sur la santé.



Méthodologie

Un groupe d'experts a été mobilisé courant 2011 d'une part pour définir le cadre et les objectifs de la consultation et d'autre part pour participer à l'élaboration de la grille de questionnement et des critères d'analyse, basée sur la littérature ou sur des outils existants d'analyse d'actions (cf. Bibliographie en annexe 1). Ont été utilisés des outils tels que la lentille ISS de la Fondation du Roi Baudouin¹, la grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé élaborée par Anne Guichard et Valéry Ridde², la grille de critères retenus en 2009 dans le cadre du projet européen « *Closing the gap* » afin de sélectionner des projets visant à réduire les inégalités sociales de santé en Europe³ ou encore les travaux menés par l'équipe universitaire du Professeur Thierry Lang pour élaborer une typologie des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé⁴.

Après une première phase de construction et d'échanges avec le groupe d'experts, le questionnaire a été testé, finalisé et mis en ligne au cours de l'été 2012. La consultation s'est ainsi présentée sous forme de deux questionnaires distincts :

- Partie 1 : Perception et attentes des intervenants en santé publique vis-à-vis de la réduction des inégalités sociales de santé.
- Partie 2 : Description des interventions menées (ou actions, expériences, projets, programmes, politiques...) pour agir sur les inégalités sociales de santé.

Le questionnaire figure en annexe 2.

Le test a été mené courant août 2012. Dix personnes de profil professionnel différent y ont contribué : un chargé de projet IREPS, un directeur IREPS, un directeur santé publique ARS, un médecin ARS, un chargé de mission d'un service de santé municipal, un médecin de santé publique en collectivité territoriale, un responsable de service promotion de la santé d'une mutuelle, un bénévole associatif intervenant de terrain, un coordinateur ASV et un délégué d'une fédération d'associations de réinsertion sociale.

La consultation a ainsi été menée du 27 août au 11 novembre 2012 sur le site internet de la SFSP.

L'ensemble du réseau de la SFSP a été ciblé : adhérents, abonnés à la lettre électronique hebdomadaire, inscrits aux différents événements organisés par la SFSP, soit 10 745 personnes.

¹ <http://www.inegalitesdesante.be>

² 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 L. Potvin, M.-J. Moquet et C.M. Jones, 2010, p. 297-312. <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/bibliographie/publications-inpes.asp#sthash.MyRpXZqk.dpuf>

³ Eurohealthnet, « Closing the gap ». Questionnaire « Bonnes pratiques dans la lutte contre les inégalités de la santé en Europe ». <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/outils.asp#sthash.L5GcpvK0.dpuf>

⁴ 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.



Les canaux de diffusion ont été les suivants :

- quatre flashes spéciaux électroniques (pour le lancement et les relances) ;
- une annonce permanente de la consultation dans la lettre électronique hebdomadaire de la SFSP durant toute la durée ;
- une annonce permanente de la consultation sur la page d'accueil du site durant toute la durée ;
- la consultation a par ailleurs été relayée dans différents réseaux.

Nous avons reçu 106 contributions, émanant de 74 répondants différents : 61 contributions à la première partie concernant les perceptions et les attentes des intervenants en santé publique et 45 contributions sur les interventions menées⁵.

La première partie de la consultation avait pour objet de recueillir le cadre d'intervention des acteurs, leurs perceptions et leurs attentes vis-à-vis de la réduction des inégalités sociales de santé et d'avoir ainsi des éléments de réflexion sur les leviers et les contraintes, et ce, de manière globale. Au total, 61 personnes se sont exprimées, dont quatre contributeurs étrangers.

La seconde partie avait quant à elle pour objet de recueillir des exemples d'interventions menées. Au total, 45 interventions ont été décrites, dont quatre actions ou politiques étrangères issues du Sénégal, de République Démocratique du Congo, de Belgique et du Canada. Sur les 41 interventions menées en France, 40 ont finalement fait l'objet de l'analyse⁶. Les quatre expériences étrangères ont été utilisées ici à titre d'illustration.

Chaque question a été analysée à partir des renseignements directement saisis par les contributeurs, certaines ont été complétées *a posteriori* en fonction de réponses apportées à d'autres questions. Les résultats décrits ci-après sont donc majoritairement le reflet direct des informations déclarées par les contributeurs. Néanmoins, du fait des critères recherchés et par volonté de ne pas alourdir le questionnaire, certains éléments présentés résultent du croisement de plusieurs réponses, introduisant une interprétation de notre part. Par exemple, les types de stratégies d'intervention décrites proviennent du croisement des réponses aux questions qui font référence aux objectifs de l'intervention et aux activités menées. Ces derniers seront marqués d'une (*) dans les titres de tableaux pour des facilités de lecture.

Outre le premier travail d'analyse à plat de l'ensemble des questions des deux questionnaires qui a permis une lecture descriptive, chacune des interventions recueillies a fait l'objet, lorsque l'information disponible le permettait, d'une lecture selon une partie des critères utilisés dans la typologie des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé, mise en place par l'équipe universitaire du Professeur Thierry Lang. Cette typologie multidimensionnelle est en phase exploratoire, déjà testée sur un échantillon d'articles internationaux. Devant être vérifiée sur des interventions issues de travaux français, de la littérature grise et sur la réalisation concrète d'actions de terrain, il a été proposé d'utiliser cette typologie pour analyser les résultats de la consultation. Le matériel disponible n'a toutefois pas permis un travail complet de classification selon cette typologie et l'ensemble de ses critères.

⁵ Parmi les 74 contributeurs, 32 personnes ont répondu aux 2 parties ; 29 personnes ont répondu uniquement à la première partie, et 13 personnes uniquement à la seconde. Quatre répondants émanent de pays autres (Belgique, Canada, République Démocratique du Congo, Sénégal).

⁶ L'intervention qui n'a pas été prise en compte était décrite de façon trop parcellaire pour être intégrée à l'ensemble des résultats.



Limites

Basée sur le volontariat, la consultation a donné lieu à un nombre plus limité de contributions qu'attendu. Certains secteurs ou milieux d'intervention n'apparaissent pas du tout dans les exemples recensés.

En termes de contenu, quelques limites sont à relever dans cette expérience de capitalisation d'interventions. Tout d'abord, les réponses sont inégales en termes de précisions, ce qui pour certaines a donné lieu à des interprétations. Par ailleurs, les acteurs ont parfois une compréhension différente des déterminants de santé ou des déterminants des inégalités sociales de santé.

Aussi s'il est apparu difficile de répartir les interventions recueillies selon des critères établis contrairement à ce qui avait été prévu avec le groupe d'experts, les résultats, présentés de façon factuelle, n'en sont pas moins intéressants pour valoriser les retours d'expériences des acteurs de terrain et leur permettre d'échanger sur des solutions adoptées à leur échelle pour contourner les obstacles identifiés.

Ce premier panel d'interventions sera complété par un recueil ciblé auprès de réseaux partenaires.

Nous tenons à remercier vivement l'ensemble des acteurs qui ont contribué à la consultation ainsi que le groupe d'experts mobilisés pour son élaboration et son suivi.



Préambule : nombre et profil des contributeurs

Nous avons reçu 106 contributions émanant de 74 répondants différents.

Les principaux contributeurs sont issus d'associations spécialisées en santé publique (15), de collectivités territoriales (12), du milieu universitaire (9) ou encore d'établissements médicaux (5). Les autres contributeurs viennent d'associations intervenant en santé publique, mais dont ce n'est pas la mission première (5), de réseaux de soins (4), de mutuelles ou de fédérations de mutuelles (4), de centres de santé (4), d'établissements médico-sociaux (2), ou d'une association de patients, du milieu de la santé scolaire, d'un organisme privé à but lucratif ou encore de l'assurance maladie.

Les contributeurs agissent dans plusieurs secteurs d'intervention à la fois, majoritairement dans le secteur de la promotion de la santé (56), de la prévention médicalisée (31) et/ou du diagnostic et de la prise en charge (31). Les autres secteurs d'intervention sont la veille sanitaire (19), la recherche (18), la protection sociale (13), la santé environnementale (13), le secteur médico-social (4), la justice (2), mais aussi l'éducation, l'aménagement du territoire, la production de produits de santé et/ou la santé au travail.

Ils agissent également auprès de plusieurs types de publics à la fois. La majorité agit auprès d'un public en vulnérabilité sociale (50), mais aussi auprès d'un public généraliste (43). La moitié indique agir auprès de personnes porteuses de maladies chroniques (35), le tiers auprès de personnes exposées à des facteurs de risques par des comportements individuels (24), et/ou près du quart auprès de personnes exposées à des facteurs de risques environnementaux (18). Un contributeur précise agir auprès de personnes en situation de handicap.

Les actions menées auprès de professionnels concernent près de la moitié des contributeurs (33).

Chaque niveau géographique d'intervention est représenté, que ce soit au niveau national, régional, départemental ou local.



Différents types d'interventions pour réduire les inégalités sociales de santé

Les contributeurs ont été interrogés sur la façon dont ils interviennent globalement dans leur pratique ou au sein de leur structure pour réduire les inégalités sociales de santé. Les personnes qui ont répondu à la consultation indiquent qu'elles-mêmes ou la structure dans laquelle elles travaillent, interviennent selon de multiples modalités, le plus souvent combinées entre elles, traduites dans le tableau ci-après (tableau 1).

On note en particulier la fréquence de ceux qui disent mener des actions de plaidoyer, que ce soit auprès des décideurs du secteur de la santé (40), ou auprès des décideurs d'autres secteurs (29).

Plus de la moitié mènent des interventions directes auprès des acteurs de santé (36) et/ou auprès d'acteurs d'autres secteurs (28), de même que sur le fonctionnement ou l'usage du système de santé (27).

S'agissant des interventions menées auprès du public, 30 contributeurs ont une approche collective, 24 une approche individuelle, 20 travaillent sur le renforcement des capacités d'autonomie des groupes.

Les autres domaines d'interventions sont la recherche (18), qui apparaît ici relativement important, au regard de son poids dans le secteur de la santé, ainsi que la veille sanitaire (17).

On relève également des interventions menées dans des milieux promoteurs de santé tels que le milieu scolaire (21), le milieu de la petite enfance (11), le milieu de travail (8) ou l'environnement (7).

Les études d'impact santé sont citées par six personnes.

Tableau 1 : Type d'interventions <i>(plusieurs types d'interventions possibles pour une même structure ou un même professionnel)</i>	
Plaidoyer auprès des décideurs et des intervenants en santé publique	40
Intervention auprès des intervenants en santé publique	36
Intervention auprès du public par une approche collective	30
Plaidoyer auprès des décideurs et des intervenants d'autres secteurs	29
Intervention auprès des intervenants d'autres secteurs	28
Intervention sur le fonctionnement ou l'usage du système de santé	27
Intervention auprès du public par une approche individuelle	24
Intervention sur le renforcement des capacités d'autonomie des groupes	20
Intervention en milieu scolaire	21
Recherche	18
Veille sanitaire / observation de la santé	17
Intervention en milieu de la petite enfance	11
Intervention en milieu du travail	8
Intervention sur l'environnement	7
Etude d'impact santé	6
Autres	3



Quelle est la perception globale des contributeurs ?

Des actions possibles malgré le poids des réalités socioéconomiques et parfois la faible volonté politique⁷

La plupart des contributeurs considèrent que les contraintes et limites sont en partie réductrices pour agir à leur niveau sur les inégalités sociales de santé, insistant sur le **poids des réalités socioéconomiques**, mais aussi parfois sur la **faible volonté politique, y compris dans le secteur de la santé**.

De façon générale, les contributeurs soulignent pêle-mêle des politiques contradictoires, des agendas politiques non concordants, des luttes de pouvoir, des lourdeurs institutionnelles, le morcellement des missions des collectivités, la complexité des organisations, l'absence de ressources dédiées à la transversalité, l'absence de formation des acteurs, les études d'impact en santé insuffisantes, l'innovation non encouragée, des contraintes temporelles, des difficultés récurrentes d'accès à la prévention et aux soins...

L'un des contributeurs précise que l'intérêt porté aux inégalités est relativement récent et vient se confronter en France au manque de ressources *ad hoc* pour mener une politique de santé publique au niveau local dont l'objet principal serait de réduire les inégalités : « *le terrain est actuellement marqué par une logique de survie qui est contre-productive* ».


Les contributeurs ont ainsi une perception négative de l'environnement et de leurs capacités à agir de façon globale.

Mais, ils ont aussi la conviction que des actions restent néanmoins possibles à leur échelle, parmi lesquelles des actions et stratégies de proximité, de partenariat et de formation et *in fine* de plaider, avec une forte motivation et la persévérance des porteurs de projets.

A ce titre, ils font état de divers leviers d'action, tels que :

- l'action menée à l'échelle locale ;
- l'amélioration de la connaissance du public concerné et de la prise en compte de leurs besoins dans une approche globale ;
- le renforcement des compétences des publics concernés et le développement de leur participation ;
- la mise en place de dispositifs de médiation ;

⁷ Les éléments développés dans ce paragraphe sont une synthèse des réponses aux questions ouvertes 5, 6, 7 et 8 de la première partie du questionnaire « Perceptions et attentes des intervenants en santé publique sur la réduction des ISS » : Q°5 - Selon vous, quels sont les principaux leviers et facteurs facilitants vous permettant de réduire les ISS ? Q° 6 - Selon vous, quelles sont les principales contraintes et limites qui vous freinent pour réduire les inégalités sociales de santé ? Q° 7 - Ces contraintes et limites sont-elles réductrices pour agir sur les inégalités sociales de santé ? Q° 8 - De quelle façon parvenez-vous à composer avec ces contraintes ?

- 
- l'implication des pairs ;
 - la conception d'outils adaptés au contexte et au public ;
 - le développement de partenariat, intra et intersectoriel ;
 - le développement des compétences des acteurs pour changer de posture au regard des personnes éloignées des services ;
 - le développement de formations des acteurs sur les approches interculturelles ;
 - la révision réaliste des objectifs, tout en restant acceptables ;
 - la mise en place d'évaluation ;
 - l'observation et la documentation des difficultés rencontrées ;
 - l'organisation de la remontée des besoins et des informations émanant du terrain ;
 - le travail de lobbying sur les freins connus à l'accès aux soins et l'application des textes réglementaires ;
 - la mobilisation des acteurs politiques et institutionnels à un niveau accessible, pour obtenir leur soutien politique et financier et obtenir les changements réglementaires nécessaires.

L'importance réelle du travail en partenariat et de l'intersectorialité

L'ensemble des personnes ayant contribué à la consultation déclarent mener des actions en partenariat, que ce soit avec des partenaires issus du secteur de la santé et/ou avec des partenaires issus d'autres secteurs. Ils cumulent plusieurs types de partenaires. Tous les secteurs sont globalement représentés.

Parmi les partenaires issus de la santé, nous retrouvons très majoritairement ceux qui agissent dans le domaine de la promotion de la santé (44), mais aussi ceux qui agissent plus spécifiquement au niveau de la prise en charge des patients (37), de la prévention médicalisée (34), de la protection sociale (25), de la recherche (22), de la veille sanitaire et de l'observation (21) ou encore de la santé environnementale (13).

Les secteurs, hors santé, principalement associés, sont le secteur social (40), le secteur médico-social (34), l'habitat (25), l'éducation (24), l'activité physique (22), l'enfance (22), l'emploi et l'insertion (18), l'environnement (15), l'aménagement du territoire (13), la culture (11), la justice (10) ainsi que les transports (7). Deux autres secteurs d'activité ont également été cités une fois chacun, celui de l'adolescence et celui de la police.



Les liens entre la recherche et le terrain à renforcer

Les modèles théoriques ou les résultats de la recherche sont-ils utilisés en pratique pour la conception et la mise en œuvre des interventions sur les inégalités sociales de santé ? A cette question, les deux tiers des contributeurs répondent qu'ils s'appuient dans la mesure du possible sur ces modèles ou ces résultats, y compris dans d'autres disciplines (37/57).

Près d'un tiers des contributeurs estiment toutefois que les modèles théoriques ne sont pas adaptés à la réalité de terrain (7) ou déclarent ne pas connaître de modèles théoriques ou de résultats de la recherche sur lesquels s'appuyer (9). Ils privilégient une approche empirique et les pratiques intuitives, notamment pour le travail sur les compétences psychosociales. Certains font remarquer le manque de thésaurus ou de banque de données sur des outils « robustes », ayant fait l'objet d'évaluation. Le lien entre les modèles théoriques et la réalité des actions n'est pas toujours évident. Une personne évoque que le fait de s'appuyer sur des références théoriques, pourtant existantes et pertinentes, n'est pas complètement intégré dans la culture française de santé publique.

Des supports existants mais pas suffisamment intégrés dans la pratique de terrain

Les contributeurs ont été interrogés sur le type de supports qu'ils utilisent dans leur pratique pour la conception et la mise en œuvre de leurs interventions. Les revues de littérature et autres publications (actes, rapports...) sont citées comme supports dans plus de la moitié des cas (35). Les formations ou temps d'échanges de pratiques que ce soit entre acteurs, avec des experts ou avec d'autres acteurs formés, sont également mentionnés par plus de la moitié des contributeurs (32). Certains d'entre eux font référence à des temps d'échanges ou de formations spécifiques avec les pairs ou les usagers. Les guides d'aide à l'action, de planification ou d'évaluation sont également utilisés, mais cités dans une moindre mesure (23).

Près d'un quart des contributeurs déclarent s'appuyer sur des expériences antérieures ou des expériences d'autres acteurs (en France ou à l'étranger), réussies ou non.

Plusieurs contributeurs indiquent utiliser différents supports ou sources, variables selon les contextes, les projets et les besoins. Ils insistent sur l'accompagnement nécessaire des acteurs, pour que ces supports soient intégrés à leur pratique de terrain, et ne soient pas vécus comme « *dogmatiques* » ou « *infaisables dans la vraie vie* ».

Ces retours, tant sur le besoin de renforcer les liens entre la recherche et le terrain que celui d'intégrer les supports existants à la pratique de terrain, corroborent les constats de développement nécessaire de la recherche interventionnelle et du transfert de connaissances, pour associer chercheurs et porteurs des actions afin de construire ensemble l'intervention la plus pertinente et la plus efficace.



Quelles sont les interventions menées pour agir sur les inégalités sociales de santé ?

Au total, 45 interventions ont été décrites, dont quatre actions ou politiques étrangères issues du Sénégal, de République Démocratique du Congo, de Belgique⁸ et du Canada (cf. liste des interventions en annexe 3).

Sur les 41 interventions menées en France, 40 ont finalement fait l'objet de l'analyse :

- 18 sont à visée spécifique de réduction des ISS,
- 22 sont à visée principale autre, mais prenant en compte l'impact sur les ISS.

Les quatre expériences étrangères ont été utilisées ici à titre d'illustration.

Différents points d'entrées et pistes d'action repérés

Des interventions qui visent plusieurs types de déterminants de façon simultanée

Les thématiques de santé abordées dans les interventions sont principalement la nutrition, une approche globale de la santé, l'hygiène de vie, la santé mentale ou encore les addictions en général et l'activité physique ou sportive (tableau 2).

⁸ La contribution issue de Belgique décrit en fait neuf projets différents de bonnes pratiques autour du logement en Wallonie (Inégalités de santé et initiatives locales) [n°29].




Tableau 2 : Thématiques de santé abordées (*)	
<i>(plusieurs thématiques de santé possibles pour une même intervention)</i>	
Nutrition	16
Santé globale, bien-être	15
Hygiène de vie	13
Santé mentale	13
Addictions en général	10
Activités physiques et sportives	9
Maladies chroniques	7
VIH / Sida	6
Cancer	5
Hépatite	5
Maladies cardio-vasculaires	5
Santé bucco-dentaire	5
Sexualité	5
Vaccination	5
Tuberculose	4
Maladies respiratoires	3
Saturnisme et autres pathologies liées au mal-logement	3
Toxicomanie	3
Santé périnatale	2
Tabac	2
Alcool	1
Déficiences et handicaps	1
Santé reproductive	1
<i>Autres (souffrance psychique, stress, autres IST, isolement, dépendance, vieillissement, violences, ...)</i>	26

Selon les déclarations des répondants, les facteurs liés au système de santé sont les déterminants le plus souvent visés par les interventions (36/40). Les trois quarts des interventions ciblent des facteurs environnementaux (conditions de vie et de travail, habitat, environnement social...) (29/40). Plus de la moitié des interventions abordent des questions de santé liées au comportement ou au mode de vie (la nutrition en majorité, l'hygiène de vie, la pratique d'une activité physique, les addictions en général, la consommation de substances psychoactives ou encore la sexualité) (24/40) (tableau 3).

Les interventions qui visent le système de santé sont essentiellement des actions de formation des professionnels de santé, de coordination de réseau, d'accès aux services de prévention et de soins et à la couverture maladie, d'accès au tiers payant... Par exemple, le programme « *Accès santé jeunes* », destiné aux jeunes de 16-25 ans suivis par une mission locale, vise l'accès à une couverture complémentaire santé, la compréhension du système de soins et de protection sociale et l'accompagnement des jeunes dans le cadre d'actions de prévention [n°15].

Parmi les exemples d'interventions qui visent l'environnement, nous retrouvons l'espace d'accueil et d'accompagnement pour les patients migrants VIH+ en situation de vulnérabilité qui agit notamment sur les réseaux sociaux [n°6], ou

encore le dispositif d'hébergement des jeunes en errance qui vise les conditions de vie et la situation socioéconomique [n°7].

Notons également les expériences relatées en Wallonie (Belgique) qui ont pour objectif de favoriser un habitat et des lieux de vie de qualité, en intervenant sur les facteurs de risques (humidité, pollution, mauvaise hygiène de vie, absence de réseau social, etc.), comme sur les facteurs protecteurs (activité physique, liens sociaux, estime de soi, etc.) [n°29].

La moitié des interventions visent de façon simultanée les trois catégories de déterminants que sont les comportements liés à la santé, le système de santé ou les déterminants socioéconomiques (19/40). Par exemple, l'intervention de la Protection judiciaire de la jeunesse pour la promotion de la santé vise les compétences psychosociales des jeunes pris en charge, l'inscription sociale par la réinsertion professionnelle ou scolaire, l'étayage familial, l'accès aux droits et aux soins et la réalisation d'actes de prévention [n°22].

Autre exemple, l'action menée dans les quartiers nord-est parisiens, Belleville Amandiers, qui a pour objectif de permettre aux femmes enceintes et aux couples de bénéficier d'un parcours d'accès à la santé périnatale adapté, vise, entre autres, les compétences psychosociales et parentales des personnes concernées, leurs conditions de logement, ainsi que l'articulation des dispositifs existants et professionnels pour une prise en charge globale et précoce [n°19].

Tableau 3 : Déterminants visés	
<i>(plusieurs déterminants visés possibles pour une même intervention)</i>	
Déterminants liés au système de santé	36
- Prévention	32
- Accès aux soins	30
Déterminants environnementaux	29
- Habitat et zone de résidence	14
- Environnement culturel / éducation	12
- Réseaux sociaux	12
- Activité/chômage	8
- Revenus	6
- Accès à l'eau et à la nourriture	3
- Niveau d'études	2
- Conditions de travail	2
- Environnement physico-chimique	1
- Environnement biologique	1
Déterminants comportementaux	24
- Psychologie, styles de vie	16
- Mode de nutrition	16
- Sexualité	7
Déterminants biologiques	10
- Age	10
- Biologie, physiologie	1
- Sexe	2
- Génétique	0



Des interventions qui ne visent pas toutes exclusivement des publics en situation de vulnérabilité sociale

Les publics visés par les interventions sont répartis dans le tableau 4 ci-après.

Plus des trois quarts des interventions (32/40) visent des populations en vulnérabilité sociale, la moitié (19/40) visent des populations, soit exposées à des facteurs de risque du fait de comportements individuels (15), soit porteuses de maladies chroniques (14), soit exposées à des facteurs de risques environnementaux (4). A cet effet, le programme « *santé-logement* » cible par exemple des publics dont les conditions de logement insalubres impactent directement leur santé (risque de saturnisme infantile, maladies respiratoires et autres pathologies liées au mal-logement) [n°14].

Près d'un tiers (14/40) sont des interventions visant tout public. La majorité de ces interventions dites « tout public » ou « universelles » visent également de façon spécifique ou renforcée les populations en vulnérabilité sociale. Pour exemple d'action menée selon ce principe d'universalisme proportionné, le programme départemental de prévention bucco-dentaire en Seine-Saint-Denis cible tous les enfants jusqu'à 12 ans et leurs parents, dans les structures d'accueil de jeunes enfants, en milieu scolaire et périscolaire, mais avec des actions renforcées dans les écoles situées en ZEP et auprès de familles dans les quartiers prioritaires [n°33]. De même, si la promotion des dépistages organisés des cancers a pour vocation de toucher l'ensemble de la population, il existe des actions renforcées sur certains territoires, quartiers ou zones rurales, comme le montrent les exemples décrits à Paris (« *Flandre Rose* ») [n°23], à Strasbourg dans le cadre des Ateliers Santé Ville [n°41], ou encore en Auvergne en milieu rural [n°25].

Deux interventions visent exclusivement un public généraliste, il s'agit des programmes strasbourgeois. L'un, « *Je me bouge dans mon quartier* », a pour objet d'intégrer l'activité physique dans tous les moments de la vie de l'enfant [n°39], le second, le maillage urbanistique de parcours sport-santé, s'appuie sur la volonté de la collectivité de développer l'activité physique pour tous, dans toute la ville [n°40].

Quelle que soit la situation sociale des bénéficiaires, trois interventions ciblent de façon exclusive des publics exposés à d'autres facteurs de vulnérabilité, tels le handicap ou les maladies chroniques. Il s'agit du projet « *Santé orale et autonomie pour les personnes en situation de handicap* » [n°8], du réseau de soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur à domicile [n°3] et du programme pour réduire l'hypertension « *Tensioforme* » [n°37], dont on verra plus tard que son impact sur les ISS a été jugé négatif par ses porteurs, au regard de la plus faible participation des employés et des ouvriers, par rapport à celle des cadres.

Quelques interventions visent principalement les professionnels : les formations destinées aux professionnels pour repérer et accompagner les populations vulnérables ou organiser des ateliers d'éducation pour la santé [n°9, 16], ou encore le séminaire concernant le plaidoyer sur les déterminants sociaux de la santé [n°38]. Un autre exemple est celui de la réalisation d'une plaquette à destination des professionnels dans le champ de l'accès aux soins : il s'agit d'améliorer l'orientation des habitants d'un quartier CUCS à la Rochelle, en mettant à disposition des acteurs de terrain une synthèse des aides et des services accessibles dans le quartier [n°35].




Tableau 4 : Publics bénéficiaires <i>(plusieurs types de publics possibles pour une même intervention)</i>	
Personnes en situation de vulnérabilité sociale	32
Personnes exposées à des facteurs de risques du fait de comportements individuels	15
Personnes porteuses de maladies chroniques	14
Public généraliste / tout public	14
Universalisme proportionné (*)	12
Personnes exposées à des facteurs de risques environnementaux	4
Personnes en situation de handicap	2
Professionnels	16

Si parmi les actions décrites, 12 n'ont pas d'approche populationnelle, les autres s'adressent à des populations particulières, majoritairement en fonction de l'âge (tableau 5). Les actions vers les plus jeunes traitent des questions de langage, de nutrition, d'activité physique, de prévention bucco-dentaire. Les actions spécifiques vers les personnes âgées tendent à maintenir un lien social et à lutter contre l'isolement. Par exemple, le programme de promotion de la santé pour les plus de 60 ans dans le quartier de Woippy (Moselle-Lorraine) vise à développer des actions intergénérationnelles sur le quartier, notamment *via* l'implication de jeunes volontaires [n°43].

Il existe également un nombre important d'actions ciblant les femmes. Il s'agit principalement d'actions liées au dépistage des cancers féminins [n°23, 25, 41], d'actions de périnatalité [n°19] ou encore du programme de prévention et de réduction des risques auprès des femmes chinoises se prostituant [n°36].

Tableau 5 : Approches populationnelles <i>(plusieurs approches populationnelles possibles pour une même intervention)</i>	
Pas d'approche populationnelle	12
Petite enfance (< 6 ans)	5
Enfants (6 < 11 ans)	4
Adolescents (12 < 16 ans)	3
Jeunes (16-25 ans)	6
Adultes (25-60 ans)	6
Personnes âgées (> 60 ans)	6
Femmes	7
Migrants	6
Familles	5
Usagers de drogues	4
Personnes handicapées	3
Populations carcérales	2
Autres (personnes vivant dans un logement indigne, travailleurs du sexe, personnes à la rue, salariés d'entreprise...)	9



Les interventions menées peuvent avoir des effets sur des bénéficiaires indirects. Il s'agit souvent de l'entourage, notamment lorsque les déterminants visés sont comportementaux (modes de nutrition, style de vie, etc.). Nous pouvons citer comme exemple les actions coordonnées de prévention de l'obésité pédiatrique à Toulouse [n°12], ou encore le programme de prévention VIH, hépatites, IST et tuberculose [n°42].

Le programme de prévention en santé bucco-dentaire décrit en milieu carcéral utilise une ingénierie collective, qui permet de toucher l'ensemble de la population carcérale, notamment par la diffusion de messages au sein de la chaîne de télévision interne [n°2].

Les actions qui visent de façon plus générale le système de santé ou qui ont des objectifs de plaidoyer (information sur les dispositifs d'accès aux soins, pratique du tiers payant, formation des professionnels de santé, promotion de politiques...) ont de fait des effets sur l'ensemble de la population.

Le fait de mobiliser des relais au sein des communautés permettant de toucher de façon plus large la population est également cité à plusieurs reprises, notamment dans les programmes de dépistage organisé du cancer du sein dans les quartiers.

Les partenaires ou encore leurs publics respectifs sont également considérés comme des bénéficiaires indirects des interventions menées.

Une participation du public concerné plus ou moins effective

Dans la majorité des interventions décrites, le public concerné participe à la démarche et ce, à différents niveaux (23/40).

Les implications sont diverses :

- participation au diagnostic initial, souvent au sein d'ateliers collectifs des usagers ou des habitants, comme le programme d'actions coordonnées de prévention de l'obésité pédiatrique [n°12] ;
- participation à l'élaboration du cadre d'intervention, comme le projet des centres de santé en Moselle, qui a mobilisé un groupe de personnes en situation de précarité pour l'élaboration [n°44] ;
- participation à la conception des outils, comme le projet « *Accès santé jeunes* » où les jeunes ont travaillé sur la réalisation d'un DVD d'informations sur la protection sociale [n°15] ;
- participation à des formations avec les professionnels, comme le programme de formations croisées entre professionnels de la santé et des personnes en grandes difficultés sociales [n°18] ;
- participation au choix des sujets abordés, comme lors des ateliers santé organisés avec les personnes en situation de précarité, éloignées de la prévention et du soin [n°21] ;
- relais auprès de la population bénéficiaire, comme les programmes de promotion des dépistages organisés du cancer du sein au sein d'un quartier [n°23, 41], ou le programme de prévention des troubles du langage par le développement de la parentalité positive, qui mobilise des habitants-relais, préalablement formés [n°24] ;

- 
- implication de travailleurs pairs, comme le programme de prévention et de réduction des risques auprès des femmes chinoises se prostituant [n°36].

Quelques répondants ont par ailleurs intégré les questionnaires de satisfaction renseignés par les publics bénéficiaires comme de la participation à l'évaluation.

Le programme d'éducation aux risques liés à l'injection auprès des usagers de drogue prévoit l'implication des bénéficiaires dans la mise en œuvre du projet, mais ce n'est pas encore effectif pour l'instant [n°28].

Des leviers d'intervention utilisés le plus souvent de façon complémentaire


Les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé peuvent se répartir en plusieurs catégories de leviers d'intervention (Whitehead, 2007). Elles s'inscrivent également dans les stratégies de promotion de la santé de la Charte d'Ottawa.

Ainsi, selon les informations disponibles, nous avons réparti les interventions décrites selon les leviers d'interventions suivants, utilisés le plus souvent de façon complémentaire (tableau 6) :

- le renforcement des capacités des individus, qui vise l'amélioration des connaissances, l'estime de soi, l'acquisition de compétences pratiques, etc. ;
- le renforcement des capacités des communautés, qui vise à renforcer la cohésion et le soutien social, pour lutter contre l'exclusion et l'isolement des individus et développer les solidarités ;
- l'amélioration des conditions de vie et de travail qui englobent également l'accès à des biens et des services essentiels, comme l'alimentation, l'enseignement, le logement, l'aide sociale mais aussi les soins de santé, s'agissant de viser au développement d'environnements sains et favorables à la santé ;
- la promotion de mesures politiques favorables à la santé, intersectorielles, qui s'adressent à l'ensemble de la population, y compris à l'échelle d'un territoire ;
- la réorientation des services de santé qui inclut la formation des professionnels et qui vise à faire évoluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant notamment sur la totalité des besoins de l'individu.

La grande majorité des interventions décrites reposent sur le renforcement des capacités des individus (33/40), stratégie le plus souvent combinée à des leviers liés aux conditions de vie et de travail et/ou à des leviers communautaires (30/33). Certaines interventions utilisent néanmoins l'acquisition d'aptitudes individuelles comme unique stratégie d'intervention. C'est le cas des programmes d'hygiène bucco-dentaire et de nutrition et d'activité physique en milieu carcéral [n°2, 4], ainsi que du programme de réduction de l'hypertension artérielle « *Tensioforme* » [n°37].

Un tiers des interventions utilisent des leviers communautaires (14/40) : recrutement d'« ambassadeurs », de médiateurs ou formateurs issus de la communauté, implication de groupes d'habitants ou d'(ex)usagers, organisation d'activités



communes, etc. Les programmes de promotion du dépistage organisé du cancer du sein dans les quartiers reposent par exemple sur l'implication des femmes du quartier, dites « habitantes-relais » [n°23, 41]. Les formations des professionnels de santé avec l'apport de l'expérience des personnes en situation de précarité sont également un exemple de stratégie communautaire [n°18]. L'espace d'accueil et d'accompagnement pour les patients migrants séropositifs au VIH a pour objectif d'autonomiser les personnes concernées et de leur rendre une dignité sociale, ce qui se traduit par l'organisation de repas collectifs, d'activités de valorisation du corps et du savoir-faire [n°6].


Près des trois quarts des interventions tendent à développer des environnements favorables à la santé, en visant l'amélioration des conditions de vie ou de travail et/ou de l'accès à la prévention et aux soins (29/40). Le dispositif d'hébergement pour les jeunes en errance prévoit par exemple des activités rémunérées à la journée ou des activités culturelles de médiation [n°7].

Le programme de prévention de l'aggravation d'une fragilité sociale liée à l'annonce de la pathologie cancéreuse et à ses conséquences médicales, psychiques, sociales, familiales et professionnelles, organise, outre le repérage de la fragilité sociale, le soutien social et psychologique des personnes et leur orientation selon leur situation [n°17].

L'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins est par exemple l'un des objectifs centraux des interventions décrites à l'instar des centres gratuits d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde [n°13] ; des permanences d'accès aux soins de santé, dispositif implanté dans l'hôpital, qui vise à faciliter l'accès au système de santé des patients et à leur prise en charge, quelle que soit leur situation, et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits [n°26] ; des centres de santé de proximité [n°44] ; ou encore des centres de santé municipaux qui pratiquent le tiers payant intégral et la tarification en secteur 1 opposable de la sécurité sociale pour faciliter l'accès aux soins de santé primaires et aux soins spécialisés pour tous [n°5].

Notons par ailleurs l'exemple du programme de prévention des maladies chroniques chez les personnes âgées au Sénégal, qui, outre la sensibilisation sur la prévention des maladies chroniques et le dépistage, prévoit également la prise en charge médicale gratuite, notamment de certains traitements et examens, pour les personnes sans couverture sociale [n°27].

Selon les informations recueillies, près d'une dizaine d'interventions décrites concourent à la promotion de macro-politiques favorables à la santé, au niveau intersectoriel, qu'il s'agisse d'une politique globale, à l'instar de la politique de promotion de la santé menée par la Protection judiciaire de la jeunesse [n°22], ou d'une décision à l'échelle d'un territoire, à l'instar du projet de maillage urbanistique favorisant l'activité physique sur la ville de Strasbourg [n°40]. Il s'agit également d'actions de plaidoyer ou d'aide à la décision. Le séminaire interactif « *L'action sur les déterminants sociaux de la santé : réflexions européennes et stratégies pour la France* » avait pour objet, entre autres, de favoriser l'intégration des déterminants sociaux de la santé dans les pratiques et décisions en santé publique [n°38]. Les actions décrites par Médecins du Monde dans le cadre de cette consultation ont toutes un objectif de plaidoyer pour le respect des droits fondamentaux et la réduction des inégalités sociales de santé [n°13, 14, 28, 36, 42]. De même, le dispositif Marseille Observation Santé met à disposition des décideurs locaux, des



indicateurs et analyses sur les déterminants influençant les inégalités sociales de santé [n°11].

Nous pouvons également citer comme exemple étranger l'enquête sur les déterminants sociaux et familiaux des comportements sexuels à risque des IST/sida parmi les adolescents en milieu urbain en RDC [n°20].

Indiquée comme une stratégie d'intervention dans la Charte d'Ottawa, la réorientation des services de santé qu'il s'agisse de coordination, de mise en lien, de formation ou de sensibilisation de professionnels concerne également près des trois quarts des interventions (29/40), le plus souvent combinée avec d'autres stratégies d'intervention. Pour exemple, le programme d'accès à l'éducation thérapeutique destiné aux patients diabétiques, dit de proximité, a notamment pour objet de faciliter la coordination et la continuité des soins, par une utilisation plus rationnelle des ressources et par le développement du partenariat avec l'ensemble des professionnels de santé, services hospitaliers, collectivités territoriales, services sociaux, associations partenaires, afin de faciliter l'accès à la prévention et aux soins en développant des dispositifs de mobilisation et d'accompagnement adéquats [n°45].

Le programme de réduction des risques cardio-vasculaires « *Je t'aime mon cœur* », destiné à des adultes présentant un ou plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire, mobilise les médecins traitants pour qu'ils orientent les patients concernés vers des cellules éducatives, qui leur offrent un accompagnement gratuit, personnalisé et pluridisciplinaire [n°34].

Le réseau de santé Intermed, dispositif de médiation et de coordination santé en direction des personnes en situation d'isolement et de vulnérabilité vivant en résidence sociale, insiste sur le principe de modalités d'intervention de proximité inscrites dans la durée, notamment par la médiation entre les résidents et les réseaux d'acteurs médicaux et sociaux et par l'appui à la coordination des prises en charge des personnes dans leur globalité [n°10].

Tableau 6 : Leviers utilisés (*)	
<i>(plusieurs leviers possibles pour une même intervention)</i>	
Renforcement des capacités des individus	33
Amélioration des conditions de vie et de travail / Développement d'environnements favorables	29
Réorientation des services de santé	29
Renforcement des capacités des communautés	14
Promotion de mesures politiques favorables à la santé	9

L'Institut national de santé publique du Québec a participé à la consultation, ses interventions d'expertise et d'accompagnement visant à soutenir la prise de décision, à agir sur les politiques et à contribuer à des interventions gouvernementales. Il souligne ainsi l'importance de la coordination et de la cohérence de l'action de lutte contre les inégalités sociales de santé entre les différents piliers de gouvernance du système de santé [n°32].



Une ingénierie mixte, individuelle et collective, pour les actions de renforcement des capacités des individus

Une intervention peut viser le renforcement des capacités des individus tout en mobilisant une ingénierie collective, en s'adressant par exemple à tout un groupe en même temps. Les consultations ou entretiens sont à l'inverse un exemple d'ingénierie individuelle.

On retrouve une ingénierie mixte (individuelle et collective) dans près de deux tiers des cas (21/33) (tableau 7).

Par exemple, le projet de santé bucco-dentaire auprès de personnes en situation de handicap combine des ateliers de groupe et la mise en place de protocoles d'hygiène individualisés [n°8]. Le projet d'éducation aux risques liés à l'injection associe des séances individuelles d'accompagnement et des sessions collectives de sensibilisation (ateliers, projection de films...) pour les usagers [n°28].

Tableau 7 : Ingénierie (*) <i>(association possible pour une même intervention)</i>	
Individuelle	28
Collective	25
Mixte	21

Des interventions menées sur tous les niveaux de prévention

Les interventions décrites ont été réparties selon le niveau de prévention primaire, secondaire et tertiaire, défini par l'OMS (tableau 8).

Moins de la moitié des interventions (17/40) relèvent de la prévention primaire, recherchant toutes le changement de comportements.


C'est le cas par exemple d'actions à visée prescriptive comme le programme de prévention bucco-dentaire en milieu carcéral [n°2] ou d'actions qui visent à développer un environnement favorable comme le programme d'aménagement urbain pour favoriser la pratique sportive à Strasbourg [n°40].

Un nombre identique d'interventions (17/40) relèvent de la prévention secondaire : dépistage hypertension, diabète, cancer, VIH, hépatites, IST, tuberculose, troubles du langage, troubles dentaires, obésité, etc.

Les actions de prévention tertiaire (14/40) traitent des questions d'accompagnement de personnes vivant avec une maladie chronique, de prise en charge, d'éducation thérapeutique, de soins palliatifs, etc.

Certaines interventions décrites (14) sont inclassables au regard du type d'actions menées (séminaire de réflexion, pratique du tiers payant, dispositif d'hébergement des jeunes en errance...) ou de l'information disponible.

Treize interventions agissent sur deux, voire trois niveaux simultanément. C'est le cas par exemple du programme de prévention VIH, hépatites, IST dont les activités



consistent à la fois à mener des entretiens de counseling, à faire ou orienter vers un dépistage (au travers des tests rapides d'orientation diagnostique ou des orientations vers des centres de dépistage anonymes et gratuits), et à accompagner les personnes séropositives dans leur prise en charge [n°42].

Tableau 8 : Niveau de prévention (*)	
<i>(plusieurs niveaux de prévention possibles pour une même intervention)</i>	
Primaire	17
Secondaire	17
Tertiaire	14
<i>Inclassable</i>	<i>14</i>



Une mise en œuvre des interventions qui reflète leur diversité

Des interventions co-portées pour moitié d'entre elles

Parmi les répondants, les principaux porteurs des interventions décrites sont des associations spécialisées en santé publique (15/40), des collectivités territoriales (mairies, conseils généraux, EPCI...) (11/40), les services de l'Etat (essentiellement ARS) (9/40), des réseaux de soins, des établissements médicaux, l'assurance maladie... (tableau 9).

Les interventions sont portées pour moitié par des organisations uniques (22), l'autre moitié est co-portée (18).

Certaines interventions décrites sont co-portées (ou portées directement) par des structures qui ne sont pas issues du secteur de la santé. C'est le cas du programme de promotion de la santé des jeunes porté par la Protection judiciaire de la jeunesse [n°22], du programme « *Je me bouge dans mon quartier* », programme d'activité physique à destination des enfants, co-porté par l'Education nationale [n°39], ou encore du programme d'aménagement urbain pour favoriser la pratique sportive co-porté par les services de l'urbanisme de la communauté urbaine de Strasbourg [n°40].

Notons également l'exemple des initiatives pour améliorer l'habitat et la qualité de vie en Belgique, la thématique du logement ayant été choisie spécifiquement « *parce qu'elle n'est pas santé au départ* », et parce qu'elle permet une transversalité au niveau des différentes politiques qui relèvent de la compétence de la Région [n°29].

Association spécialisée en santé publique	15
Collectivité territoriale	10
Agence publique ou service de l'Etat, déconcentré ou central	9
Réseau de soins et prévention	8
Assurance maladie	7
Etablissement médical	7
Autre association intervenant en santé publique mais dont ce n'est pas la mission première	5
Centre de santé (municipal, associatif, mutualiste, assurance maladie)	4
Etablissement médico-social	3
Association de patients ou d'usagers	2
Mutuelle	2
Université	2
Professionnels de santé libéraux	1
Etablissement public de coopération intercommunale – EPCI	1
Autre organisme de protection sociale	1
Autres (bailleur social, fondation...)	2



Des niveaux et lieux d'intervention variables

Parmi l'ensemble des interventions décrites, six d'entre elles sont terminées (au jour de la consultation⁹). Il s'agit d'actions ponctuelles (formations, ateliers ou séminaire), mais aussi de deux programmes de prévention bucco-dentaire, l'un auprès de la population carcérale [n°2], l'autre auprès de personnes handicapées [n°8].

A peine un tiers des répondants considèrent que leur intervention est pérenne, c'est-à-dire appelée à durer dans le temps. On note toutefois que davantage d'interventions ne sont pas délimitées en temps. Si l'on peut penser que les informations sont parcellaires pour certaines actions, ce différentiel pourrait également s'expliquer par le fait que certaines actions n'ont pas vocation à perdurer définitivement, même si elles n'ont pas de fin programmée, comme c'est le cas par exemple des centres gratuits d'accueil, de soins et d'orientation de MdM [n°13].

Si chaque niveau géographique d'intervention est représenté, que ce soit au niveau national, régional, départemental ou local, et variable selon le type d'intervention et le public visé, nous retrouvons une vingtaine d'actions, dites de proximité, menées à l'échelle du quartier ou des zones prioritaires (actions de périnatalité, dépistage organisé des cancers, programme d'aménagement urbain pour privilégier l'activité physique, promotion de la santé des personnes âgées, etc.).

Lorsqu'il s'agit d'un programme national, comme l'exemple du programme de promotion de la santé de la Protection judiciaire de la jeunesse, « *la déclinaison des orientations nationales doit se faire jusqu'au niveau territorial le plus fin* », comme le précise le contributeur [n°22].

S'agissant des milieux d'intervention, certains comme le milieu de la formation ou le milieu du travail sont peu ou pas représentés dans ce premier panel. Des exemples d'initiatives dans ces domaines, entre autres, devront faire l'objet d'un recueil complémentaire ciblé.

⁹ D'autres ont été menées à terme depuis.



Tableau 10 : Déroulement des interventions	
En cours	34
Finie	6
Pérenne	12
Durée	
- 1 jour - 1 semaine	2
- 1 - 6 mois	4
- 1 - 2 ans	4
- 3 - 5 ans	9
- Supérieur à 10 ans	0
- Pas de durée délimitée	17
- Ne sait pas	4
Niveau territorial <i>(plusieurs niveaux territoriaux possibles pour une même intervention)</i>	
- National	8
- Interrégional	1
- Région	8
- Département	13
- Canton	2
- Pays	0
- Agglomération	2
- Communauté de communes	2
- Commune	9
- Arrondissement	3
- Quartier	11
- Zone prioritaire	7
- Autres (<i>IRIS</i>)	1
Lieux et milieux d'intervention <i>(plusieurs lieux et milieux d'intervention possibles pour une même intervention)</i>	
- Structures d'accueil associatives	17
- Etablissements médicaux, dont centres de santé	16
- Etablissements médico-sociaux	9
- Etablissements sociaux	8
- Etablissements d'accueil du jeune enfant	6
- Cabinets individuels (médicaux/paramédicaux)	5
- Maisons de santé pluridisciplinaires	3
- Rue, squats	7
- Milieu familial	7
- Milieu de l'insertion	6
- Milieu scolaire	5
- Milieu sportif	4
- Milieu carcéral	4
- Milieu périscolaire	3
- Milieu de la formation	2
- Milieu de la culture / du loisir	2
- Milieu du travail	1
- Autres (espaces publics, équipes mobiles, foyers et résidences sociales...)	8

Des interventions qui mobilisent toutes des équipes pluri-professionnelles

Toutes les interventions sont menées par des équipes pluri-professionnelles, très souvent composées de professionnels de santé.

Le quart inclut des pairs ((ex)-usagers, bénéficiaires, personnes malades, habitants du quartier...) (11/40).

Le nombre de professionnels impliqués est variable d'une action à l'autre et peut également dépendre du nombre de sites où l'action est déployée (exemple du programme départemental de vaccination de Seine-Saint-Denis qui implique près de 600 professionnels dans tout le département [n°31]).

Tableau 11 : Types de professionnels mobilisés	
<i>(plusieurs types de professionnels possibles pour une même intervention)</i>	
Médicaux	30
Paramédicaux	28
Travailleurs sociaux (éducateurs spé, AS...)	22
Cadre de santé, directeurs établissements, responsable réseau, coordinateurs...	18
Professionnels de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé	14
Personnels administratifs et secrétariat	11
Psychologues	8
Institutionnels	7
Médiateurs	5
Diététiciens	4
Universitaire, enseignants	4
Autres (<i>insertion, éducateurs sportifs, animateurs, cuisine, interprètes, habitat, aide à domicile, aménagement urbain...</i>)	15
Ne sait pas	4
Nombre de professionnels impliqués	
- < 10	9
- 10 à 20	9
- 20 à 50	11
- 50-100	3
- 200	1
- 600	1
- > 1000	1
- Ne sait pas	5

Des interventions qui s'inscrivent quasiment toutes dans un cadre défini

La très grande majorité des interventions décrites s'inscrivent dans un cadre politique ou dans des dispositifs définis (33/40) (tableau 12). Les acteurs se saisissent de ce type de cadre qui légitime leurs actions et facilitent leurs financements. Cela renforce la nécessité d'avoir une politique nationale explicite et

cohérente de réduction des inégalités sociales de santé, avec un suivi d'indicateurs spécifiques.

Sont cités différents plans nationaux auxquels se réfèrent les interventions : plan de prévention bucco-dentaire, politique de santé des personnes placées sous main de justice, plan nutrition santé, plan santé-environnement, plan cancer, plan hépatites, plan de lutte contre le VIH, plan de lutte contre la tuberculose, programme de l'amélioration de la politique vaccinale...

La plupart d'entre elles correspondent à des priorités fixées dans le cadre des programmes régionaux de santé et certaines dans le cadre de la politique de la ville. Sont mentionnés les CLS, les ASV, les CUCS...

Certaines actions correspondent au projet santé et/ou social spécifique de la ville : exemples de Bordeaux, Marseille, Strasbourg...

Les interventions cumulent plusieurs sources de financement.

Trois porteurs n'identifient pas de cadre politique de leurs interventions, ce qui laisse présager une interprétation différente de la question. De même, nous avons constaté dans les réponses des logiques différentes pour considérer les sources de financement. Ces questions devront être creusées ultérieurement.

Tableau 12 : Cadre politique et financeurs	
Cadre politique ou dispositif défini	
- Oui	33
- Non	3
- Ne sait pas	4
Financeurs	
<i>(plusieurs financeurs possibles pour une même intervention)</i>	
- Fonds propres	16
- Collectivités territoriales	17
- EPCI	1
- Etat	8
* Santé	5
* Intérieur	0
* Education nationale	0
* Jeunesse et cohésion sociale	1
* Justice	1
- Agence régionale de santé (ARS)	23
- Assurance maladie	9
- INPES	2
- Acsé	6
- Autre agence nationale (INCa)	1
- Mutuelles	2
- Fondations	5
- Partenaires privés à but lucratif	2
- Autres <i>(fonds européen d'intégration)</i>	1



Des interventions toutes menées en partenariat, le plus souvent au niveau intersectoriel

La quasi-totalité des interventions décrites sont menées avec des partenaires du secteur de la santé (39/40) mais plus des trois quarts font intervenir un autre secteur (34/40), essentiellement des secteurs social ou médico-social, mais aussi de l'enfance/petite enfance, de l'activité physique, de l'habitat, de l'emploi et de l'insertion, de l'éducation, de la culture et de la justice.

Tableau 13 : Partenaires	
Partenaires du secteur de la santé	39
Partenaires des autres secteurs <i>(plusieurs secteurs possibles pour une même intervention)</i>	34
- Social	24
- Médico-social	18
- Enfance / petite enfance	11
- Activité physique / sports	11
- Habitat	9
- Emploi / insertion	8
- Education	7
- Justice	6
- Culture	6
- Aménagement du territoire	2
- Environnement	2
- Transport	1



Regards des porteurs sur les interventions et leurs effets

Autant d'exemples qui montrent la diversité des actions possibles et qui permettent de s'interroger sur les différentes façons d'agir sur les inégalités sociales de santé, pour qui, avec quels objectifs, quels moyens, quel suivi pour mesurer les effets.

Des travaux existants (Graham & Kelly, 2004 ; Whitehead & Dahlgren, 2006 ; Urban Heart 2008 ; CDSS-OMS, 2008) montrent qu'il existe plusieurs approches qui peuvent être complémentaires et interdépendantes, pour faire face aux inégalités sociales de santé :

- l'amélioration de la santé des groupes défavorisés par des programmes ciblés ;
- la réduction des écarts de santé entre les groupes les défavorisés et les groupes les moins défavorisés ;
- la réduction des différences entre tous les groupes de la société, donc pas uniquement entre les groupes les plus et les moins défavorisés mais également en tenant compte des groupes intermédiaires (gradient social).

Ainsi, les porteurs ont été interrogés sur la visée de leur intervention. Les trois quarts visent à augmenter le niveau de santé globale de la population ciblée (30/40), 15 de façon exclusive. Plus de la moitié visent, quant à elles, à rattraper les écarts de santé entre les différents groupes (23/40).

Les informations recueillies ne nous permettent cependant pas de cerner et de rendre compte avec précision de l'approche adoptée par les différents intervenants en fonction des publics cibles. Ces questions devront faire l'objet d'échanges plus approfondis et de réflexions partagées avec les porteurs de projets.


Des effets estimés plutôt favorables sur les inégalités sociales de santé

Toutefois, sans présumer de la présence de critères favorables ou défavorables pour mener des actions qui visent à réduire les inégalités sociales de santé, les contributeurs ont été interrogés quant aux effets qu'ils perçoivent sur ces inégalités.

Si la majorité des interventions ont, selon les porteurs, des effets favorables sur la réduction des ISS, trois sont toutefois jugées comme ayant eu des effets moyens ou variables selon les groupes (tableau 14).

Par exemple, l'action de dépistage systématique de la tuberculose en Seine-Saint-Denis est, selon les porteurs, centrée sur la maladie et pas assez sur les déterminants, ce qui en amoindrit l'impact, même si l'action reste très bénéfique pour certaines franges de la population destinataire [n°30].

De même, le programme départemental de vaccination de Seine-Saint-Denis qui vise l'amélioration de la couverture vaccinale de l'ensemble de la population, mettait gratuitement à disposition jusque-là les vaccins inscrits au calendrier vaccinal. Or, le coût élevé des nouveaux vaccins inscrits dans le calendrier vaccinal (comme le



vaccin pédiatrique hexavalent ou le vaccin contre le HPV) ne permet plus leur prise en charge systématique par les collectivités, ce qui contribue à créer de nouvelles inégalités dans l'accès à la vaccination [n°31].

Des expériences telles que la promotion du dépistage du cancer du sein dans les quartiers (*Flandre Rose*) [n°23] ou encore les initiatives pour l'amélioration de l'habitat et de la qualité de vie en Belgique [n°29] combinent une multitude de leviers d'interventions et de conditions plutôt favorables mais restent jugées par leurs porteurs comme ayant eu un effet moyen sur les ISS. Il serait intéressant de documenter et de partager plus avant ce constat et cette analyse avec les porteurs.

L'une des interventions est considérée comme ayant eu des effets négatifs. Il s'agit d'un programme pour réduire l'hypertension, dont les objectifs sont d'améliorer l'hygiène de vie et réduire les facteurs de risque cardio-vasculaire, d'éviter l'entrée dans la maladie hypertensive lorsqu'on a des facteurs de risque cardio-vasculaire et d'éviter les complications lorsque l'on est hypertendu, au travers de plusieurs modules : arrêt du tabac, équilibre alimentaire, activité physique adaptée et éducation thérapeutique. En effet, les résultats de l'intervention ont montré que les populations des catégories socioprofessionnelles employés ou ouvriers avaient moins participé au programme que les catégories cadres ou intellectuelles [n°37].

Favorable	26
Moyen (variable ou nuancé)	3
Négatif	1
Pas d'avis	9

Des évaluations prévues, sous des formes diverses, pour la quasi-totalité des interventions

Seules trois interventions ne prévoient pas d'évaluation. Les évaluations sont menées la plupart du temps par auto-évaluation (27/40). Une évaluation externe est envisagée pour plus d'un tiers des interventions décrites (16/40), dont 7 uniquement en évaluation externe, les autres la combinant avec l'auto-évaluation.

Les évaluations externes sont souvent menées par des équipes universitaires. C'est le cas par exemple du dispositif d'hébergement pour jeunes en errance à Bordeaux avec un laboratoire de sociologie de l'Université de Bordeaux [n°7], du projet santé orale et autonomie pour les personnes en situation de handicap avec l'Université d'Auvergne [n°8], ou encore le réseau RÉPPOP de Toulouse en lien avec le projet AAPRISS – Apprendre et Agir pour réduire les inégalités sociales de santé - de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS) de l'Université de Toulouse 3 [n°12].

Par ailleurs, 14/37 des évaluations questionnent spécifiquement les effets de l'intervention sur les ISS avec des indicateurs, lesquels seraient intéressants à documenter et à partager.

Tableau 15 : Evaluation	
Prévue	17
En cours	11
Finalisée	9
Non prévue	3
Méthode d'évaluation <i>(plusieurs méthodes d'évaluation possibles pour une même intervention)</i>	
- Auto-évaluation	27
- Evaluation externe	16
- Ne sait pas	4
- Sans objet	3
Outils utilisés <i>(plusieurs outils d'évaluation possibles pour une même intervention)</i>	
- Grille conçue spécialement pour le projet	22
- Grille d'auto-évaluation	17
- Méthodologie qualitative	16
- Processus évaluatif participatif	15
- Autres (enquête avant-après, score Epice...)	3
- Ne sait pas	5
- Sans objet	3
Indicateurs spécifiques sur les ISS	
- Oui	14
- Non	17
- Ne sait pas	3
- Sans objet	6

Des interventions expérimentées en partie ou déjà mises en œuvre dans un autre contexte, et toutes potentiellement transférables

La moitié des interventions sont menées ou ont été initiées dans un cadre expérimental (19/40).

Par ailleurs, 17/40 sont d'ores et déjà préalablement menées dans un autre contexte (autre région et/ou autre public).

Selon les contributeurs, la très grande majorité des interventions (38/40) sont transférables dans un autre contexte : autre région, autre commune, autre territoire, autre unité ou structure, mais aussi autre population, autre type de pathologie, etc., du fait d'une méthodologie établie, d'outils déjà existants, d'inspiration sur des expériences antérieures, d'être un sujet prioritaire ou une problématique nationale, et à la condition *sine qua non* de s'adapter au contexte.

Parmi les autres conditions citées, nous retrouvons la formation, le transfert de compétences, la mobilisation et la motivation des acteurs, la mobilisation des partenaires, l'évaluation, la volonté politique ou encore le respect de l'éthique.



Tableau 16 : Cadre expérimental, mise en œuvre dans un autre contexte et transférabilité	
Cadre expérimental	
- Oui	19
- Non	19
- Sans objet ou ne sait pas	2
Déjà mise en œuvre dans un autre contexte	
- Oui	17
- Non	13
- Sans objet ou ne sait pas	10
Transférable dans un autre contexte	
- Oui	38
- Non	0
- Sans objet ou ne sait pas	2

Des facteurs facilitants...

Parmi les facteurs qui ont facilité la conception, la mise en œuvre ou l'évaluation des interventions décrites, sont cités explicitement (du plus fréquent au moins fréquent) :

- le partenariat que ce soit au niveau national ou local ;
- la motivation et les compétences des professionnels impliqués, dont l'engagement militant ;
- le soutien des institutionnels - politique, financier et technique ;
- l'intersectorialité ;
- la volonté politique et l'impulsion du porteur ;
- la connaissance du public et la proximité des actions, avec des outils adaptés ;
- l'adhésion et l'intérêt du public ;
- l'apport universitaire, notamment pour l'évaluation ;
- l'expérience des acteurs ;
- la coordination, la gestion de projet, l'organisation et les moyens dédiés ;
- le budget à disposition ;
- les aspects novateurs du projet ou des outils ;
- la souplesse d'intervention de l'équipe, mobile et adaptable ;

ainsi que l'implication des pairs, de médiateurs ; de l'utilisation du dispositif des jeunes volontaires ; la constance de l'intervention ; les faibles coûts (*NB : de l'intervention décrite*) ; l'opportunité d'utiliser des aménagements existants ; des expériences antérieures évaluées ; un travail de fond important et de longue haleine pour faire accepter les approches ; la démarche éducative et de promotion de la santé...




...mais aussi de nombreux facteurs limitants

De façon corollaire, sont cités explicitement les facteurs limitants suivants (du plus fréquent au moins fréquent) :

- les difficultés de coordination, de définition du cadre, et les contraintes organisationnelles, dont la pression des financeurs ;
- le manque de ressources financières et humaines ;
- le mauvais ciblage de la thématique ou les difficultés de recrutement de la population, avec un risque d'inadéquation des réponses et des difficultés de suivi ;
- le manque de disponibilité des professionnels impliqués et le manque de structures relais ;
- le manque de volonté politique ou de soutien des institutionnels (hors financement) ;
- le manque de formation ou de savoir-faire ;
- les contraintes politiques, juridiques ou les représentations sur le sujet ou sur les populations destinataires ;
- le manque d'adhésion du public concerné ;
- le déficit de partenariat ;

ainsi que la perte de motivation des porteurs, partenaires et professionnels impliqués ; la difficulté de mesurer réellement les effets ; la difficulté de communiquer sur les services par crainte d'une demande exponentielle ; l'absence de modèles existants ; la mobilité et la précarité du milieu professionnel social mais aussi du public ; les lieux d'accueil inadaptés ; le risque de mise en dépendance des usagers ; l'agressivité des riverains ; la complexité du système d'information et le manque d'accès aux données ; la complexité et la technicité des procédures ; le poids psychologique imposé aux pairs. A également été citée la pénurie de logements dans le cadre de l'action sur l'habitat indigne.




Conclusion : quelles sont les attentes des intervenants de santé publique pour agir sur les inégalités sociales de santé ?

Globalement et de façon synthétique, les principaux leviers et facteurs - ou *a contrario* les principales contraintes en cas de manque, identifiés par les contributeurs sur l'ensemble de la consultation, que ce soit au niveau de leur perception ou de la description de leur intervention, sont :

- l'affirmation du poids des déterminants sociaux et du cadre d'intervention de promotion de la santé ;
- le soutien politique et institutionnel et le soutien financier pérenne ;
- le partenariat intra et intersectoriel, que ce soit au niveau national ou local ;
- l'alliance d'expertises plurielles, tant universitaires, expérientielles, que décideurs ;
- la méthodologie de projet, avec un cadrage, des objectifs et une programmation réalistes, des moyens adéquats et pérennes ainsi qu'une évaluation ;
- l'existence d'un cadre d'action national ou régional (plan de santé publique) ;
- la synergie de différents modes d'actions adaptés au contexte et aux besoins des publics concernés ;
- le travail de proximité, à l'échelle locale, avec la connaissance du public ;
- les approches globales et adaptées au public ;
- l'implication du public, en veillant à sa représentativité et à son adhésion, le relais par les pairs, l'implication des médiateurs ;
- les formations, développements ou renforcements de compétences de l'ensemble des acteurs, y compris des publics ;
- la disponibilité et la motivation des acteurs ;
- les échanges de pratiques, l'appui sur l'expérience des acteurs et du public.

Leurs attentes pour agir sur les inégalités sociales de santé sont de plusieurs ordres.

En premier lieu, la très grande majorité des contributeurs ont des attentes vis-à-vis des **politiques publiques**. Des plans interministériels, avec une vision à long terme et des objectifs spécifiques et opérationnels de réduction des ISS sont attendus. Un certain nombre de contributeurs rappellent bien sûr que la « *la santé doit être dans toutes les politiques* » et que l'ensemble des déterminants doivent être visés. Les administrations centrales doivent afficher clairement et de façon transversale leur volonté de réduire les ISS, en termes de priorités notamment, et traduire cette volonté en objectifs avec une déclinaison opérationnelle et une allocation de moyens adéquats et pérennes.



Cette détermination politique doit en substance être clairement affichée dans la Stratégie nationale de santé et la future loi de santé, qui doit également rappeler le principe d'accès universel au système de santé, et permettre son application. Le secteur de la santé doit assumer son rôle dans la prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, en mettant en place par exemple des études d'impact en santé des différentes mesures mises en œuvre dans les politiques publiques.

Les contributeurs rappellent que l'action intersectorielle est le facteur-clé pour agir sur les inégalités sociales de santé. **Un cadrage national et des moyens** sont nécessaires tant pour désigner des porteurs, que pour valoriser le travail intersectoriel et pluridisciplinaire, et renforcer et légitimer les liens. Sont attendues des instructions claires de coopération et de décloisonnement (y compris au sein d'un même secteur), une mise en application soutenue et adaptée aux réalités locales, mais aussi des crédits fléchés, à la hauteur des objectifs. L'idée d'exiger des mesures dans tous les contrats d'objectifs et de performance des instituts publics, a été soulevée. **Les études d'impact sur la santé** sont un moyen sur lequel il est désormais fondamental de s'appuyer et qu'il faut généraliser.

Des formations sont nécessaires et proposées par les contributeurs à différents niveaux : **initiale et continue** pour l'ensemble des professionnels de santé, mais aussi des formations pluridisciplinaires et intersectorielles avec d'autres professionnels, pour faciliter **le travail en réseau et l'échange de pratiques**, faisant ainsi appel à de multiples compétences. La formation des publics concernés a également été mentionnée pour développer notamment la participation et les capacités d'*empowerment*.

De façon générale, il s'agit déjà de **comprendre la notion d'inégalités sociales de santé, de déterminants sociaux et leur influence**. Chaque acteur doit s'interroger : en quoi cela le concerne dans sa pratique ? Quelle posture doit-il adopter ? Comment peut-il agir à son échelle ?

Les contributeurs évoquent le besoin d'**accompagnement méthodologique**, pour effectivement mettre en application les formations reçues, en termes d'élaboration et de conduite de projets, de conceptions d'outils adaptés, de mise en place d'indicateurs pour permettre l'évaluation.

Les expériences réussies doivent être valorisées et partagées dans un lieu identifié et accessible à tous, avec une mise en exergue des facteurs de réussite ou d'échec. Tout en adaptant les exemples aux différents contextes, il s'agit, au travers de cette **plateforme d'échanges**, de puiser les bonnes pratiques et d'éviter des écueils d'ores-et-déjà identifiés.

Multiplier des lieux d'échanges sur la question des inégalités sociales de santé doit permettre d'atteindre d'autres secteurs que celui de la santé et de mutualiser les compétences, par exemple les acteurs en prévention et les acteurs qui connaissent les publics cibles.



Annexes

Annexe 1 : Bibliographie

Liste des références utilisées pour l'élaboration de la consultation

- Commission des déterminants sociaux de la santé (Organisation mondiale de la santé). Comblant 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>



Annexe 2 : Questionnaire

CONSULTATION OUVERTE

« PARTAGEONS NOS EXPERIENCES POUR AGIR SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE »



PRESENTATION DE LA CONSULTATION ET DES QUESTIONNAIRES

La Société Française de Santé Publique lance une large consultation auprès des acteurs en santé publique afin de recueillir leurs perceptions et leurs attentes pour agir sur les inégalités sociales de santé et de recenser des exemples d'interventions menées.

A chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et les comportements individuels.

Les inégalités sociales de santé correspondent aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux (selon des indicateurs comme les revenus, le niveau d'étude, la profession, etc.).

Elles ne sont pas uniquement synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale. Elles existent au sein de la société selon un gradient social. En d'autres mots, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que celles qui ont un statut social directement en-dessous et ainsi de suite jusqu'aux personnes plus démunies.

Ces différences sont potentiellement évitables.

Source : INPES - <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>

Pour plus d'informations sur les inégalités sociales de santé, consultez le dossier thématique de notre site : <http://www.sfsp.fr/dossiers/dossiers.php?cdossier=19>

OBJECTIFS DE LA CONSULTATION

La mise à l'agenda politique depuis quelques années de la question des inégalités sociales de santé, la multiplicité des rapports, études, colloques, etc. sur ce thème et l'aggravation de la situation renvoient nombre d'acteurs de la santé à un sentiment d'impuissance, d'autant qu'ils ont peu de prise sur la plupart des déterminants sociaux de la santé, ces derniers restant sous l'influence de l'ensemble des politiques publiques.

Le paysage est pourtant riche d'initiatives, y compris dans d'autres secteurs que celui de la santé, mais celles-ci sont finalement peu visibles et ne se renforcent pas mutuellement.


C'est pourquoi, face à ce constat, et s'appuyant sur une littérature émergente sur l'efficacité des interventions en matière de réduction des inégalités sociales de santé, **la Société Française de Santé Publique lance une large consultation sur le sujet.**

La problématique des inégalités sociales de santé est transversale et intersectorielle, c'est pourquoi la consultation est proposée à tous types d'acteurs (terrain, décideurs, recherche...) qui mènent des interventions ayant un impact sur la santé.

La consultation a pour objectifs de mettre en évidence et d'analyser :

- votre positionnement et vos attentes sur la question ;
- les interventions menées pour réduire les inégalités sociales de santé et la façon dont vous adaptez la théorie à votre pratique ;
- la façon dont vous agissez avec les contraintes ;
- l'implication d'autres secteurs que la santé dans la réduction des inégalités sociales de santé ;
- les facteurs de réussite ou d'échec.

Cette consultation permettra de mettre à disposition des intervenants impliqués ces différents points mis en évidence, ainsi que des exemples d'interventions menées sur le terrain et de les valoriser, par le partage de compétences et d'expériences.



Il s'agira à terme de favoriser les échanges pluri-professionnels, en valorisant d'une part les stratégies d'intervention efficaces ou prometteuses susceptibles d'avoir un effet réducteur sur les inégalités sociales de santé et en analysant d'autre part les stratégies qui échouent afin de repérer des pistes d'amélioration. A l'issue de la consultation, plusieurs interventions seront choisies pour être documentées de façon plus approfondie et faire ainsi l'objet d'échanges concrets lors de rencontres entre acteurs.

Les résultats de la consultation, faisant état de vos besoins et de vos attentes ainsi que des exemples d'interventions, seront notamment diffusés dans la perspective d'une nouvelle Loi de Santé Publique qui devrait faire de la réduction des inégalités sociales de santé un objectif majeur.

MODALITES

La consultation se présente sous forme de deux parties distinctes (deux questionnaires), avec en préambule cinq questions complémentaires sur votre cadre d'activité :

- Partie 1 : Perception et attentes des intervenants en santé publique vis-à-vis de la réduction des inégalités sociales de santé.
- Partie 2 : Description des interventions menées (ou actions, expériences, projets, programmes, politiques...) pour agir sur les inégalités sociales de santé.

Il peut s'agir d'interventions que vous menez directement ou dont vous avez connaissance ou que vous soutenez, et que vous jugez intéressantes à valoriser (en lien avec le porteur direct de l'intervention). Vous pouvez documenter autant d'interventions que vous le souhaitez mais en ne renseignant qu'un seul questionnaire par intervention.

Les propos n'engageront que leurs auteurs.

Il est possible de ne répondre qu'à l'une ou l'autre des parties.

Les contributions sont recueillies sur notre site internet : <http://www.sfsp.fr/soumission/>

La consultation est ouverte jusqu'au 15 octobre 2012.

Sauf objection de votre part, nous rendrons accessibles sur le site internet de la SFSP vos contributions pour les faire connaître ainsi que le rapport d'analyse des résultats de la consultation.

Un mode d'emploi pour déposer les contributions en ligne est téléchargeable sur le site internet de la SFSP sur <http://www.sfsp.fr/activites/file/ModedemploiconsultationSS.pdf>

En cas de nécessité, un module d'aide en ligne est disponible pour que vous puissiez poser des questions, auxquelles nous nous engageons à répondre le plus rapidement possible.



Informations sur votre cadre d'activité

Mode d'exercice ou type de structure dans laquelle vous intervenez : (plusieurs choix possibles)

- 1 Association spécialisée en santé publique (promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé, etc.)
- 2 Association de patients ou d'utilisateurs
- 3 Autre association intervenant en santé publique mais dont ce n'est pas la mission première (association de quartier, etc.)
- 4 Professionnels de santé libéraux (médicaux/paramédicaux)
- 5 Maison de santé pluridisciplinaire
- 6 Réseau de soins (coordination de la prise en charge des patients)
- 7 Etablissement médical (établissement hospitalier, établissement de rééducation, etc.)
- 8 Etablissement médico-social
- 9 Collectivité territoriale (service de santé publique, PMI, CCAS, etc.)
- 10 Etablissement public de coopération intercommunale - EPCI (communauté urbaine, communauté de communes, etc.)
- 11 Agence publique ou service de l'Etat, déconcentré ou central (ministère, INPES, ARS, etc.)
- 12 Assurance maladie
- 13 Mutuelle
- 14 Autre organisme de protection sociale (CAF, assurance vieillesse...)
- 15 Organisme de médecine du travail
- 16 Organisme privé à but lucratif, dont la mission première a pour objet la santé
- 17 Université
- 18 Centre de santé, précisez (associatif, municipal, mutualiste, etc.) : _____
- 19 Autres, précisez : _____

Secteur d'intervention : (plusieurs choix possibles)

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Promotion de la santé | 5 <input type="checkbox"/> Protection sociale |
| 2 <input type="checkbox"/> Prévention médicalisée | 6 <input type="checkbox"/> Recherche |
| 3 <input type="checkbox"/> Santé environnementale | 7 <input type="checkbox"/> Veille sanitaire, observation de la santé |
| 4 <input type="checkbox"/> Diagnostic et prise en charge | 8 <input type="checkbox"/> Autres (médico-social, hébergement, insertion, etc.),
précisez : _____ |

Public concerné : (plusieurs choix possibles)

- 1 Public généraliste / tout public
- 2 Personnes en vulnérabilité sociale
- 3 Personnes porteuses de maladies chroniques
- 4 Personnes exposées à des facteurs de risques environnementaux
- 5 Personnes exposées à des facteurs de risques par des comportements individuels
- 6 Professionnels (y compris futurs professionnels, bénévoles, élus...)
- 7 Autres publics, précisez : _____

Territoire d'intervention :

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> National | 3 <input type="checkbox"/> Régional |
| 2 <input type="checkbox"/> Interrégional | 4 <input type="checkbox"/> Local, précisez : _____ |

Vous contribuez :

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> A titre personnel | 2 <input type="checkbox"/> Au nom de votre structure |
|--|--|



PARTIE 1 : PERCEPTION ET ATTENTES DES INTERVENANTS EN SANTE PUBLIQUE SUR LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

La première partie de la consultation a pour objet de recueillir vos propres perceptions et attentes vis-à-vis de la réduction des inégalités sociales de santé, dans votre pratique ou au sein de votre structure. Il s'agit de réfléchir de manière globale sur les leviers et les contraintes.

La description d'une action ou d'une intervention en particulier et votre analyse sur ses facteurs de réussite et/ou d'échec sont prévues dans la deuxième partie de la consultation.

1) Dans votre pratique et/ou au sein de votre structure, de quelle façon intervenez-vous pour réduire les inégalités sociales de santé ? (plusieurs choix possibles)

- 1 Plaidoyer auprès des décideurs et des intervenants en santé publique
- 2 Plaidoyer auprès des décideurs et des intervenants d'autres secteurs
- 3 Intervention sur le fonctionnement ou l'usage du système de santé (financement, organisation, utilisation, etc.)
- 4 Intervention auprès des intervenants en santé publique (action sur les compétences et évolution des pratiques : formation, sensibilisation, etc.)
- 5 Intervention auprès des intervenants d'autres secteurs : éducation, logement, emploi, environnement, etc. (action sur les compétences et évolution des pratiques : formation, sensibilisation, etc.)
- 6 Intervention sur l'environnement
- 7 Intervention en milieu de la petite enfance
- 8 Intervention en milieu scolaire
- 9 Intervention en milieu du travail
- 10 Intervention auprès du public par une approche individuelle (consultation, entretien individuel)
- 11 Intervention auprès du public par une approche collective (groupe de paroles, ateliers, cours de cuisine, etc.)
- 12 Intervention sur le renforcement des capacités d'autonomie des groupes
- 13 Recherche
- 14 Veille sanitaire / observation de la santé
- 15 Etude d'impact santé
- 16 Autres, précisez : _____
- 17 Sans objet ou ne sait pas

Commentaires : _____

2) Comment la réduction des inégalités sociales de santé est-elle intégrée dans votre pratique et/ou au sein de votre structure ?

- 1 Par une stratégie globale de réduction des inégalités sociales de santé
- 2 Par une stratégie d'une direction ou d'un service en particulier
- 3 Par des initiatives individuelles
- 4 Par un groupe d'experts ad hoc
- 5 Sans objet ou ne sait pas

Commentaires : _____

3) De manière générale, les actions de réduction des inégalités sociales de santé menées dans le cadre de votre pratique et/ou au sein de votre structure ...

Exemple de la vaccination contre la rougeole : Sachant que le niveau actuel de la vaccination en population générale est de 90% et que le niveau optimal à atteindre est de 95%, les objectifs à atteindre seraient :

- au travers d'actions spécifiques envers les populations les plus exclues, d'augmenter leur taux de vaccination contre la rougeole ;
- au travers d'actions visant à rattraper les écarts de santé, d'atteindre un taux de vaccination de 90% pour les populations exclues ;
- au travers d'actions visant l'ensemble de la population, d'atteindre un taux de vaccination de 95% pour l'ensemble de la population.



3a) ... ciblent-elles ? (plusieurs choix possibles)

- 1 L'ensemble de la population 3 D'autres groupes de population, précisez : _____
2 Les populations les plus exclues 4 Sans objet ou ne sait pas

Commentaires : _____

3b) ... visent-elles ? (plusieurs choix possibles)

- 1 A augmenter le niveau de santé globale de la population ciblée
2 A rattraper les écarts de santé entre les différents groupes sociaux
3 Sans objet ou ne sait pas

Commentaires : _____

3c) ... suivent-elles ? (plusieurs choix possibles)

- 1 Une stratégie globale
2 Des déclinaisons particulières selon les groupes de population
3 Sans objet ou ne sait pas

Commentaires : _____

4) De manière générale, les actions de réduction des inégalités sociales de santé menées dans le cadre de votre pratique et/ou au sein de votre structure sont-elles conduites en lien avec des partenaires ? (plusieurs choix possibles)

- 1 Oui, avec des partenaires du secteur de la santé publique, précisez :
- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Promotion de la santé | 6 <input type="checkbox"/> Recherche |
| 2 <input type="checkbox"/> Prévention médicalisée | 7 <input type="checkbox"/> Veille sanitaire / observation de la santé |
| 3 <input type="checkbox"/> Santé environnementale | 8 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> Diagnostic et prise en charge | |
| 5 <input type="checkbox"/> Protection sociale | |
- 2 Oui, avec des partenaires d'autres secteurs (hors soins), précisez :
- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Habitat | 8 <input type="checkbox"/> Activité physique / sports |
| 2 <input type="checkbox"/> Transport | 9 <input type="checkbox"/> Environnement |
| 3 <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire | 10 <input type="checkbox"/> Social |
| 4 <input type="checkbox"/> Emploi / insertion | 11 <input type="checkbox"/> Médico-social (prise en charge des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, etc.) |
| 5 <input type="checkbox"/> Enfance / petite enfance | 12 <input type="checkbox"/> Justice |
| 6 <input type="checkbox"/> Education | 13 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |
| 7 <input type="checkbox"/> Culture | |
- 3 Non, pas de partenariat particulier
4 Sans objet ou ne sait pas

Commentaires : _____

5) Selon vous, quels sont les principaux leviers et facteurs facilitants vous permettant de réduire les inégalités sociales de santé ?

6) Selon vous, quelles sont les principales contraintes et limites qui vous freinent pour réduire les inégalités sociales de santé ?

7) Ces contraintes et limites sont-elles réductrices pour agir sur les inégalités sociales de santé ?

- 1 Oui totalement 2 Oui en partie 3 Non

Commentaires : _____

8) De quelle façon parvenez-vous (êtes-vous parvenus) à composer avec ces contraintes ?



9) Dans votre pratique, vous appuyez-vous sur des modèles théoriques ou sur les résultats de la recherche pour la conception et la mise en œuvre de vos interventions sur les inégalités sociales de santé ?

1 Oui, dans la mesure du possible, précisez le(s)quel(s) : _____

2 Non, les modèles théoriques ne sont pas adaptés à la réalité du terrain

3 Non, vous n'avez pas accès ou vous ne connaissez pas les modèles théoriques ou les résultats de la recherche

Commentaires : _____

10) Quels supports utilisez-vous (ou avez-vous utilisés) pour la conception et la mise en œuvre de vos interventions sur les inégalités sociales de santé? Précisez :

(ex : revues de la littérature, articles, guides d'aide à l'action, outils, expériences d'autres acteurs ou expériences antérieures, échanges de pratiques, recours à des experts, à des acteurs formés, etc.)

11) De façon générale, quels sont vos besoins et vos attentes pour intégrer plus facilement l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans vos interventions ? Précisez sur quoi et à quel niveau :

(plusieurs choix possibles)

1 Des politiques publiques, précisez : _____

2 Un cadrage national (par exemple instruction de coopération entre les différents secteurs), précisez : _____

3 Des formations, précisez : _____

4 Un accompagnement méthodologique, précisez : _____

5 Des échanges de pratiques entre acteurs, précisez : _____

6 Un centre de ressources, précisez : _____

7 Autres, précisez : _____

8 Pas d'attente particulière

Commentaires : _____


DE MANIERE GENERALE, ELEMENTS OU COMMENTAIRES QUE VOUS SOUHAITEZ AJOUTER POUR CONCLURE CETTE PREMIERE PARTIE :

Autorisez-vous la SFSP à transmettre vos coordonnées courriel dans une optique d'échanges entre acteurs sur vos perceptions et vos attentes ?

1 Oui 2 Non

Merci de votre contribution à cette première partie de la consultation !

N'hésitez pas à renseigner le second questionnaire si vous menez ou avez connaissance d'interventions sur les inégalités sociales de santé.



PARTIE 2 : DESCRIPTION DES INTERVENTIONS MENEES (ACTIONS, EXPERIENCES, PROJETS, PROGRAMMES, POLITIQUES...) POUR AGIR SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Vous devez renseigner un questionnaire par intervention (ou action, programme, politique de réduction des inégalités sociales de santé, etc.).

Il peut s'agir d'interventions que vous menez directement mais aussi d'interventions dont vous avez connaissance ou que vous soutenez, et que vous jugez intéressantes à valoriser (en lien avec le porteur direct de l'intervention). Les propos n'engageront que leurs auteurs.

Vous pouvez renseigner autant de questionnaires que vous le souhaitez.

Les informations complémentaires sur votre cadre d'activité seront automatiquement documentées si vous avez déjà renseigné la première partie de la consultation. Merci de vérifier et/ou de compléter ces informations.

1) Quel est l'intitulé de l'intervention ? _____

2) L'intervention est-elle ?

- 1 A visée spécifique de réduction des inégalités sociales de santé
2 A visée principale autre, mais prenant en compte l'impact sur les inégalités sociales de santé

3) Quelle est (ou quelles sont) la(les) structure(s) porteuse(s) de l'intervention ?

- 1 Porteur unique, précisez le nom de l'organisme porteur : _____
2 Co-porteurs, précisez le nom des organismes porteurs : _____

4) Type(s) de structure(s) ou de professionnel(s) porteur(s) de l'intervention? (plusieurs choix possibles)

- 1 Association spécialisée en santé publique (promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé, etc.)
2 Association de patients ou d'usagers
3 Autre association intervenant en santé publique mais dont ce n'est pas la mission première (association de quartier, etc.)
4 Professionnels de santé libéraux (médicaux/paramédicaux)
5 Maison de santé pluridisciplinaire
6 Réseau de soins (coordination de la prise en charge des patients)
7 Etablissement médical (établissement hospitalier, établissement de rééducation, etc.)
8 Etablissement médico-social
9 Collectivité territoriale (service de santé publique, PMI, CCAS, etc.)
10 Etablissement public de coopération intercommunale – EPCI (communauté urbaine, communauté de communes, etc.)
11 Agence publique ou service de l'Etat, déconcentré ou central (ministère, INPES, ARS, etc.)
12 Assurance maladie
13 Mutuelle
14 Autre organisme de protection sociale (CAF, assurance vieillesse...)
15 Organisme de médecine du travail
16 Organisme privé à but lucratif, dont la mission première a pour objet la santé
17 Université
18 Centre de santé, précisez (associatif, municipal, mutualiste, etc.) : _____
19 Autres, précisez : _____

5) De quelle façon le diagnostic initial identifiant le besoin d'agir sur les inégalités sociales de santé a-t-il été élaboré ?

Vous pouvez joindre en complément le rapport correspondant.

6) L'intervention est-elle menée dans un cadre expérimental ?

- 1 Oui, précisez : _____ 2 Non

7) L'intervention a-t-elle déjà été mise en œuvre dans un autre contexte (autre région et/ou autre public, etc.) ?

- 1 Oui, précisez : _____ 2 Non 3 Sans objet ou ne sait pas



8) Quels sont les objectifs de l'intervention ?

9) Quels sont les déterminants visés dans l'intervention ? (plusieurs choix possibles)

Parmi les déterminants environnementaux, comportementaux, liés au système de santé ou biologiques

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Environnement culturel / éducation | 11 <input type="checkbox"/> Psychologie, style de vie |
| 2 <input type="checkbox"/> Habitat et zone de résidence | 12 <input type="checkbox"/> Sexualité |
| 3 <input type="checkbox"/> Niveau d'études | 13 <input type="checkbox"/> Mode de nutrition |
| 4 <input type="checkbox"/> Accès à l'eau et à la nourriture | 14 <input type="checkbox"/> Prévention |
| 5 <input type="checkbox"/> Activité / chômage | 15 <input type="checkbox"/> Accès aux soins |
| 6 <input type="checkbox"/> Revenu | 16 <input type="checkbox"/> Biologie, physiologie |
| 7 <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux | 17 <input type="checkbox"/> Génétique |
| 8 <input type="checkbox"/> Conditions de travail | 18 <input type="checkbox"/> Age |
| 9 <input type="checkbox"/> Environnement physico-chimique | 19 <input type="checkbox"/> Sexe |
| 10 <input type="checkbox"/> Environnement biologique | 20 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |

Commentaires : _____

10) Quelles sont les thématiques de santé abordées dans l'intervention ?

11) Quel(s) est (sont) le(s) public(s) directement bénéficiaire(s) de l'intervention ? (plusieurs choix possibles)

- 1 Public généraliste / tout public
- 2 Personnes en vulnérabilité sociale
- 3 Personnes porteuses de maladies chroniques
- 4 Personnes exposées à des facteurs de risques environnementaux
- 5 Personnes exposées à des facteurs de risques par des comportements individuels
- 6 Professionnels (y compris futurs professionnels, bénévoles, élus...)
- 7 Autres publics, précisez : _____

Commentaires : _____

11 bis) Précisez si l'intervention a également un impact sur des bénéficiaires indirects :

12) L'intervention menée a-t-elle une approche populationnelle ? (plusieurs choix possibles)

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Pas d'approche populationnelle | 8 <input type="checkbox"/> Femmes |
| 2 <input type="checkbox"/> Petite enfance (< 6 ans) | 9 <input type="checkbox"/> Familles |
| 3 <input type="checkbox"/> Enfants (6 < 11 ans) | 10 <input type="checkbox"/> Personnes handicapées |
| 4 <input type="checkbox"/> Adolescents (12 < 16 ans) | 11 <input type="checkbox"/> Migrants |
| 5 <input type="checkbox"/> Jeunes (16-25 ans) | 12 <input type="checkbox"/> Populations carcérales |
| 6 <input type="checkbox"/> Adultes (25-60 ans) | 13 <input type="checkbox"/> Usagers de drogues |
| 7 <input type="checkbox"/> Personnes âgées (> 60 ans) | 14 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |

Commentaires : _____

13) L'intervention vise-t-elle ?

- 1 A augmenter le niveau de santé globale de la population ciblée
- 2 A rattraper les écarts de santé entre les différents groupes sociaux
- 3 Sans objet ou ne sait pas

Commentaires : _____

14) L'intervention remplit-elle des objectifs fixés dans un cadre politique et/ou s'inscrit-elle dans des dispositifs définis (type PRS, CLS, CUCS, ASV, délégation de compétences pour les collectivités territoriales, etc.) ?

PRS = Programme Régional de Santé ; CLS = Contrat Local de Santé ; CUCS = Contrat Urbain de Cohésion Sociale ; ASV = Atelier Santé Ville

- 1 Oui, précisez le cadre politique ou les dispositifs : _____
- 2 Non

Commentaires : _____



15) Quelle est la durée totale de l'intervention ?

15 bis) L'intervention est-elle ? (plusieurs choix possibles)

- 1 Démarrée 2 Finie 3 En cours 4 Pérenne

Commentaires : -----

16) Quelle est la fréquence de l'intervention ?

- 1 Ponctuelle
2 Répétitive (intervention ponctuelle répétée à des moments ou lieux différents)
3 Continue

Commentaires : -----

17) A quel niveau territorial l'intervention se déroule-t-elle ?

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> National | 8 <input type="checkbox"/> Communauté de communes |
| 2 <input type="checkbox"/> Interrégional | 9 <input type="checkbox"/> Communal |
| 3 <input type="checkbox"/> Régional | 10 <input type="checkbox"/> Arrondissement |
| 4 <input type="checkbox"/> Départemental | 11 <input type="checkbox"/> Quartier |
| 5 <input type="checkbox"/> Cantonal | 12 <input type="checkbox"/> Zone prioritaire |
| 6 <input type="checkbox"/> Pays | 13 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : ----- |
| 7 <input type="checkbox"/> Agglomération | |

Commentaires : -----

18) Quel(s) est (sont) le(s) lieu(x) et/ou milieu(x) d'intervention ? (plusieurs choix possibles)

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Structures d'accueil du jeune enfant | 10 <input type="checkbox"/> Milieu du travail |
| 2 <input type="checkbox"/> Etablissements médicaux | 11 <input type="checkbox"/> Milieu de la formation |
| 3 <input type="checkbox"/> Maisons de santé pluridisciplinaires | 12 <input type="checkbox"/> Milieu de la culture / du loisir |
| 4 <input type="checkbox"/> Cabinets individuels
(médicaux/paramédicaux) | 13 <input type="checkbox"/> Milieu scolaire |
| 5 <input type="checkbox"/> Etablissements sociaux | 14 <input type="checkbox"/> Milieu périscolaire |
| 6 <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux | 15 <input type="checkbox"/> Milieu familial |
| 7 <input type="checkbox"/> Structures d'accueil associatives | 16 <input type="checkbox"/> Milieu carcéral |
| 8 <input type="checkbox"/> Rue, squats | 17 <input type="checkbox"/> Milieu de l'insertion |
| 9 <input type="checkbox"/> Milieu sportif | 18 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : ----- |

Commentaires : -----

19) Quel est le nombre de personnes qui bénéficient directement de cette intervention ?

- 1 Environ _____ personnes à ce jour 2 Environ _____ personnes ciblées 3 Ne sait pas

Commentaires : -----

20) Quelles sont (ont été) les principales activités mises en place, y compris avec et/ou par les partenaires ?

Merci de décrire a minima les activités. Vous pouvez joindre en complément le rapport complet d'activités.

21) Le public bénéficiaire participe-t-il (a-t-il participé) à la démarche ? (plusieurs choix possibles)

- 1 Lors du diagnostic initial, précisez : -----
2 Lors de la conception du projet, précisez : -----
3 Lors de la mise en œuvre, précisez : -----
4 Lors de l'évaluation, précisez : -----
5 Pas de participation
6 Ne sait pas

Commentaires : -----



22) L'équipe impliquée dans l'intervention (porteur(s) et partenaire(s) de la mise en œuvre) est-elle pluriprofessionnelle? (2 choix possibles)

- 1 Equipe pluriprofessionnelle
- 2 Equipe incluant par ailleurs des pairs
- 3 Equipe non pluriprofessionnelle

Commentaires : _____

23) Précisez le nombre et le type de professionnels impliqués (incluant bénévoles ou salariés, pairs, adultes relais, etc.) :

23a) Nombre de professionnels impliqués : _____

23b) Type de professionnels impliqués : _____

Commentaires : _____

24) Quels sont (ont été) les partenaires impliqués dans le cadre de cette intervention ? Citez l'ensemble des partenaires : (plusieurs choix possibles)

1 Partenaires du secteur de la santé :

- 1 Association spécialisée en santé publique (promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé, etc.)
- 2 Association de patients ou d'usagers
- 3 Autre association intervenant en santé publique mais dont ce n'est pas la mission première (association de quartier, etc.)
- 4 Professionnels de santé libéraux (médicaux/paramédicaux)
- 5 Maison de santé pluridisciplinaire
- 6 Réseau de soins (coordination de la prise en charge des patients)
- 7 Etablissement médical (établissement hospitalier, établissement de rééducation, etc.)
- 8 Etablissement médico-social
- 9 Collectivité territoriale (service de santé publique, PMI, CCAS, etc.)
- 10 Etablissement public de coopération intercommunale - EPCI (communauté urbaine, communauté de communes, etc.)
- 11 Agence publique ou service de l'Etat, déconcentré ou central (ministère, INPES, ARS, etc.)
- 12 Assurance maladie
- 13 Mutuelle
- 14 Autre organisme de protection sociale (CAF, assurance vieillesse...)
- 15 Organisme de médecine du travail
- 16 Organisme privé à but lucratif, dont la mission première a pour objet la santé
- 17 Université
- 18 Centre de santé, précisez (associatif, municipal, mutualiste, etc.) : _____
- 19 Autres, précisez : _____

2 Partenaires d'autres secteurs :

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Habitat | 9 <input type="checkbox"/> Environnement |
| 2 <input type="checkbox"/> Transport | 10 <input type="checkbox"/> Social |
| 3 <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire | 11 <input type="checkbox"/> Médico-social (prise en charge des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, etc.) |
| 4 <input type="checkbox"/> Emploi / insertion | 12 <input type="checkbox"/> Justice |
| 5 <input type="checkbox"/> Enfance / petite enfance | 13 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |
| 6 <input type="checkbox"/> Education | |
| 7 <input type="checkbox"/> Culture | |
| 8 <input type="checkbox"/> Activité physique / sports | |

3 Pas de partenaires

Commentaires : _____

25) Quels sont (ont été) les financeurs de l'intervention ? (plusieurs choix possibles)

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Fonds propres | 7 <input type="checkbox"/> Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) |
| 2 <input type="checkbox"/> Collectivités territoriales | 8 <input type="checkbox"/> Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances (ACsé) |
| 3 <input type="checkbox"/> Etablissement public de coopération intercommunale - EPCI (communauté urbaine, communauté de communes, etc.) | 9 <input type="checkbox"/> Autre agence nationale, précisez : _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> Etat, précisez le ministère concerné : _____ | 10 <input type="checkbox"/> Mutuelles |
| 5 <input type="checkbox"/> Agence Régionale de Santé (ARS) | 11 <input type="checkbox"/> Fondations |
| 6 <input type="checkbox"/> Assurance maladie | 12 <input type="checkbox"/> Partenaires privés à but lucratif |
| | 13 <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ |

Commentaires : _____

26) Une évaluation de l'intervention est-elle ?

- 1 Prévue
2 En cours
3 Finalisée
4 Aucune évaluation n'est prévue (aller à la question 31)

Commentaires : _____

27) Cette évaluation est-elle menée ?

- 1 Par une auto-évaluation 2 Par une évaluation externe 3 Sans objet

Commentaires : _____

28) Quels sont les outils ou méthodes utilisés pour cette évaluation ? (plusieurs choix possibles)

- 1 Une grille d'auto-évaluation
2 Une grille ou un questionnaire conçus spécialement pour le projet
3 Une méthodologie qualitative (entretiens, focus-groupes, etc.)
4 Un processus évaluatif participatif
5 Autres, précisez : _____
6 Sans objet _____

Commentaires : _____

29) Cette évaluation questionne-t-elle spécifiquement les effets de l'intervention sur les inégalités sociales de santé ?

- 1 Oui, avec des spécificités ou des indicateurs sur les inégalités sociales de santé
2 Non, l'évaluation de l'intervention n'a pas de spécificités ou d'indicateurs sur les inégalités sociales de santé
3 Ne sait pas
4 Sans objet

Commentaires : _____

30) Si l'évaluation a été réalisée, quels sont les principaux résultats de cette intervention sur les inégalités sociales de santé ?

Vous pouvez joindre en complément le rapport complet d'évaluation.

31) Qu'une évaluation ait été réalisée ou non, diriez-vous que l'effet de cette intervention sur les inégalités sociales de santé est :

- 1 Favorable
2 Moyen
3 Négatif
4 Pas d'effet
5 Impact non mesuré / pas d'avis

Commentaires : _____



32) Pouvez-vous citer les facteurs qui ont facilité...

32a) ... la conception de cette intervention ?

32b) ... la mise en œuvre de cette intervention ?

32c) ... l'évaluation de cette intervention ?

33) Pouvez-vous citer les freins et les difficultés qui ont limité...

33a) ... la conception de cette intervention ?

33b) ... la mise en œuvre de cette intervention ?

33c) ... l'évaluation de cette intervention ?

34) Selon vous, cette intervention pourrait-elle être transférée dans un autre contexte (région, public, etc.) ?

1 Oui, précisez : -----

2 Non, pourquoi ? -----

3 Ne sait pas

DE MANIERE GENERALE, ELEMENTS OU COMMENTAIRES QUE VOUS SOUHAITEZ AJOUTER POUR CONCLURE CETTE DESCRIPTION D'INTERVENTION :

Autorisez-vous la SFSP à transmettre vos coordonnées courriel dans une optique d'échanges entre acteurs sur l'expérience que vous venez de décrire ?

1 Oui

2 Non

Merci de votre contribution !



Annexe 3 : Liste des interventions décrites

Voir l'ensemble du document : <http://www.sfsp.fr/activites/file/CSISS-Annexe-Cataloguedesinterventionsdecrites.pdf>

1	Volet Prévention et promotion de la santé d'un plan régional de santé	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-1.pdf
2	Programme d'hygiène bucco-dentaire en population carcérale (Unité de consultations et de soins ambulatoire, Paris)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-2.pdf
3	Réseau de soins palliatifs et prise en charge de la douleur à domicile (Association Autrement, Lorraine)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-3.pdf
4	Programme de nutrition et activité physique en population carcérale (Unité de consultations et de soins ambulatoire, Paris)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-4.pdf
5	Pratique du tiers payant et de la tarification en secteur 1 opposable de la sécurité sociale en centre de santé (Centre municipal de santé, Bezons)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-5.pdf
6	Espace d'accueil et d'accompagnement pour les patients migrants séropositifs au VIH en situation de vulnérabilité (Paris)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-6.pdf
7	Dispositif d'hébergement pour jeunes en errance - « <i>Pro Domo</i> » (CEID Addictions, Bordeaux)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-7.pdf
8	Programme national « <i>Santé orale et autonomie</i> » pour les personnes en situation de handicap (ASPB, Université d'Auvergne)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-8.pdf
9	Journée d'échanges « <i>Comment réduire les inégalités de santé ? Repérer et accompagner les populations vulnérables</i> » (Horizon santé, Plateforme santé du Douaisis, Centre hospitalier, CPAM, Douais)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-9.pdf
10	Dispositif de médiation et coordination santé en direction des résidents en situation d'isolement et de vulnérabilité en résidences sociales et foyers Adoma (Réseau de santé Intermed, Rhône-Alpes).	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-10.pdf
11	Dispositif d'observation des données de santé - « <i>Marseille Observation Santé</i> » (Marseille)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-11.pdf
12	Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique - <i>RÉPOPOP</i> (Toulouse)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-12.pdf
13	Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation - « <i>CASO</i> » (Association Médecins du Monde, national)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-13.pdf
14	Programme « <i>Santé-logement</i> » (Association Médecins du Monde, Ile-de-France)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-14.pdf
15	Dispositif « <i>Accès santé jeunes</i> », pour des jeunes en situation d'insertion professionnelle (Missions locales, PAIO, Anjou, PACA, Paris)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-15.pdf
16	Accompagnement des professionnels à la mise en place d'actions d'éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité (IREPS, Bretagne)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-16.pdf
17	Prévention de l'aggravation d'une fragilité sociale liée à l'annonce de la pathologie cancéreuse et à ses conséquences médicales, psychiques, sociales, familiales, professionnelles (Réseau Oncologie 93, Seine-Saint-Denis)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-17.pdf
18	Formation croisée entre professionnels de la santé et personnes en grandes difficultés sociales (ReVIH-STS, Réseau ville-hôpital, Centre hospitalier, Chambéry)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-18.pdf
19	Parcours d'accès à la santé périnatale pour les femmes enceintes et les couples des quartiers nord-est parisiens, Belleville Amandiers, 20 ^e (ARS, Paris)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-19.pdf
20	Enquête sur les déterminants sociaux et familiaux des comportements sexuels à risque des IST/SIDA parmi les adolescents et adolescentes en milieu urbain (Observatoire du changement urbain, République Démocratique du Congo).	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-20.pdf
21	Ateliers santé avec des personnes en situation de précarité (CODES, Haute-Marne)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-21.pdf



22	Programme national 2013-2016 de promotion de la santé de la Protection judiciaire de la jeunesse – « <i>PJJ promotrice de santé</i> »	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-22.pdf
23	Promotion du dépistage organisé du cancer du sein dans un quartier du 20 ^e arrondissement de Paris, « <i>Flandre Rose</i> » (ASV, ADECA 75, Ligue contre le cancer, Association Espace 19, Mairie 19 ^e , Paris)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-23.pdf
24	Prévention des troubles du langage par le développement de la parentalité positive en centres de santé (centres de santé AGECSA, Grenoble)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-24.pdf
25	Dépistage des cancers et prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé, au niveau régional (Structures de gestion des dépistages ABIDEC-ARDOC, Auvergne)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-25.pdf
26	Permanences d'accès aux soins de santé dans les hôpitaux (national)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-26.pdf
27	Programme de prévention, de dépistage et de prise en charge médicale gratuite des maladies chroniques chez les personnes âgées (Sénégal)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-27.pdf
28	Projet d'Éducation aux risques liés à l'injection auprès d'usagers de drogues – « <i>ERLI</i> » (Associations Gaïa-Paris, Sida Parole, Médecins du Monde, Ile-de-France)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-28.pdf
29	Réduction des inégalités sociales de santé en lien avec le logement au niveau local – Initiatives locales (Wallonie, Belgique)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-29.pdf
30	Programme de dépistage systématique de lutte contre la tuberculose (Conseil général 93, ARS IdF (DT93), Seine-Saint-Denis)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-30.pdf
31	Programme départemental de vaccination (Conseil général 93, Villes signataires, Seine-Saint-Denis)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-31.pdf
32	Institut national de santé publique du Québec – soutien à la prise de décision, action sur les politiques, contribution à des interventions gouvernementales (Québec)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-32.pdf
33	Programme départemental de prévention bucco-dentaire (Conseil général 93, ARS IdF (DT93), Villes signataires, CPAM, Seine-Saint-Denis)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-33.pdf
34	Programme régional de réduction des risques cardio-vasculaires « <i>Je t'aime mon cœur</i> » (Carmi-Est, IREPS, Lorraine)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-34.pdf
35	Réalisation d'une plaquette dans le champ de l'accès aux soins (ASV, La Rochelle)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-35.pdf
36	Programme de prévention et de réduction des risques auprès des femmes chinoises se prostituant (Association Médecins du Monde, Paris)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-36.pdf
37	Programme de prévention et de réduction de l'hypertension « <i>Tensioforme</i> » (Mutualité française, Paris, Saint-Etienne)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-37.pdf
38	Séminaire interactif « <i>L'action sur les déterminants sociaux de la santé : réflexions européennes et stratégies pour la France</i> » (EHESSP, INPES, Paris)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-38.pdf
39	Pratique de l'activité physique dans tous les moments de la vie de l'enfant, « <i>Je me bouge dans mon quartier</i> » (Ville, Education nationale, DRJSCS, USEP, Strasbourg)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-39.pdf
40	Maillage urbanistique pour la pratique de l'activité physique « <i>Parcours sport-santé</i> » (Communauté urbaine, Strasbourg)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-40.pdf
41	Promotion du dépistage organisé du cancer du sein sur un quartier ASV (Ville, Régie de quartier, ARS, CPAM, Ligue contre le cancer, ADEMAS, Strasbourg)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-41.pdf
42	Programme transversal de prévention du VIH, des hépatites, des IST et de la tuberculose auprès des migrants (Association Médecins du Monde, national)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-42.pdf
43	Promotion de la santé pour les plus de 60 ans dans le quartier Woippy- Metz Nord (Carmi-Est, Logi-Est, Metz)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-43.pdf
44	Développement d'une filière participative de santé de proximité pour les plus démunis (Carmi-Est, Moselle)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-44.pdf
45	Accès de proximité à l'éducation thérapeutique destinée aux patients diabétiques pour une meilleure prise en charge de leur maladie (Réseau Diabète, Carmi-Est, maison du diabète, Moselle)	http://www.sfsp.fr/activites/file/Contribution-45.pdf

Annexe 4 : Répartition des interventions selon les stratégies et le public visé

	Stratégies d'intervention					Niveau de prévention			Publics visés							Visée de l'intervention		
	Renforcement des capacités des individus	Renforcement des cap. des communautés	Amélior* des condit* de vie et de travail / développement d'environnements favorables	Promot* de mesures politiques favorables à la santé	Réorientation des services de santé	Primaire	Secondaire	Tertiaire	Tout public	Public en situation de vulnérabilité sociale	Pers. porteuses de maladies chroniques	Pers. exposées à des fact. de risq. environne.	Pers. exposées fact. de risq. / comport. individ.	Personnes en situation de handicap	Universalisme proportionné	Professionnels	Aug* du niv. de santé globale de la pop* ciblée	Rattrap. des écarts entre les groupes sociaux
1	Volet Prévention et promotion de la santé d'un plan régional de santé																	
2	x					x				x							x	
3	x		x		x			x		x								x
4	x					x	x			x				x			x	
5			x		x				x	x	x		x		x		x	x
6	x	x	x					x		x	x		x				x	
7	x		x							x			x				x	
8	x		x		x	x	x						x				x	
9					x											x	x	x
10	x		x		x					x	x		x					x
11				x	x					x	x	x	x	x	x		x	x
12	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
13	x		x	x	x	x	x	x		x								x
14	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x						x
15	x	x	x			x				x								x
16					x											x	x	x
17	x		x		x			x	x	x	x			x				
18		x			x					x						x		x

		Stratégies d'intervention				Niveau de prévention			Publics visés						Visée de l'intervention						
		Renforcement des capacités des individus	Renforcement des cap. des communautés	Amélior ^o des condit ^o de vie et de travail / développement d'environnements favorables	Promot ^o de mesures politiques favorables à la santé	Réorientation des services de santé	Primaire	Secondaire	Tertiaire	Tout public	Public en situation de vulnérabilité sociale	Pers. porteuses de maladies chroniques	Pers. exposées à des fact. de risq. environne.	Pers. exposées fact. de risq. / comport. individ.		Personnes en situation de handicap	Universalisme proportionné	Professionnels	Aug ^o du niv. de santé globale de la pop. ciblée	Rattrap. des écarts entre les groupes sociaux	
19	Parcours d'accès à la santé périnatale pour les femmes enceintes et les couples des quartiers nord-est parisiens, Belleville Amandiers, 20ème (ARS, Paris)	x		x					x	x		x	x					x			
20	Enquête sur les déterminants sociaux et familiaux des comportements sexuels à risque des IST/SIDA parmi les adolescents et adolescentes en milieu urbain (Observatoire du changement urbain, République Démocratique du Congo).			x					x	x		x						x	x		
21	Ateliers santé avec des personnes en situation de précarité (CODES, Haute-Marne)	x	x	x		x													x		
22	Programme national 2013-2016 de promotion de la santé de la Protection judiciaire de la jeunesse – « PJJ promotrice de santé »	x		x	x					x							x	x	x		
23	Promotion du dépistage organisé du cancer du sein dans un quartier du 20ème arrondissement de Paris, « Flandre Rose » (ASV, ADECA 75, Ligue contre le cancer, Association Espace 19, Mairie 19ème, Paris)	x	x	x		x		x		x	x						x	x	x		
24	Prévention des troubles du langage par le développement de la parentalité positive en centres de santé (centres de santé AGECSA, Grenoble)	x	x			x	x	x	x	x	x						x	x	x	x	
25	Dépistage des cancers et prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé, au niveau régional (Structures de gestion des dépistages ABIDEC-ARDOC, Auvergne)	x	x	x		x		x		x	x						x	x	x		
26	Permanences d'accès aux soins de santé dans les hôpitaux (national)	x		x		x		x	x	x	x	x	x						x		
27	Programme de prévention, de dépistage et de prise en charge médicale gratuite des maladies chroniques chez les personnes âgées (Sénégal)	x		x		x	x	x	x	x	x		x						x	x	
28	Projet d'éducation aux risques liés à l'injection auprès d'usagers de drogues – « ERLI » (Associations Gaïa-Paris, Sida Parole, Médecins du Monde, Ile-de-France)	x	x		x	x	x	x	x		x		x						x		
29	Réduction des inégalités sociales de santé en lien avec le logement au niveau local – Initiatives locales (Wallonie, Belgique)	x	x	x	x		x			x	x						x		x		
30	Programme de dépistage systématique de lutte contre la tuberculose (Conseil général 93, ARS IDF (DT93), Seine-Saint-Denis)	x		x		x		x			x								x	x	
31	Programme départemental de vaccination (Conseil général 93, Villes signataires, Seine-Saint-Denis)	x		x		x	x			x	x								x		
32	Institut national de santé publique du Québec – soutien à la prise de décision, action sur les politiques, contribution à des interventions gouvernementales (Québec)			x						x									x	x	
33	Programme départemental de prévention bucco-dentaire (Conseil général 93, ARS IDF (DT93), Villes signataires, CPAM, Seine-Saint-Denis)	x				x	x			x	x								x	x	
34	Programme régional de réduction des risques cardio-vasculaires « Je t'aime mon cœur » (Carmi-Est, IREPS, Lorraine)	x		x		x	x	x	x		x	x		x					x	x	
35	Réalisation d'une plaquette dans le champ de l'accès aux soins (ASV, La Rochelle)			x		x				x	x								x	x	
36	Programme de prévention et de réduction des risques auprès des femmes chinoises se prostituant (Association Médecins du Monde, Paris)	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x					x		
37	Programme de prévention et de réduction de l'hypertension « Tensioforme » (Mutualité française, Paris, Saint-Etienne)	x						x	x	x			x						x		
38	Séminaire interactif « L'action sur les déterminants sociaux de la santé : réflexions européennes et stratégies pour la France » (EHESSP, INPES, Paris)			x															x	x	x

		Stratégies d'intervention				Niveau de prévention			Publics visés						Visée de l'intervention				
		Renforcement des capacités des individus	Renforcement des cap. des communautés	Amélior* des condit* de vie et de travail / développement d'environnements favorables	Promot* de mesures politiques favorables à la santé	Réorientation des services de santé	Primaire	Secondaire	Tertiaire	Tout public	Public en situation de vulnérabilité sociale	Pers. porteuses de maladies chroniques	Pers. exposées à des fact. de risq. environne.	Pers. exposées fact. de risq. / comport. individ.	Pers. en situation de handicap	Universalisme proportionné	Professionnels	Aug* du niv. de santé globale de la pop* ciblée	Rattrap. des écarts entre les groupes sociaux
39	Pratique de l'activité physique dans tous les moments de la vie de l'enfant, « Je me bouge dans mon quartier » (Ville, Education nationale, DRJSCS, USEP, Strasbourg)	x		x		x	x		x									x	x
40	Maillage urbanistique pour la pratique de l'activité physique « Parcours sport-santé » (Communauté urbaine, Strasbourg)	x		x	x	x			x				x					x	
41	Promotion du dépistage organisé du cancer du sein sur un quartier ASV (Ville, Régie de quartier, ARS, CPAM, Ligue contre le cancer, ADEMAS, Strasbourg)	x	x	x					x	x					x	x		x	x
42	Programme transversal de prévention du VIH, des hépatites, des IST et de la tuberculose auprès des migrants (Association Médecins du Monde, national)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x	x
43	Promotion de la santé pour les plus de 60 ans dans le quartier Woippy-Metz Nord (Carmi-Est, Logi-Est, Metz)	x	x	x						x								x	x
44	Développement d'une filière participative de santé de proximité pour les plus démunis (Carmi-Est, Moselle)	x	x	x		x				x								x	x
45	Accès de proximité à l'éducation thérapeutique destinée aux patients diabétiques pour une meilleure prise en charge de leur maladie (Réseau Diabète, Carmi-Est, maison du diabète, Moselle)	x		x		x			x	x	x	x						x	x



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