

SYNTHESE

des réflexions lorraines sur les inégalités
sociales et territoriales de santé

entre 2011 et 2013

IREPS Lorraine
Avec le soutien financier de l'Inpes
Novembre 2013

SYNTHESE

**des réflexions lorraines sur
les inégalités sociales et territoriales de santé
entre 2011 et 2013**

Novembre 2013

Sommaire

Remerciements.....	3
Sigles	5
Préambule	7
Introduction générale	9
Dr Jeanne Meyer, Présidente de l'IREPS Lorraine	9
Jacqueline Fontaine, Vice-présidente du Conseil Régional de Lorraine déléguée aux actions régionales relevant des politiques de Citoyenneté, de Solidarité et de Santé.....	11
1 Les inégalités sociales et territoriales de santé : de quoi parle-t-on ?.....	13
Pr Jean-Pierre Deschamps, Professeur de Santé publique et administrateur de l'IREPS Lorraine	13
Synthèse - Marie Persiani, Directrice de l'IREPS Lorraine, et Pr Jean-Pierre Deschamps.....	19
2 Réflexions lorraines sur les inégalités sociales et territoriales de santé.....	23
2.1 Une initiative du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine	23
2.1.1 Une démarche pluriannuelle sur la réduction des inégalités de santé.....	23
2.1.2 Un Comité technique plurisectoriel	24
2.1.3 Un séminaire régional	24
2.1.4 Six séminaires territoriaux.....	24
2.2 Prendre en compte les critères retenus et reconnus comme contribuant à la réduction des inégalités de santé : Lor'IS, un outil d'aide à la réflexion	26
2.2.1 Une grille au croisement de trois outils	26
2.2.2 Une grille de critères permettant de contribuer à la réduction des inégalités de santé	27
3 Du niveau local au niveau régional, une multiplicité d'acteurs et d'initiatives en Lorraine	36
3.1 Ville de Thionville : la phase de diagnostic, entre cohérence des priorités et implication des habitants	36
3.1.1 L'origine de la démarche de diagnostic	36
3.1.2 L'organisation des différentes instances au service du projet	36
3.1.3 Les différentes étapes nécessaires à la détermination des priorités	37
3.1.4 Des conditions nécessaires à la réussite de la démarche.....	37
3.2 Une approche globale indispensable à la réduction des inégalités.....	38
3.2.1 Du projet d'une structure au projet structurel	38
3.2.2 L'approche globale, un véritable enjeu de réduction des ISTS, dans le cadre d'actions auprès de populations spécifiques et au sein de champs d'intervention définis	41
3.3 La réduction des inégalités au sein de dispositifs et structures au cadre prédéfini.....	43

3.3.1	Dispositif de Réussite éducative de Vandoeuvre-lès Nancy : quelle intégration de la question des inégalités dans un dispositif au cadre législativement défini ?.....	43
3.3.2	Ecole des parents et des éducateurs de Moselle : approche globale de la famille, de la formation des professionnels au soutien de la cellule familiale	45
3.4	L'intégration de la santé à l'échelle d'une ville : entre services à disposition, action de proximité et politique locale	46
3.4.1	Centre communal d'action sociale de Mont-Saint-Martin : le partenariat association-collectivité, une répartition des compétences de chacun pour un service de meilleure qualité	46
3.4.2	Ville de Saint Dié-des-Vosges : une appropriation progressive des actions de proximité par les habitants	47
3.4.3	Ville de Longwy : l'intégration de la santé au cœur de la politique locale.....	48
3.4.4	ASV de Saint-Dié-des-Vosges : la coordination des acteurs, un enjeu essentiel à développer progressivement.....	49
3.5	La participation de la population : de l'implication progressive à la co-construction	50
3.5.1	Comité Local de Promotion de la Santé de Metz Borny : de la participation des bénévoles à la recherche de la participation des habitants	50
3.5.2	Réseau ADOR 55 : du patient bénéficiaire d'un service au patient acteur ...	52
3.5.3	Réseau Santé mutuelle : le choix de la co-construction	53
	Conclusion	55
	Bibliographie	57
	Annexe 1 – Lor'IS.....	59
	Annexe 2 - Tableau de synthèse : Les critères en illustration	75

Remerciements

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Les membres du Comité technique

ANPAA Lorraine - Mathieu COLIN
ARS de Lorraine - Françoise EBER-BOUFFIER et Sylvie HUMBERT
CARMI de l'Est - Olivier AROMATORIO, Michel DEBARTELO et Christel EVRARD-GARCIA
CISS Lorraine - Esther MUNERELLE
Conseil Régional de Lorraine - Camille SANCHEZ
Délégué du Préfet - Woippy - David WURTZ
Déléguée du Préfet - Nancy Plateau de Haye - Yvette GAERTNER
Déléguée du Préfet - ZUS Borny à Metz - Laurence AUBURTIN
DRJSCS Lorraine - Muriel HETTE
Ecole de Santé Publique Université de Lorraine - Marion LAURENT et Laura SAEZ
FNARS Lorraine - Gilles MELONI et Carole JOLLAIN
IREPS Lorraine - Aline OSBERY, Marie GAUDEFROY et Sandrine OLIVEIRA
Mutualité Française Lorraine - Sabrina RAGNATELLA
ORSAS Lorraine - Michel BONNEFOY, Marjorie MICHEL et Marie-Laurence ROMAIN
Préfecture de Lorraine et de la Moselle - Michèle WONNER
SANOFI France - Frédérique PRESTAT

Les intervenants des séminaires

Aurore AMET, Directrice - Centre Social et Culturel du Pays de Montmédy
Isabelle BONTEMPS, Responsable du service formation inter, intra et animation - EPE de Moselle
Lila BOUTELDJA, Chargée de projets Santé - Pôle Santé - KAFE - Maison de la Prévention et de l'Education à la Santé - Saint-Dié-Des-Vosges
Adrien CONTENOT, Responsable d'Activités Prévention et Promotion de la Santé - Mutualité Française Lorraine
Pr Jean-Pierre DESCHAMPS, Secrétaire général de l'IREPS Lorraine
Valérie DIAZ, Coordinatrice DRE de Vandoeuvre-lès-Nancy
Valérie ESTEVE, Coordinatrice - Réseau ADOR 55
Julia FERRAÏ, Conseillère ESF - OPDAM de Mont-Saint-Martin
Jacqueline FONTAINE, Vice-présidente du Conseil Régional de Lorraine déléguée aux actions régionales relevant des politiques de Citoyenneté, de Solidarité et de Santé
Tiphaine GAMBINI, Chargée de mission, Conseil Régional de Lorraine
Carole GRAVATTE, Chargée de projets - IREPS Lorraine
Dr Martine HUOT-MARCHAND, Médecin de PMI
Valérie JURIN, Adjointe au maire de Nancy, conseillère communautaire déléguée à la santé
Claudine LECLERC, Adjointe aux affaires sociales - Ville de Mont-Saint-Martin
Aurélien LOUEUILLET, Responsable d'Activités Prévention et Promotion de la Santé - Mutualité Française Lorraine
Bernadette MACE, Responsable du Café des parents - EPE de Moselle
Julia MATHIEU, Chef du service Jeunesse/Politique de la ville - Ville de Saint-Dié-Des-Vosges
Valérie MAURICE, Adjointe à la santé - Ville de Longwy
Dr Jeanne MEYER, Présidente de l'IREPS Lorraine
Coralie MONTANARI, Chargée de mission santé - Ville de Longwy
Marie PAGLIA, Responsable d'Activités Prévention et Promotion de la Santé - Mutualité Française Lorraine

Maryvonne PERRAUD, Référente politique de la ville, Conseil Général de Meurthe-et-Moselle
Marie PERSIANI, Directrice de l'IREPS Lorraine
Bérangère RAVET, Conseillère ESF - CCAS de Mont-Saint-Martin
Jérémy STADLER, Agent de développement - CDOS 54
Nadine TREMBLEAU, Coordinatrice du CLPS - Comité de Gestion des Centres Sociaux de Metz-Borny
Brigitte VAÏSSE, 1ère adjointe au Maire de Thionville
Arielle VISEUX, Chargée de mission santé à la mairie de Thionville
Sarah VOZELLE, Animatrice régionale à la FNARS Lorraine

L'ensemble des participants pour leurs échanges

Les autres professionnels de l'IREPS Lorraine impliqués

Virginie BRIOT
Laurence CHAMAK
Emilie CHRISTOPHE
Catherine EZO'O

Sigles

ACS	Aide à la complémentaire santé
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé ville
CARMI	Caisse régionale de sécurité sociale dans les mines
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDOS	Comité départemental olympique et sportif
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CLS	Contrat local de santé
CLPS	Comité local de promotion de la santé
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CSC	Centre social et culturel
DRE	Dispositif de réussite éducative
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EPE	Ecole des parents et des éducateurs
ESF	Economie sociale et familiale
FNARS	Fédération nationale des associations de réinsertion sociale
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
ISS	Inégalités sociales de santé
ISTS	Inégalités sociales et territoriales de santé
MCV	Maladie cardio-vasculaire

ODPAM	Office de programmation et de diffusion d'animations municipales
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORSAS	Observatoire régional de la santé et des affaires sociales
PMI	Protection maternelle et infantile

Préambule

La question des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) fait l'objet de nombreux travaux et représente aujourd'hui un des enjeux majeurs de la politique de santé publique, tant au niveau national qu'international. Ainsi, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé a produit en 2008 un rapport à ce sujet et donnait comme défi à la communauté internationale de réduire les écarts en une génération. En France, une des missions des Agences Régionales de Santé est la réduction des inégalités de santé.

Toutefois, le contexte politique, économique et social est aujourd'hui extrêmement difficile et tend à accroître ces inégalités, ces différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux. En effet, ces inégalités de santé ne relèvent pas uniquement de la biologie, mais de déterminants tels que le cadre de vie, les revenus, l'éducation, l'habitat ou encore l'emploi. Dans ce contexte, il n'est pas aisé pour les acteurs de terrain de saisir comment contribuer localement à la réduction de inégalités de santé, par leurs activités et leurs actions au quotidien au sein de leur structure.

L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) de Lorraine, en tant que porteur du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine, se devait d'aborder un sujet où la promotion de la santé est identifiée comme une des approches utiles pour entreprendre un travail sur la réduction des inégalités sociales de santé, suites aux constats établis par le Haut Comité de Santé Publique.

En effet, le Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine est un dispositif régional d'acteurs réalisant des activités de soutien, de structuration et de développement de l'éducation et de la promotion de la santé : conseil méthodologique, formation, appui documentaire, développement et expertise, recherche, plaidoyer. Il traduit leur volonté de développer une culture et des outils communs afin de favoriser une promotion durable de la santé en Lorraine. Il s'agissait ici de porter à la connaissance des principaux acteurs de la région Lorraine l'état d'avancement des travaux sur la question des inégalités sociales et territoriales de santé et de définir avec eux les conditions nécessaires à la contribution de leurs actions de terrain à la réduction de ces inégalités.

Initié et financé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), le Pôle contribue au développement de l'éducation et de la promotion de la santé en région et a notamment comme mission d'améliorer la qualité des programmes et actions mises en place localement. Pour cela, il fédère les compétences et ressources entre tous les acteurs impliqués dans l'éducation et la promotion de la santé.

C'est dans ce cadre que nous avons pu mettre en place des temps de réflexion et d'échanges avec les acteurs de tous champs sur la question des inégalités sociales et territoriales de santé. Cela a été l'occasion de présenter des actions locales et dynamiques identifiées dans les quatre départements lorrains, dans des champs et auprès de publics différents : d'une ville à une structure, de dispositifs nationaux à des dynamiques émergeant localement, de projets à destination de la population générale à des projets s'adressant à des publics spécifiques. En parallèle, un travail a été mené par les partenaires du Pôle afin de mettre à disposition des acteurs une grille intitulée Lor'IS, qui vise à identifier les questions importantes pour mener une réflexion de projet prenant en compte la question des inégalités de santé, dans le sens de la non accentuation de celles-ci.

Par cette synthèse, nous souhaitons proposer aux acteurs une réflexion sur les inégalités sociales et territoriales de santé et faciliter la mise en œuvre de démarches allant dans le sens de leur réduction, ou du moins, de leur non-renforcement. Pour cela, cette synthèse définit d'abord les inégalités de santé, vous permet ensuite de découvrir Lor'IS, un outil d'aide à l'action, et, enfin, de prendre connaissance d'initiatives lorraines, qui, chacune à son échelle, participent à une action sur les inégalités.

En tant que coordinatrice du travail sur cette question des inégalités en région Lorraine, je tiens à remercier l'ensemble des partenaires lorrains qui se sont réunis autour de la question des inégalités de santé. C'est grâce à la richesse de leurs échanges et à leur volonté d'œuvrer en faveur de l'égalité en santé que ce document a pu être produit.



Aline OSBERY
*Directrice adjointe IREPS Lorraine
Coordinatrice du travail sur les inégalités
sociales et territoriales de santé mené
dans le cadre du Pôle*

Introduction générale

Docteur Jeanne Meyer, Présidente de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Lorraine

Extrait de l'intervention du 15 mars 2012, lors du séminaire régional « Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : des stratégies expérimentées en Lorraine »

« Bonjour à chacun d'entre vous. Puisqu'il me revient l'honneur et la joie de démarrer cette journée, en tant que Présidente de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Lorraine, je me dois de vous dire quelques mots sur ce que nous faisons depuis trois ans dans le cadre du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine. Le Pôle de compétences est un dispositif régional d'acteurs qui est financé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Il réalise des activités de soutien, de structuration et de développement de l'éducation et de la promotion de la santé en Lorraine [...]. Toutes les régions sont dotées d'un Pôle de compétences dont l'objectif est de mettre à disposition des décideurs politiques toutes les compétences réunies dans ce Pôle. Un groupe de travail s'est mis en place pour réfléchir plus spécifiquement sur cette question des inégalités sociales et territoriales de santé.

Nous ne pensions pas, lorsque nous avons prévu ce premier séminaire régional pour évoquer les inégalités sociales et territoriales de santé, que l'émission de France 5 de ce mardi 13 mars 2012, Enquête de Santé, choisirait pour thématique : « *La Santé sacrifiée, la Santé est-elle un luxe ?* ».

Le 4 octobre 1945, la Sécurité Sociale obligatoire pour tous est créée ; c'est une déclaration de solidarité et d'égalité d'accès aux soins et de qualité de ceux-ci pour TOUS, quel que soit l'état de santé, le niveau socio-économique ou l'âge. Aujourd'hui, 67 ans après la création de la Sécurité Sociale, et malgré la création de la Couverture Maladie Universelle le 27 juillet 1999, cette volonté semble pour le moins entamée. Avec les remboursements, les franchises médicales, les dépassements d'honoraires... finalement qui est le plus concerné ? N'est ce pas le patient ? On taxe les malades. Résultat : 20 à 30 % des Français renoncent à se soigner, faute de moyens ; les chômeurs, les personnes âgées, les étudiants et tous ceux qui vivent des périodes d'emplois précaires étant les plus menacés. Marina Carrère-Dencausse insistait sur ce point en introduction de l'émission. Souvenons-nous que la loi de lutte contre toutes les formes d'exclusions prévoyait la mise en place de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins. Objectif majeur : appuyer le développement de réseaux « santé-social » de proximité afin d'assurer une meilleure continuité et efficacité dans le suivi socio-sanitaire des personnes en situation de précarité. Pour notre réseau associatif des Comités Départementaux d'Education pour la Santé, à cette époque, ce fut un formidable atout. [...]

La mise en place des Agences Régionales de Santé offre une véritable opportunité d'optimiser la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé qui sont d'origine multiseCTORielle. La création d'une autorité régionale pour la santé permet d'intervenir sur toutes les dimensions. Elle peut à la fois impulser une politique globale et susciter les partenariats nécessaires. Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Lorraine dispose aujourd'hui de la plupart des outils utiles à la définition et à la conduite d'une politique globale de santé ; l'outil majeur est le Projet Régional de Santé, qui repose sur trois niveaux. Un niveau de définition stratégique : c'est le Plan Stratégique Régional de Santé, qui définit les orientations et priorités de santé dans la région. Un niveau d'organisation : ce

sont les schémas sectoriels, qui précisent les mesures de mise en œuvre des grandes orientations du Plan Stratégique et notamment le Schéma Régional de Prévention. Un niveau opérationnel : ce sont les programmes qui fixent les actions concrètes, les calendriers, le suivi et l'évaluation des mesures, où l'on retrouve le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie de Lorraine vient de rendre son avis sur le Projet Régional de Santé le 6 mars 2012. Pour ce qui concerne la prévention, elle a souligné auprès du directeur général de l'Agence Régionale de Santé que « la prévention est un défi majeur d'une politique de santé, et qu'il importe donc de créer une véritable culture individuelle et collective de la prévention en développant notamment des actions d'information et de formation du public et des professionnels ». Elle recommande à l'Agence régionale de santé de veiller à mettre en place une cohérence entre les politiques régionales notamment : Protection maternelle et infantile, santé scolaire et universitaire, santé au travail et environnementale. La prévention doit se donner pour objectif de réduire les inégalités d'espérance de vie et la mortalité évitable. Les actions préventives doivent se décliner tout au long de la vie et la conférence tient à souligner qu'il est impératif d'assurer un continuum en sensibilisant les acteurs à jouer un rôle déterminant dans ce processus, à savoir en plus des professionnels de santé : les collectivités territoriales, l'Education nationale, les acteurs de la santé au travail et environnementale, les acteurs associatifs, les organismes de protection sociale...

Aujourd'hui, sont rassemblés dans cette salle les acteurs sus-nommés qui œuvrent déjà activement pour structurer, développer des actions de promotion de la santé, et surtout en améliorer l'efficacité en s'appuyant sur la participation des usagers directement concernés dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Coordonné par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Lorraine, que je représente aujourd'hui, le Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine est constitué d'acteurs venant de divers horizons : chef de projets ville, élu de Communautés Urbaines, professionnel de la Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de Lorraine, usager du Collectif interassociatif sur la santé de Lorraine, éducateur du Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfant et de l'Adolescent, militant de l'Union régionale pour l'habitat des jeunes... Vous participez aux comités opérationnels pour venir alimenter le comité d'orientation du Pôle de compétences. Vous êtes les témoins d'une démarche plurisectorielle, qui est en marche dans notre région, permettant de fédérer les interventions des partenaires tant du champ social que du champ sanitaire.

Nous allons ainsi découvrir tous ensemble comment peuvent s'expérimenter les questions de santé que je vous affichais de manière provocante, à travers les propos de l'émission de ce mardi sur France 5.

Je vous remercie.»

Jacqueline Fontaine, Vice-présidente du Conseil Régional de Lorraine déléguée aux actions régionales relevant des politiques de Citoyenneté, de Solidarité et de Santé

Extrait de l'intervention du 15 mars 2012 lors du séminaire régional « Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : des stratégies expérimentées en Lorraine »

« La santé et l'accès aux soins sont, dans les textes, un droit pour tous et c'est un droit qui doit être garanti pour tous : c'est un droit que nous devons garantir à tous. Et pourtant, nous faisons le constat [...] qu'il existe des inégalités de santé. La politique de santé menée par le Conseil Régional de Lorraine participe à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La santé n'est pas une compétence obligatoire des régions, néanmoins le Conseil Régional de Lorraine a fait le choix de s'engager dans une politique en faveur de la santé des lorrains et des lorraines, parce que la Lorraine est particulièrement frappée par les inégalités de santé. Si l'espérance de vie a augmenté ces dernières années, elle reste inférieure à la moyenne nationale et la mortalité prématurée est encore trop importante. Nous sommes au 4^{ème} rang des décès par tumeur, principalement dans les bassins industriels de Briey, Longwy et le bassin Houiller. Le cancer du poumon touche 25% de plus de lorrains que la moyenne nationale. La Moselle est un des départements les plus touchés par le diabète, 11.2% de la population lorraine ont des problèmes d'obésité (6^{ème} rang des régions françaises). Concernant les maladies respiratoires, nous sommes au 2^{ème} rang pour les hommes et au 4^{ème} rang pour les femmes, une surmortalité par suicide est observée dans la Meuse et dans les Vosges.

La politique régionale de santé s'articule principalement autour de deux axes : le soutien aux actions de prévention et d'éducation à la santé et les mesures pour favoriser l'accès aux soins pour tous. Ces deux axes sont complémentaires et ont pour objectif précisément de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

En ce qui concerne la prévention, la Région y est impliquée dans l'ensemble de ses politiques. Nous savons que notre santé est déterminée, pour 21%, par l'environnement dans lequel nous vivons c'est-à-dire la qualité de l'air que nous respirons, la qualité de l'eau que nous buvons, la nourriture et la qualité de nos sols ; et pour 53% par nos modes de vie, nos revenus, nos activités culturelles, sportives, notre niveau scolaire et notre réseau social. L'ensemble des politiques régionales pour la formation, pour l'emploi, pour la culture, pour le sport, pour l'environnement, pour la vie associative, entre autres, participe à la prévention pour une meilleure santé des personnes.

Le Secteur Santé soutient, par ailleurs, des actions de santé et d'éducation pour la santé. Ces actions peuvent être portées par des associations, des missions locales, des établissements scolaires. Elles s'adressent à l'ensemble des lorrains et plus particulièrement au public rejoint par la Région : les lycéens, les apprentis, les élèves en centre de formation, les jeunes en insertion professionnelle et sociale parce qu'ils représentent des publics plus vulnérables ; et parce que c'est le plus tôt possible qu'il faut apprendre à prendre soin de soi pour préserver son capital santé. Nous n'avons pas accès à la petite enfance : nous commençons à avoir accès aux jeunes à partir du lycée. La Région accompagne les actions de prévention en faveur de la santé globale et autour de thématiques de santé publique telles que la lutte contre le SIDA, des actions en faveur de l'activité physique, de la nutrition, de la lutte contre les addictions, l'alcool, le tabac, les drogues. L'objectif est d'offrir à nos concitoyens un environnement plus sain et d'inciter les

lorrains à adopter des comportements plus favorables et qu'ils soient acteurs de leur propre santé.

Depuis 2005, date à laquelle la Région a commencé à s'investir dans le secteur de la santé, 922 projets de prévention et d'éducation à la santé ont été soutenus par la Région.

Le deuxième axe concerne l'accès aux soins pour tous, qui consiste à lutter contre la désertification médicale. Dans ce domaine, nos principales actions sont le soutien à la construction des maisons de santé pluriprofessionnelles et des mesures incitatives en direction des étudiants en médecine. Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont des établissements de santé qui réunissent, dans un même lieu, les différents professionnels de santé : des médecins généralistes, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des dentistes, des diététiciens, des orthophonistes et autres. L'objectif est de favoriser l'installation ou le maintien de ces professionnels de santé dans les territoires éloignés des centres urbains et aussi d'améliorer les services rendus aux usagers par la prise en charge globale de la santé ; cette prise en charge incluant l'éducation thérapeutique et les soins. A ce jour, la Région Lorraine a contribué à l'implantation de trente-cinq maisons de santé pluriprofessionnelles sur l'ensemble de nos départements. Aussi, concernant les étudiants en médecine de second et troisième cycle, nous leur proposons des indemnités de déplacements et d'hébergement lorsqu'ils choisissent, ou quand ils acceptent, d'aller réaliser leur stage dans une zone déficitaire en professionnels de santé. Nous savons que, de plus en plus, les jeunes médecins hésitent à s'installer en médecine libérale et lorsqu'ils le font, ils retournent souvent dans un lieu où ils ont déjà eu l'occasion d'exercer, soit lors d'un stage, soit dans le cadre d'un remplacement. Nous faisons le pari que cette mesure incitative permettra à certains de découvrir un autre exercice de la médecine et qu'ils auront peut-être l'envie, plus tard, d'exercer en dehors du sillon lorrain.

Voilà, je vous ai présenté les principales mesures de la Région Lorraine qui concernent la prévention et l'accès aux soins. Beaucoup reste à faire en cette période de crise, la Lorraine est particulièrement touchée par le chômage et la pauvreté. Un rendu récent du Conseil Economique et Social de Lorraine sur le problème de pauvreté montrait que la situation s'aggravait dans notre région. Pour beaucoup de nos concitoyens, la santé n'est plus la priorité. Nous devons donc mobiliser nos forces et nos moyens pour changer la donne, pour permettre à chacun de trouver les moyens de préserver sa santé et d'avoir accès aux soins.

Je vous remercie pour la démarche qui s'engage aujourd'hui et je vous souhaite une excellente journée. »

1 Les inégalités sociales et territoriales de santé : de quoi parle-t-on ?

Professeur Jean-Pierre Deschamps, Professeur de Santé publique et administrateur de l'IREPS Lorraine

Extrait de l'intervention du 15 mars 2012 lors du séminaire régional « Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : des stratégies expérimentées en Lorraine »

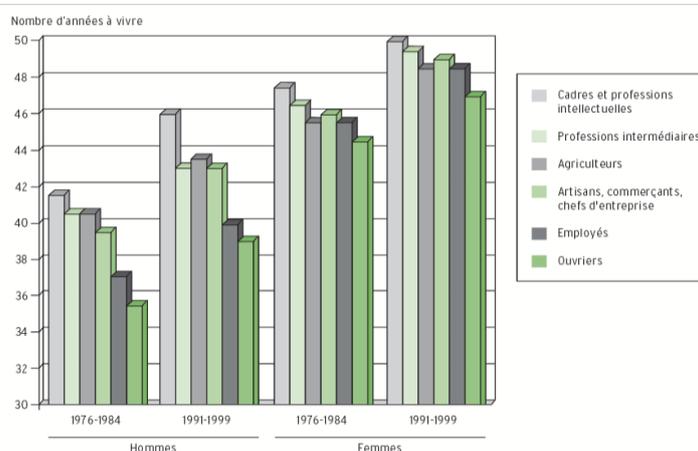
Au départ de cet exposé je voudrais situer le contexte global dans lequel se situent les inégalités sociales et territoriales de santé sur lesquelles nous allons ensemble travailler aujourd'hui, par deux phrases d'introduction. L'une émane du Professeur Christine Colin, du Québec : « Le lien entre le niveau socio-économique et la santé est une des plus profondes et des plus constantes observations jamais faites en santé publique », on parle donc de quelque chose dont l'évidence est reconnue et dont l'ampleur est considérable ; la seconde phrase, j'y reviendrai plus tard, c'est tout simplement l'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'homme : « Tous les êtres humains naissent égaux en dignité et en droits ». D'une part, une observation, et d'autre part, une reconnaissance universelle de l'égalité conférée à tout être dès la naissance.

Un professeur de Santé publique de Nancy, un de mes prédécesseurs, écrivait que « la crise économique qui sévit dans le monde, touchant [...] à des degrés d'intensité variés la plupart des pays, est capable d'entraîner une répercussion fâcheuse sur leur situation sanitaire, [...] capable ainsi d'affecter directement ou indirectement la santé des populations, spécialement de la population économiquement faible. ». Il s'agissait du Doyen Jacques Parisot, en 1933, et il parlait de la crise de 1929. Les inégalités sociales de santé ou inégalités sociales et territoriales de santé ne sont donc pas un phénomène récent, et depuis les années 1930, il ne semble pas que la situation se soit améliorée, bien au contraire.

Que se passe-t-il donc ?

Les inégalités sociales de santé représentent les différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Elles concernent tous les aspects de la santé, et nous allons en voir quelques exemples.

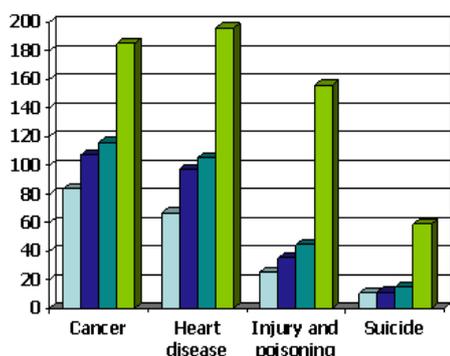
Fig. 1 : Espérance de vie à 35 ans des hommes et des femmes en France par catégorie socioprofessionnelle, périodes 1976-1984 et 1991-1999. (C Monteil et al. Insee 2005)



Dans le graphique précédent, on voit en ce qui concerne la France, que l'espérance de vie à 35 ans, un bon indicateur de santé, entre deux périodes de 15 ans (1976-1984 et 1991-1999) a manifestement augmenté (en moyenne de 3 mois par an). Mais l'on voit, quand on va des plus riches vers les plus pauvres, que la différence entre les plus nantis et les moins nantis est restée strictement identique. Il y a eu un progrès global d'état de santé, on peut s'en réjouir ; mais pas de progrès dans les inégalités sociales de santé. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre un ouvrier et un cadre est de 7 ans (et 3 ans pour les femmes).

La situation est identique dans la plupart des pays ; regardons le graphique suivant.

Fig. 2 : Taux de mortalité par cancers, maladies cardiaques, accidents et intoxications et suicide, en fonction de la catégorie professionnelle, 1989-1998



En Irlande, ce constat est également fait pour toutes les causes de maladie ou de décès en fonction des catégories professionnelles (1989-1998) : c'est le cas, en effet pour des problèmes de santé aussi différents que le cancer, les maladies du cœur, les accidents et intoxications et les suicides. Il ne s'agit plus aujourd'hui, comme on le faisait autrefois, de parler de « maladies sociales » mais de considérer que tous les problèmes de santé témoignent de l'inégalité sociale de santé.

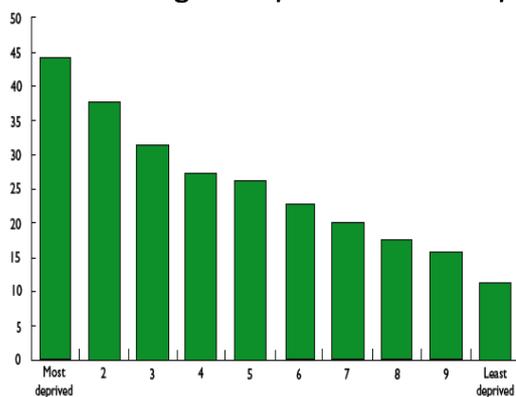
Comment expliquer les inégalités sociales de santé ?

Beaucoup de causes s'intriquent et on ne pourra pas les détailler toutes :

- la qualité de l'environnement,
- la qualité de l'habitat,
- les conditions de travail,
- le revenu, les inégalités de revenu,
- certains comportements (tabac, alcool, sédentarité...),
- l'effet de sélection : « *la mauvaise santé rend pauvre ou la pauvreté rend malade* »
- les représentations de la santé et de la maladie,
- la difficulté du recours aux soins et de l'accès aux soins,
- ...

Considérons des exemples relatifs à ces déterminants. Une étude écossaise de 2004 montre le pourcentage de fumeurs en fonction du niveau social.

Fig. 3 : Proportion de fumeurs par décile de revenu, Ecosse 2004



A gauche vous avez les 10% qui sont les moins favorisés et à droite les 10% qui sont les plus favorisés. On voit que la consommation de tabac est trois fois plus fréquente chez les plus défavorisés. On pourrait dire que l'éducation pour la santé est essentielle contre l'abus du tabac chez les pauvres. Mais cette population vit dans un état de stress qui l'amène à fumer, et

faire une éducation sur le tabac risque d'être improductif. Ce sont les conditions de vie qui sont en cause.

L'insupportable paradoxe

Ceux qui ont les plus grands besoins de santé sont ceux qui bénéficient le moins du système de santé. Un médecin américain écrivait en 1972 : « Si on me demandait de composer l'épithète de la médecine du XX^{ème} siècle, j'écrirais : brillante par ses découvertes, superbe dans ses inventions technologiques, elle fut piteusement incapable de s'adapter à ceux qui en avaient le plus grand besoin »¹. C'est le drame de nos services de santé, ils sont techniquement bons, ils font des merveilles pour une partie des populations mais ils ne savent pas s'adapter à ceux qui en auraient le plus besoin. Quelques cartes de France illustrent bien cette anomalie :

Fig. 4 : Densité de logements sociaux (INSEE 2006)

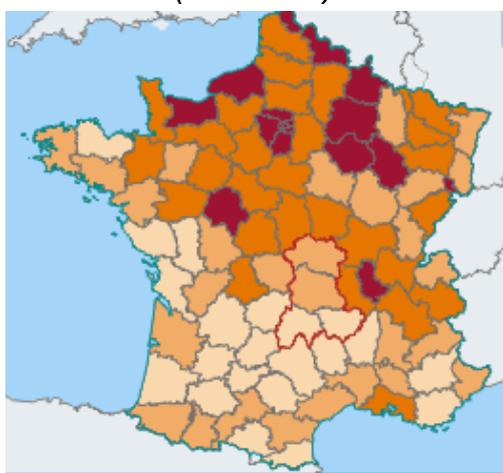


Fig. 5 : Taux de mortalité par cancer (INCA 2008)

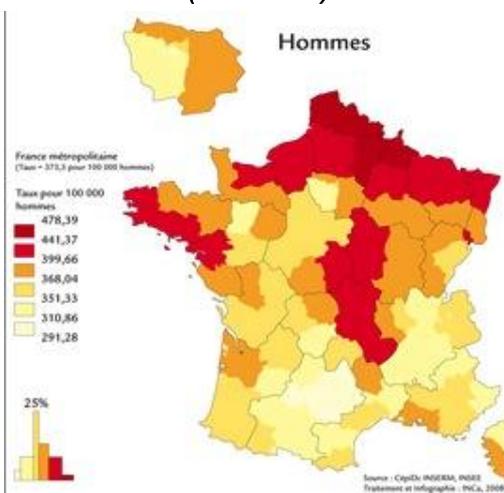


Fig.6 : Espérance de vie à la naissance (INED 2005)

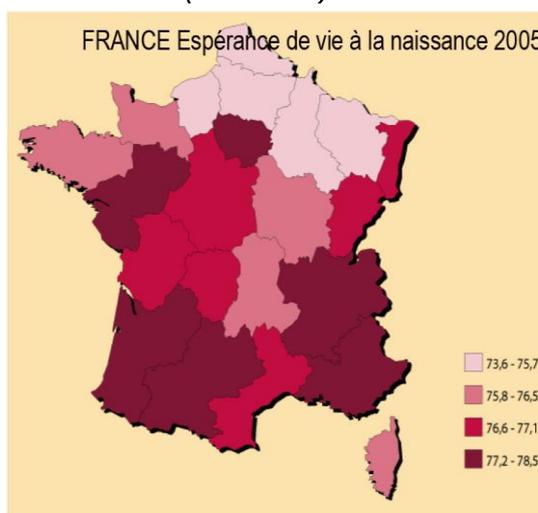
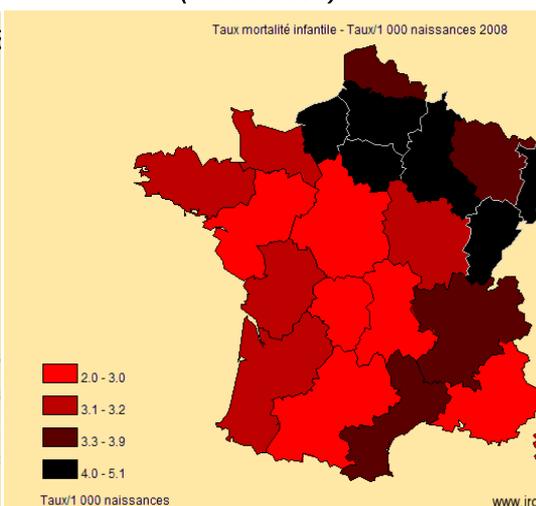


Fig.7 : Taux de mortalité infantile (IRDES 2008)



¹ Fendall NR. *Training the physician for development*. Bull NY Academy of Medicine n° 48, nov 1972 : 1262-75.

- Où se trouve la plus grande densité de logements HLM ? Dans la partie nord de la France,
- Où se trouve la plus grande densité de cancers ? Dans la partie nord de la France,
- Où se trouve l'espérance de vie à la naissance la plus élevée ? Dans la partie sud de la France,
- Où se trouve la mortalité la plus élevée ? Dans la partie nord de la France.

La fragilité sociale est au nord c'est évident, la fragilité à la maladie est au nord également. Les cartes de répartition des maladies cardiaques, des suicides, montrent le même dessin que la carte du cancer.

Examinons maintenant où se trouve la plus grande densité de médecins généralistes et spécialistes ? Logiquement, ils doivent être plus nombreux au nord ; là où les gens sont les plus fragiles et les plus malades. L'offre de soins, de manière globale doit être plus forte au nord.

Fig. 8 : Densité médecins généralistes (INSEE 2012)



Fig.9 : Densité médecins spécialistes (INSEE 2012)



Eh bien non, les médecins sont beaucoup plus nombreux au sud, et l'offre de soins plus forte ! Il y a à l'évidence quelque chose d'anormal dans cette disparité des répartitions entre les phénomènes de santé et les régions où se trouvent les moyens d'y faire face.

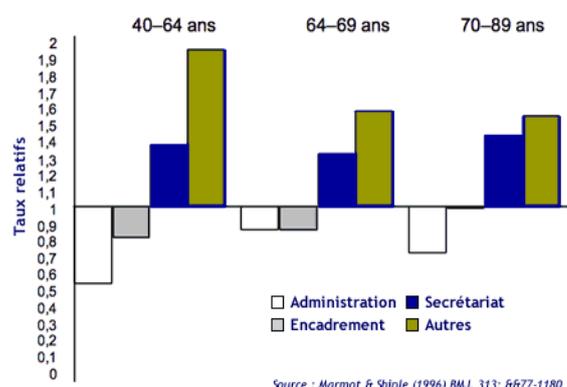
Le gradient social et le gradient de santé sont à l'opposé du gradient de l'offre de soins. Les zones les plus pauvres et à l'état de santé le moins bon sont celles où l'offre de soins est la plus faible. Le système de santé n'a pas trouvé le moyen de s'adapter. Contrairement aux apparences et à bien des discours, les soins et la médecine ne sont pas accessibles à tout le monde. Mais les inégalités sociales de santé ont une origine plus complexe que ces éléments de contexte.

Comment les conditions de vie agissent-elles sur la santé ?

À Londres, dans une étude étendue sur une vingtaine d'années, le Professeur Michael Marmot a suivi l'état de santé des fonctionnaires britanniques travaillant dans les bureaux de White Hall, grande cité administrative londonienne. Il a montré que, selon la catégorie de travailleurs, la mortalité variait considérablement.

Fig. 10

Mortalité toutes causes par catégorie d'emploi dans l'administration britannique, suivi sur 25 ans



Les taux de mortalité des hauts fonctionnaires et des cadres de l'administration sont bien inférieurs à la moyenne, alors que ceux des autres personnels - de secrétariat, de service - sont plus importants, à tous les âges. Ces derniers ne sont pourtant pas des « pauvres » : ce sont tous des fonctionnaires, bénéficiant de la sécurité de l'emploi et de conditions de travail correctes. Qu'est ce qui explique alors que l'inégalité de statut professionnel se traduise par une telle inégalité de santé, et que le

nombre des décès varie de manière si considérable ?

Michael Marmot étudie la tension artérielle au travail. Il la trouve plus élevée chez les employés ayant un manque de responsabilité et d'autonomie au travail, vivant une soumission permanente à des consignes pas toujours claires ou compréhensibles, un manque de reconnaissance des efforts faits, une « tension », une non-reconnaissance des compétences, une fixation d'objectifs non réalisables. Ceux qui vivent ce stress, le « vrai stress » (pas dans le sens commun, en France, où l'on considère que le stress correspond à l'activité vibrionnante des cadres supérieurs), ont non seulement une tension artérielle plus élevée au travail, mais leur tension reste élevée lorsqu'ils rentrent chez eux, alors que celle des cadres, modérément élevée au travail, revient très vite à la normale lors du retour à la maison. Il y a ici une rencontre étonnante entre le social et le physiologique. Dès lors, dit Michael Marmot, ce ne sont plus tant les conditions physiques du travail qui sont pathogènes que la nature des relations interhumaines, le non-respect de la dignité, la non-reconnaissance des capacités, l'injustice sociale, les agressions vécues.

L'actualité en France évoque les travailleurs qui se suicident au travail, illustration extrême et tragique des constats de Michael Marmot. Les études de White Hall rejoignent celle d'un autre épidémiologiste, Jonathan Mann qui a prononcé en 1998 à Grenoble, au congrès de la Société Française de Santé Publique, une conférence évoquant les relations entre santé et droits de l'Homme « Les atteintes aux droits de la personne ont des conséquences sur la santé [...], la violation des droits a des conséquences mesurables sur le bien-être physique, mental et social [...]. Les violations de la dignité, reflétant des différences de niveau social, de richesse, de pouvoir, de prestige et d'influence [...], les atteintes à la dignité individuelle et collectives, peuvent représenter une force pathogène de capacité destructive, à l'encontre du bien être humain, au moins égale à celle de virus ou de bactéries ».

Comme Michael Marmot à Londres, Jonathan Mann montre ici ce qui est en cause dans les inégalités sociales de santé. C'est de l'atteinte à la dignité qu'il s'agit et cette atteinte à la dignité entraîne des conséquences au moins aussi sévères que les facteurs biologiques habituellement considérés comme responsables des maladies. Le fondateur d'ATD Quart Monde, Joseph Wresinski a fait graver sur la dalle du Trocadéro à Paris : « Là où des hommes sont condamnés à vivre dans la misère, les droits de l'Homme sont violés. S'unir pour les faire respecter est un devoir sacré ».

Réduire les inégalités de santé

On l'aura compris, les inégalités sociales de santé ont des racines profondes, et sont liées à tout un ensemble de conditions qui constituent des inégalités sociales tout court. Christine Colin disait « La réduction des inégalités sociales est un pré-requis pour la réduction des inégalités dans le domaine de la santé »².

Le rôle des services de santé est de tout faire pour éviter d'aggraver les inégalités sociales, mais il est avant tout de plaider auprès des autres secteurs de la société pour que des mesures de réductions de la pauvreté et de respect des droits humains soient prises. Cela a été fait en France dans la lutte contre le saturnisme mais le chantier est à peine ouvert. C'est une responsabilité nouvelle des professionnels de santé que ce plaidoyer auprès d'un certain nombre de responsables pour résorber les inégalités et lutter pour la dignité de tous.

La Charte d'Ottawa en 1986 disait : « les conditions fondamentales de la santé sont la paix, un logement, l'éducation, la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. L'amélioration de la santé exige d'être solidement ancrée sur ces pré-requis fondamentaux »³. Elle n'a pas cité la médecine... Il faut certes agir sur l'ensemble des déterminants (logement, revenu, emploi, éducation...), mais plus encore... En 2011, Michael Marmot écrivait : « Les inégalités sociales de santé sont une des conséquences de la façon dont les êtres humains ont choisi de vivre ensemble. [Elles] ne pourront être corrigées sans actions audacieuses, délibérées et concertées. Mais ces actions exigent des ressources et une volonté politique ».⁴

Luc Ginot a écrit dans un livre récemment publié par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé⁵ : « Les politiques publiques sont le premier levier pour ne plus dissocier analyse et pratique. [...] Pour peser favorablement sur les politiques non sanitaires, les acteurs de santé publique ont d'abord à se convaincre de leur légitimité à plaider ».

Nous sommes, tous ici, des acteurs de santé et nous sommes tous légitimes à plaider la cause des victimes de l'inégalité sociale. Écoutons Chantal Vandoorne, spécialiste belge de santé publique, écrivant en 2012 : « Puisque les inégalités sont socialement construites, elles ne sont pas inévitables. Le changement est possible. En particulier l'éducation est un puissant levier pour la réduction des inégalités sociales de santé ». Le changement est possible, il n'y a pas de fatalité de la mauvaise santé sur les personnes défavorisées, il n'y a pas de fatalité d'inégalités sociales de santé. Des actions sont possibles, un certain nombre d'études et d'expériences l'ont montré. Sans cet engagement, aucun changement n'est possible.

Bonne journée et bon travail à tout le monde. »

² Martin C, Boyer G et al. *Naître égaux - Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux, 1989 : 201 p.

³ Organisation Mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986 : 4 p.

⁴ Potvin L, Moquet M-J, Jones C. (sous la dir.). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

⁵ Potvin L, Moquet M-J, Jones C. (sous la dir.). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Synthèse

Marie Persiani, Directrice de l'IREPS Lorraine, et Professeur Jean-Pierre Deschamps, Professeur de Santé publique et administrateur de l'IREPS Lorraine

A partir des interventions du 15 mars 2012 lors du séminaire régional « Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : des stratégies expérimentées en Lorraine »

A travers ce propos du Professeur Deschamps, nous voyons bien que la question des inégalités sociales de santé concerne toute la population selon un gradient social. Dans tous les pays où les inégalités sociales sont bien mesurées, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur. Les inégalités sont présentes dès l'enfance et se renforcent au fil du parcours de vie. Il n'y a pas d'opposition entre les plus favorisés et les moins favorisés, mais une détérioration graduelle des indicateurs de santé tout au long de l'échelle des revenus. Les inégalités sociales interfèrent également avec les inégalités territoriales. Cette observation est réalisée par l'utilisation conjointe des données de la mortalité, de l'Assurance maladie et des enquêtes de population. Ces inégalités sont considérées comme évitables car elles ne relèvent pas seulement de la biologie mais de déterminants socialement construits.

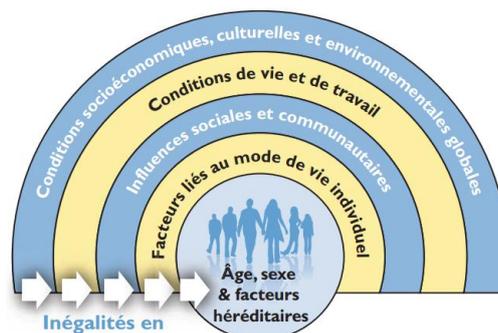
L'état de santé d'une personne se caractérise par l'interaction entre différents facteurs complexes, qu'ils soient individuels, sociaux, environnementaux, économiques. Tout au long de la vie, il existe des périodes critiques ou encore des accumulations des risques (déterminants défavorables) qui influencent notre santé en lien avec le cadre dans lequel celles-ci se produisent. Ainsi les déterminants n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé. À titre d'illustration, voici les douze déterminants retenus par les experts Canadiens :

1. le niveau de revenu et le statut social ;
2. les réseaux de soutien social ;
3. l'éducation et l'alphabétisme ;
4. l'emploi et les conditions de travail ;
5. les environnements sociaux ;
6. les environnements physiques ;
7. les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles ;
8. le développement de la petite enfance ;
9. le patrimoine biologique et génétique ;
10. les services de santé ;
11. le sexe ;
12. la culture.

C'est pour mettre en évidence l'interrelation et l'interaction des différents niveaux de déterminants que la Commission des déterminants sociaux de la santé, mise en place sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a élaboré des travaux en 2005. Ainsi, le modèle de *Dahlgren et Whitehead* présente les déterminants de la santé en quatre niveaux. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils sont complémentaires.⁶

⁶ Whitehead M, Dahlgren G. *What can we do about inequalities in health*. The lancet n° 338, 1991: 1059-1063

Fig. 11



Modèle des déterminants de la santé (Dahlgren and Whitehead, 1991).

Ainsi, même si le poids respectif de chaque déterminant n'est pas connu, il a été démontré dans plusieurs travaux que les comportements individuels (consommation de tabac, alcool, mauvaise alimentation, etc.) n'expliquent pas à eux seuls l'état de santé des individus et les écarts de santé entre les groupes sociaux. Les comportements préjudiciables à la santé apparaissent associés aux positions inégales que les personnes occupent dans la hiérarchie sociale mais l'état de santé résulte de l'action de déterminants socio-environnementaux, multiples et complexes. La recherche nommée « White Hall », citée par le Professeur Deschamps est un bon exemple (cf. page 17).

En 2004, le programme de recherche « Mesurer l'impact des déterminants non-médicaux des inégalités sociales de santé »⁷ a été coordonné par l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) avec la participation de l'INSERM (Institut national de la santé et la recherche médicale), du CNRS (Comité national de la recherche scientifique), des services du ministère chargé de la Santé et des caisses de l'Assurance Maladie. Ce travail « recense trois grands types de facteurs collectifs influant sur l'état de santé et pouvant constituer une explication aux inégalités sociales de santé, dans la mesure où l'importance de ces facteurs varie selon le milieu social :

- le soutien social apporté par le réseau de relations dont dispose l'individu ;
- le capital social, c'est-à-dire le degré d'équipement et de cohésion de l'environnement social dans lequel évolue l'individu ;
- la position hiérarchique ressentie au sein de son groupe de pairs. »

Au regard de ces constats, il apparaît donc essentiel de travailler sur les différents niveaux de déterminants, allant au-delà du travail sur les comportements. En ce sens, quatre catégories d'intervention ont été identifiées⁸.

- Développer les compétences individuelles : information, campagnes de communication, développement de compétences, programmes d'intervention auprès de groupes.
- Renforcer la cohésion et le soutien social :
 - Agir contre l'exclusion, l'isolement et développer les solidarités
 - Identifier les priorités de santé et construire ensemble une réponse collective à un problème de santé, création d'un lieu d'interaction sociale au sein du quartier, actions collectives sur l'organisation du quartier et la vie commune, etc.

⁷ Grignon M, Couffinhal A, Dourgnon P, Jusot F, Naudin F. *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*. Paris : IRDES, 2004 : 86 p.

⁸ WhiteHead M. [A typology of actions to tackle social inequalities in health](#). *Journal of Epidemiology Community Health* n° 61, 2007 : 473-478.

- Améliorer les conditions de vie et de travail :
 - Diminuer l'exposition à des risques et créer un accès aux biens et services (alimentation, activité physique, éducation, services de prévention et de soins, etc.)
 - Améliorer l'environnement (ex. l'habitat) ; évaluer l'impact des politiques d'aménagement sur la santé; accès théorique et réel à la prévention et aux soins, etc.
 - Mettre en cohérence de politiques intersectorielles, prendre en compte la santé dans toutes les politiques publiques
- Promouvoir de saines politiques au niveau macro-économique :
 - Agir sur les déterminants économiques, culturels, environnementaux
 - Protection juridique des droits humains (social, travail, etc.) ; politique de revenus, de redistribution, etc.

Cela montre qu'il n'existe pas de réponse unanime, ni de mode d'intervention « type » ou universellement applicable et qu'un seul type d'intervention seul est insuffisant. L'important est de penser à définir des actions qui soient complémentaires à d'autres avec différentes approches. Au moins deux principes d'action sont à retenir :

- L'intersectorialité,
- La participation sociale et l'empowerment.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)⁹ a fait les constats suivants dans un rapport en 2011 :

- Les inégalités sociales de santé ne sont que partiellement prises en compte comme un objectif de santé publique : lorsqu'elles sont abordées, elles le sont le plus souvent uniquement sous l'angle de l'accès aux soins ou de la prise en charge des personnes les plus vulnérables.
- Des dispositifs, comme certaines campagnes nationales de prévention, peuvent avoir pour effet d'accroître le gradient social. En effet, il existe une meilleure appropriation des messages par les populations favorisées. Pour exemple, il peut être cité le Programme national nutrition santé (PNNS) et les recommandations formulées, telles « 5 fruits et légumes par jour ». Les personnes qui atteignent le plus facilement cette recommandation sont celles qui en sont le plus proche et celles dont les moyens permettent d'y accéder plus rapidement. Cet exemple montre bien qu'il y a un cumul des avantages pour les uns et des désavantages pour les autres, à savoir ceux qui en sont le plus éloignés.
- Des outils comme les évaluations d'impact des politiques sur la santé se développent mais leur bilan est mitigé : effet limité dans la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les politiques publiques pris en compte par de nombreuses organisations (OMS, Organisation de coopération et de développement économiques,...) mais ne suffisant pas.
- Des initiatives locales d'actions sur les déterminants sociaux de la santé existent, mais elles sont insuffisamment connues.

Le développement des connaissances dans le domaine de la promotion de la santé a permis de montrer que la plupart des interventions qui ont réussi à améliorer la santé des populations dans leur ensemble, n'ont pas été en mesure de résorber les inégalités sociales de santé. Deux rapports consécutifs réalisés par le Haut Conseil de Santé Publique l'ont

⁹ Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. Rapport*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, mai 2011 : 124 p.
En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf> [Consulté le 17.11.2013]

soulevé et soulignent notamment que le débat français sur les inégalités a surtout porté sur l'accès aux soins, garanti par les systèmes de protection sociale et d'assurance maladie. Pourtant, ces inégalités :

- sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe,
- portent sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci,
- concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé,
- se creusent malgré les politiques de santé mises en place.

Ces rapports invitent à adapter les stratégies actuelles pour prendre notamment en compte la question du gradient social au-delà de la trop réductrice opposition entre les catégories sociales les plus éloignées et confortent les recommandations réalisées par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Ces recommandations actuelles invitent, entre autres, à entreprendre des démarches intersectorielles pour réduire les inégalités et à former les acteurs quel que soit leur secteur à la prise en compte de cette stratégie dans leur pouvoir d'agir.

Au regard de l'ensemble de ces constats, les acteurs au niveau local ont un rôle majeur dans la réduction des inégalités de santé. Il semble donc essentiel de les accompagner dans leurs projets, afin que ces derniers puissent contribuer à la réduction des inégalités. C'est en ce sens qu'une démarche a été menée par le Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine.

2 Réflexions lorraines sur les inégalités sociales et territoriales de santé

2.1 Une initiative du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine

2.1.1 Une démarche pluriannuelle sur la réduction des inégalités de santé

En Lorraine de grandes inégalités existent entre les départements mais également au sein même des départements.

Par exemple, l'axe Nancy-Metz-Thionville bénéficie d'une population où la proportion d'ouvriers est moindre. Or, c'est sur ce même axe que, à l'image du clivage Nord-Sud français évoqué par le Professeur Deschamps (cf. page 15), la densité médicale des médecins généralistes est la plus importante.

Fig.12 : Proportion des ouvriers (INSEE 2009)¹⁰

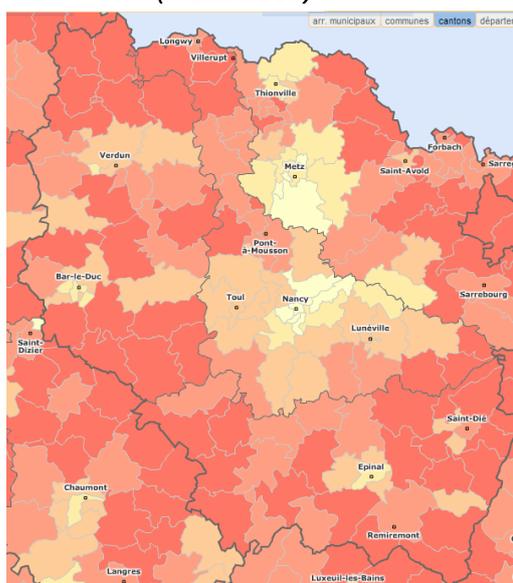
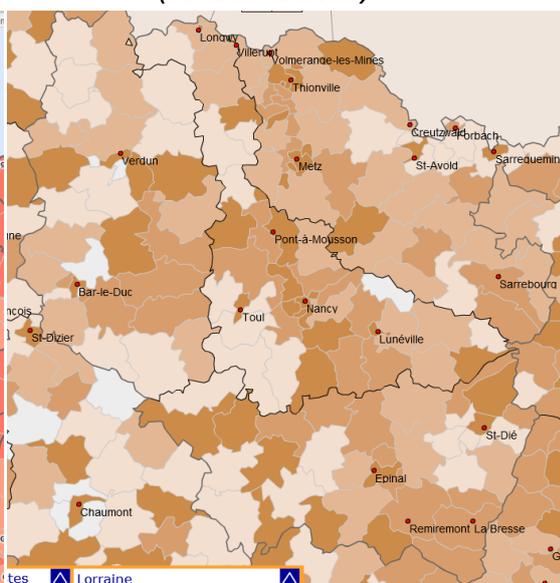


Fig.13 : Proportion des médecins généralistes, (Cartosante 2011)¹¹



Ainsi, au regard de ce constat régional et de la nécessité, évoquée en partie 1, d'accompagner les acteurs dans leurs projets afin que ces derniers puissent contribuer à la réduction des inégalités de santé, le Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine a mené, depuis 2011, un travail sur les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Le Pôle de compétences vise à mutualiser les ressources dans ces domaines et soutenir les acteurs dans la mise en œuvre de leurs actions de santé. L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Lorraine est missionnée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour animer ce dispositif. Les missions du Pôle sont

¹⁰ Institut national de la statistique et des études économiques
<http://www.insee.fr>

¹¹ Carto Santé – Site test pour la validation des données
carto.ars.sante.fr/cartosante

élaborées et conduites en concertation avec l'Agence régionale de santé de Lorraine (pour en savoir plus : www.eps-polelorraine.fr).

2.1.2 Un Comité technique plurisectoriel

Depuis 2011, la réduction des ISTS a constitué une priorité du Pôle. Fort des recommandations émises au niveau national et international, un Comité technique a été créé en Lorraine afin de porter à la connaissance des principaux acteurs de la région l'état d'avancement des travaux sur la question et de définir collectivement avec eux les conditions d'un travail de terrain sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ce comité a regroupé les partenaires institutionnels et associatifs suivants :

- L'Agence régionale de santé (ARS) de Lorraine,
- L'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (ANPAA) Lorraine,
- La Caisse régionale de sécurité sociale des mines de l'Est (CARMI Est),
- Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) de Lorraine,
- Le Conseil Régional de Lorraine,
- La Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale,
- L'Ecole de Santé Publique Université de Lorraine,
- La Fédération nationale des associations de réinsertion sociale (FNARS) de Lorraine,
- La Mutualité Française Lorraine,
- L'Observatoire régional de la santé et des affaires sociales (ORSAS) de Lorraine
- Des délégués du Préfet de chaque département,
- SANOFI France,
- Et l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) de Lorraine en tant que coordonnateur et animateur de ce groupe.

2.1.3 Un séminaire régional

Dans ce cadre, le Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine a organisé le 15 mars 2012 un séminaire régional d'échanges intitulé « *Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : des stratégies expérimentées en Lorraine* » à la Maison Régionale des Sports de Tomblaine, durant lequel des actions menées sur la région Lorraine ont été présentées. Elles ont permis d'illustrer quatre axes de réflexion, identifiés par le Comité technique comme faisant partie des conditions indispensables à la réduction des inégalités :

- Agir dès la petite enfance,
- Privilégier l'échelon local,
- Repenser la place des usagers,
- Et envisager la démarche qualité dans les actions.

Il a eu pour objectif de soumettre à la discussion des 89 acteurs présents ces quatre grands thèmes, en prenant appui sur des expériences menées dans la région Lorraine (cf. page 36).

2.1.4 Six séminaires territoriaux

Pour faire suite à ce premier séminaire, le Comité technique a travaillé à la priorisation des territoires à cibler pour la mise en œuvre de six séminaires locaux sur le second semestre 2012. Ces séminaires territoriaux avaient pour objectifs l'appropriation concrète de la question des inégalités par les acteurs de terrains : Chacun peut-il contribuer à la réduction de ces dernières ? Si oui, comment ? Quels sont les éléments à prendre en compte ?

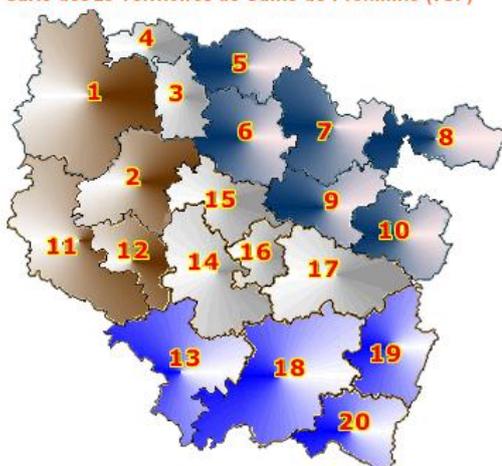
Ainsi, en premier lieu, un travail d'analyse et de classement des territoires a été effectué au regard d'indicateurs démographiques, sociaux, de mortalité, de morbidité afin d'identifier six territoires prioritaires à cibler. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les productions de l'ORSAS Lorraine (« L'atlas de santé des lorrains »¹² et « La santé observée en Lorraine »¹³).

Les indicateurs retenus étaient les suivants :

- Indicateurs démographiques : indice de vieillissement et de grand vieillissement
- Indicateurs sociaux :
 - Indicateurs relatifs à la situation familiale et sociale : proportion de familles monoparentales, part de la population vivant seule selon la tranche d'âge
 - Indicateurs relatifs au niveau de formation : niveau de formation, retard scolaire
 - Indicateurs relatifs à l'emploi : part de l'emploi précaire dans l'emploi salarié, taux de demandeurs d'emploi
 - Indicateurs relatifs au logement : taux de logement HLM, proportion de logement sans douche ni baignoire
- Indicateurs de mortalité : mortalité des 15-24 ans, mortalité prématurée évitable, mortalité par pathologie, mortalité par suicide
- Indicateurs de morbidité : selon cause

Fig. 14

Carte des 20 Territoires de Santé de Proximité (TSP)



Ainsi, à l'issue des échanges, six territoires définitifs ont été retenus :

- Territoire Meuse du Nord (T1),
- Territoire de Nancy et agglomération (T6),
- Bassin Houiller (T7),
- Pays de la Déodatie (T19),
- Territoire de Longwy (T4),
- Territoire de Metz (T6).

A partir des données en possession du Comité technique, un travail d'identification des dynamiques/projets/actions mises en œuvre sur les territoires prioritaires a été réalisé (cf. page 36).

Les séminaires locaux se sont déroulés :

- Le 20 septembre 2012 à Longwy,

¹² Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales de Lorraine. *Atlas de la santé des lorrains. Première partie : Contexte sociodémographique*. Vandœuvre-lès-Nancy : ORSAS Lorraine, 2010 : 56 p.

Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine. *Atlas de la santé des lorrains. Seconde partie : Etat de santé, pathologies*. Vandœuvre-lès-Nancy : ORSAS Lorraine, 2010 : 121 p.

¹³ Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine. *La santé observée en Lorraine*. Vandœuvre-lès-Nancy : ORSAS Lorraine, 2006.

- Le 27 septembre 2012 à Verdun,
- Le 12 octobre 2012 à Forbach,
- Le 23 octobre 2012 à St-Dié-des-Vosges,
- Le 16 novembre 2012 à Maxéville,
- Le 4 décembre 2012 à Metz.

Globalement, les séminaires locaux s'articulaient, sur une journée, en deux temps : d'abord la présentation de deux expérimentations spécifiques au territoire visant la réduction des ISTS, puis des ateliers de groupe permettant le partage et les échanges autour des projets des acteurs présents à partir de critères connus et reconnus comme contribuant à la réduction des ISTS. Pour appuyer la réflexion, la grille Lor'IS (Lorraine Inégalités de santé) a été élaborée permettant de questionner les acteurs sur la contribution de leur projet à la réduction/au non-renforcement des ISTS et de mettre en lumière les points à retravailler. C'est cet outil que nous décrivons dans la partie suivante.

2.2 Prendre en compte les critères retenus et reconnus comme contribuant à la réduction des inégalités de santé : Lor'IS, un outil d'aide à la réflexion

2.2.1 Une grille au croisement de trois outils

A la lecture de la littérature, il est apparu que de nombreux outils existaient sur cette question. Aussi, nous avons souhaité nous appuyer sur trois d'entre eux :

- Le guide d'autoévaluation « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?¹⁴ de l'INPES ;
- La grille d'appréciation de la réduction des inégalités sociales de santé de Valéry Ridde et d'Anne Guichard¹⁵ ;
- La Lentille ISS de la Fondation du Roi Baudouin¹⁶.

Ainsi, nous nous sommes appuyés sur ces trois outils aux approches et modalités d'utilisation complémentaires afin d'élaborer une grille dont l'objectif initial n'était pas d'évaluer si le projet réduisait les inégalités de santé mais d'analyser s'il respectait les critères reconnus comme contribuant à la réduction de ces dernières. Ainsi, Lor'IS guide les porteurs de projet vers une approche de promotion de la santé, celle-ci contribuant la réduction des inégalités de santé, ou du moins à la non accentuation de celles-ci.

La volonté du groupe à l'origine de ce travail était que chaque acteur puisse ainsi s'emparer de cet outil, quel que soit son niveau de connaissance relatif à la question des inégalités, l'état d'avancement de son projet, les objectifs visés et le profil de sa structure. Lor'IS peut donc être utilisée par les porteurs dans une démarche de réflexion en amont du projet, d'analyse au cours de celui-ci ou d'évaluation à la fin de ce dernier.

Le format de cette grille a évolué au cours de la démarche, au regard des retours suite à son utilisation lors des séminaires. C'est la version finale qui est présentée et annexée à ce présent rapport (cf. annexe 1, p.56).

¹⁴ INPES. *Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations – Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé*. Saint-Denis : INPES, 2009 : 40 p.

¹⁵ Guichard A, Ridde V. Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In : Potvin L, Moquet M-J, Jones C (sous la dir) *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010, p. 297-312.

¹⁶ Outil Lentille ISS : *Le questionnaire inégalités sociales de santé*. En ligne : <http://www.inegalitesdesante.be/>

2.2.2 Une grille de critères permettant de contribuer à la réduction des inégalités de santé

Lor'IS s'articule autour de cinq critères :

- Critère 1 : Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des inégalités.
- Critère 2 : L'action est basée sur une analyse de la situation globale y intégrant les inégalités de santé.
- Critère 3 : Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des inégalités de santé.
- Critère 4 : L'action vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus.
- Critère 5 : L'évaluation prévue et structurée, interroge les effets du projet sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

Chaque critère se décline sous forme de questions. Pour chacune d'entre elle, il est proposé à l'utilisateur de se positionner sur une échelle croissante allant de - - à ++. L'objectif n'est pas de porter un jugement, mais de permettre la réflexion, le questionnement et d'identifier les ajustements éventuels à réaliser pour une meilleure prise en compte des inégalités de santé. La grille peut se remplir individuellement par le porteur de projet, mais il semble plus pertinent de mener un travail collectif, visant à engager une réflexion concertée autour de la question.

Dans cette partie, nous vous proposons une présentation de chacun des critères et sous-critères de Lor'IS. Ils sont accompagnés d'exemples, n'ayant pas vocation à illustrer l'ensemble des sous-critères. Pour faciliter la compréhension de la grille, nous vous renvoyons à l'annexe 2 (cf. page 75). Elle vous présente un tableau synthétique recensant pour chaque critère les illustrations citées ci-après.

Critère 1 : Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des inégalités.

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS indique que l'amélioration des conditions de vie des personnes est la priorité d'action dans le cadre de la réduction des inégalités de santé. Les conditions de vie sont influencées par de nombreux éléments : logement, emploi, santé, éducation, loisirs... Aussi, la lutte contre les inégalités doit relever d'un travail concerté de secteurs très diversifiés. Les questions du critère 1, portant sur les notions de travail plurisectoriel et partagé, sont regroupées en deux sous-catégories, détaillées et illustrées ci-après.

Existence et composition de l'équipe projet (critères 1.1 à 1.6)

Cette première série d'items questionne, tout d'abord, les acteurs sur la constitution, dès le début du projet, d'une équipe projet. Au-delà de son existence, il interroge ensuite sa composition et son évolution : l'ensemble des secteurs sont-ils représentés ? La composition de l'équipe a-t-elle évolué au regard du projet ? La population est-elle intégrée ? Quelle place donne-t-on à chacun ? La population est-elle entendue et reconnue au même titre que les professionnels ? En outre, au regard de l'intérêt, évoqué en partie 1 et sur lequel nous reviendrons en partie 3, d'agir dès la petite enfance, un item questionne plus spécifiquement l'intégration de personnes ressources de ce champ dans l'équipe projet.

Illustration 1

Au sein d'un établissement scolaire, l'infirmière scolaire porte-t-elle le projet santé de l'établissement seule ou s'appuie-t-elle sur le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ? Qui est représenté au sein de ce CESC ? Le personnel de direction est-il présent ? L'équipe éducative et les personnels de restauration ont-ils été conviés ? Les élèves et les parents sont-ils impliqués ? Les propositions des élèves sont-elles entendues ou prises en compte au même titre que celles émises par les professionnels ?

Au sein d'un Atelier santé ville (ASV), qui compose le Comité de pilotage ? Les professionnels des secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux sont-ils représentés ? A-t-on pensé à intégrer les personnes-ressources impliquées dans le secteur de l'environnement, du logement ? Les habitants font-ils partie du Comité de pilotage ? Leur laisse-t-on une place au même titre que les professionnels ?

Remarque : La participation sera retrouvée en fil rouge sur l'ensemble des critères. Facteur de réduction des inégalités, elle sous-tend de nombreuses questions : qu'entend-on derrière participation : présence, consultation, co-construction, co-décision ? La présence régulière de questions relatives à la participation de la population au sein de la grille, vise à mettre en lumière la nécessité de penser la place de la population sur l'ensemble des phases du projet.

Une réflexion autour de concepts clés a été menée pour l'élaboration d'une culture commune (critères 1.7 à 1.9)

Au-delà de la présence et de la composition de l'équipe projet, le critère 1 va interroger les porteurs sur la construction d'une culture commune au sein de cette équipe : s'est-elle interrogée sur ce qu'elle entendait par « santé » ? Est-elle bien en accord sur l'existence des différents déterminants, allant au-delà des déterminants comportementaux ? L'équipe s'entend-elle sur la nécessité de l'approche globale en promotion de la santé et sur l'importance de développer diverses stratégies allant au-delà de la modification des comportements ? Que met-elle derrière « participation de la population », derrière « partenariat » ?

L'approche de promotion de la santé permet de contribuer à la réduction des inégalités. A la création d'une équipe projet, des représentations diverses de cette approche peuvent coexister. L'élaboration d'une culture commune semble d'autant plus nécessaire que l'équipe est composée de personnes issues de secteurs divers aux cultures différentes. Les échanges autour de ces dimensions, dès le début du projet, faciliteront grandement le travail par la suite.

Illustration 2

Lors de l'élaboration d'un Contrat local de santé (CLS), des partenaires de divers champs sont invités à une réunion d'échanges autour des besoins en santé que chacun repère sur le territoire. Secteurs médicaux, paramédicaux, sociaux, environnementaux ainsi que logement et transport sont conviés. La collectivité souhaite que l'ensemble de ces secteurs coopère et s'implique dans l'écriture du CLS. Cependant, si aucun travail préalable n'est fait quant à la vision de la santé par chacun et ce qui est entendu derrière « santé » dans « CLS », les professionnels de certains secteurs tels que le logement et le transport pourraient ne pas se sentir concernés voire légitimes à participer au CLS ; alors même que le regard croisé

des professionnels de santé et des secteurs tels que le logement, le transport, l'urbanisme permettront d'avoir une vision complémentaire et globale des problématiques santé inhérentes au territoire.

Critère 2 : L'action est basée sur une analyse de situation globale y intégrant les inégalités de santé

Afin d'adapter au mieux les projets aux priorités de santé de la population, il est nécessaire de réaliser une analyse de la situation avant l'élaboration du projet. Cette phase permet de définir des priorités répondant aux besoins réels de la population et permet, en outre, de légitimer le projet et de ne pas mettre en place des actions redondantes avec l'offre existante.

Le recueil des besoins, demandes et réponses (critères 2.1 à 2.5)

En premier lieu, la grille questionne la réalisation même d'une analyse de situation. Trois types de données sont à recueillir : les besoins, les demandes et les réponses.

Deux catégories de besoins existent : les besoins objectivés et les besoins repérés par les acteurs (professionnels ou bénévoles) en lien avec le public. Ainsi, la grille va s'intéresser à savoir si ces deux types de besoins ont été recueillis. Le recueil des besoins objectivés permet de dresser un premier état des lieux statistique du territoire : des données ont-elles été recherchées dans littérature ? Proviennent-elles de sources fiables ? Sont-elles récentes (moins de cinq ans) ? Ensuite, il est indispensable de recueillir les besoins identifiés par les acteurs (professionnels et bénévoles) en lien avec le public : quel est leur opinion quant aux besoins de la population ?

Puis, il est nécessaire d'aller recueillir les demandes émanant de la population. Cette prise en compte des préoccupations et attentes de cette dernière permet d'engager, dès l'étape de diagnostic, une démarche participative favorable à la réduction des inégalités. Sans aller recueillir les demandes exhaustives, il s'agira idéalement de constituer un échantillon représentatif du public. Ainsi, Lor'IS va questionner les utilisateurs quant à ce recueil des demandes : A-t-il été réalisé ? auprès d'un public représentatif ? De manière objective ?

Illustration 3

Au sein d'un centre social, l'objectif n'est pas d'aller recueillir les demandes auprès de l'ensemble des usagers, mais de constituer un échantillon représentatif de la répartition par sexe et par âge de ces derniers notamment. Par ailleurs, si le besoin repéré par les professionnels est en lien avec l'alimentation, le diagnostic auprès des usagers ne devra pas être orienté autour de cette thématique. Les demandes exprimées par le public peuvent être très différentes des besoins identifiés par les professionnels (cf. Illustration suivante). Il est donc essentiel de ne pas axer le diagnostic sur des thématiques prédéfinies.

Il pourrait ne pas paraître indispensable d'aller recueillir besoins et demandes lors d'une analyse de situation. En effet, il pourrait être considéré que les professionnels en contact quotidien avec le public sont en capacité d'identifier les besoins de la population. Pour

autant, il s'avère que la perception des professionnels et celle du public soient souvent différentes, et ce pour une même problématique.

Illustration 4

Au sein d'un chantier d'insertion, les professionnels observent et font remonter dans le cadre d'un diagnostic de grosses problématiques de consommation d'alcool : le besoin repéré par les professionnels du chantier est relatif aux addictions. Le référent santé de la structure décide, au-delà du recueil des besoins observés par les professionnels, d'interroger le public. Ce recueil des demandes met en évidence que la majorité du public ne « se sent pas bien » sur ce chantier et appréhende de s'y rendre chaque matin. Ce sentiment de mal-être est lié à une mésentente et des tensions entre travailleurs.

Notons, que les comportements addictifs observés par les professionnels encadrant sont certainement en partie liés au mal-être régnant entre travailleurs du chantier d'insertion. Aussi, le double recueil demandes/besoins a permis de mettre en évidence que la priorité d'actions, avant d'agir sur les addictions, serait de travailler sur le climat au sein du chantier. Ce dernier étant un déterminant des comportements addictifs.

Enfin, au cours l'analyse de situation, il s'agira d'aller recenser les réponses à disposition (services proposés, professionnels existants, projets et/ou activités mises en place...), dans l'optique de proposer un projet cohérent en considérant l'existant. L'identification de ces réponses permettra, en outre, une meilleure (ré)orientation du public par les professionnels ; permettant d'inscrire le projet dans une globalité d'actions, essentielle à la réduction des inégalités. Nous y reviendrons en critère 3.

La définition des priorités (critères 2.6 à 2.7)

Au regard des données recueillies, un travail d'analyse et d'élaboration des priorités est systématiquement à mener. Aussi, le critère 2 va interroger cette phase de travail : comment ont été déterminées les priorités ? Ont-elles été définies objectivement ? Il n'est, en effet, pas toujours aisé, de définir les priorités sans être influencé par ses idées premières de projet avant la mise en place du diagnostic ou par ses propres envies. C'est en ce sens que le critère réinterroge la cohérence des priorités au regard des éléments de diagnostic. Transversale à l'ensemble des critères, la participation du public est de nouveau abordée : a-t-il été associé à la phase de recueil des données ? A-t-il également été associé à la phase de définition des priorités ?

Illustration 5

Lors du diagnostic au sein d'une entreprise, les outils de recueil des demandes auprès des salariés ont-ils été élaborés avec le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ? Les priorités ont-elles été définies avec lui ?

Au-delà de la définition des priorités, une réflexion à mener (critères 2.8 à 2.12)

Le critère va questionner, dans sa dernière partie, la réflexion menée autour du choix du/des public(s) cibles et des déterminants à travailler au regard des priorités définies suite au travail de diagnostic : comment le public cible a-t-il été choisi ? Est-ce pertinent au regard de

la question des inégalités ? A-t-on des données plus spécifiques sur ce public ? L'équipe projet a-t-elle mené un travail de réflexion autour des déterminants susceptibles d'avoir un effet sur la problématique ? Les déterminants identifiés vont-ils au-delà des déterminants comportementaux ? A noter que ce travail d'identification des déterminants sera d'autant plus facile qu'une réflexion autour de ces notions aura été menée au préalable au sein de l'équipe projet (cf. Critère 1, page 27).

Enfin, pour finir, le critère 2 questionne la communication du diagnostic. Ce dernier a-t-il été diffusé à l'ensemble des parties prenantes (professionnels, public, partenaires) ainsi qu'aux financeurs ? La phase de diagnostic, parfois longue, est nécessaire afin que le projet repose sur de véritables besoins et soit en cohérence avec les demandes de la population. Aussi, il est indispensable de valoriser cette étape de la démarche projet, au même titre que l'étape de mise en œuvre, sur laquelle il est souvent plus aisé et plus habituel de communiquer.

Critère 3 : Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des inégalités de santé

Ce critère 3 est central à la grille. Etroitement lié aux critères précédents, il interroge le cœur du projet et questionne la cohérence de ce dernier au regard des stratégies de promotion de la santé.

L'approche du projet et les stratégies développées (critères 3.1 à 3.2)

Le critère revient tout d'abord sur la phase de réflexion relative aux déterminants. Le projet repose-t-il sur une approche positive s'appuyant sur les facteurs protecteurs plutôt que les facteurs de risque ? A noter que l'adoption d'une approche positive sera d'autant plus aisée, si un travail de création d'une culture commune a été mené en amont au sein de l'équipe projet, comme évoqué dans le premier critère.

Illustration 6

Une problématique de surpoids est repérée chez les ouvriers d'un établissement et service d'aide par le travail. L'approche éducative favorise-t-elle un travail sur l'estime de soi, le soutien social, la pratique d'une activité physique, l'alimentation équilibrée plutôt que sur le risque, la maladie ?

Ensuite le critère 3 va permettre une réflexion sur l'approche globale du projet en écho à la diversité des stratégies développées. En effet, les facteurs individuels de risque ne peuvent expliquer, à eux seuls, les inégalités sociales de santé. De nombreuses recherches menées ont permis de mettre en évidence que les modes de vie ne sont responsables qu'à un tiers des écarts constatés. Il apparaît alors essentiel de développer un ensemble de stratégies permettant d'agir sur une globalité de déterminants : les stratégies développées ne visent-elles pas uniquement un travail sur les aptitudes individuelles ? Le projet porte-t-il également sur l'environnement ? Le travail entre professionnels, en partenariat est-il mis en œuvre ? Si une stratégie vise à travailler sur les comportements individuels, est-il prévu d'aller au-delà du renforcement des savoirs ? Un travail sur les savoirs-faire, les compétences psychosociales est-il prévu ?

Illustration 7

Au sein de l'établissement scolaire où une problématique de surpoids chez les élèves a été remarquée, le CESC a décidé de faire un diagnostic plus approfondi. A l'issue de ce dernier, il apparaît plusieurs éléments :

- Les élèves désertent la cantine scolaire pour aller fréquenter les sites de restauration rapide à proximité.
- Les élèves doivent patienter plus d'une heure avant d'avoir accès au self.
- Afin de pouvoir assurer l'ensemble du service, il est demandé aux collégiens de manger en moins de 20 minutes. Aucune activité n'est proposée par la suite, les élèves se retrouvent donc dans la cours de récréation.
- Les tables disposées en longueur au sein de la salle de restauration ne permettent pas de favoriser le dialogue entre les élèves.
- Une problématique de mésentente au sein de l'équipe de restauration est relevée.

Au regard de ces constats, il apparaît indispensable d'aller au-delà d'une action visant à faire évoluer les attitudes alimentaires des élèves. C'est en ce sens qu'un diagnostic initial est essentiel (cf. Critère 2, page 29) permettant d'identifier les éléments à travailler et de cibler ainsi les stratégies pertinentes à développer. Dans cette situation, il paraîtrait nécessaire de travailler sur la communication entre professionnels, sur l'environnement des élèves (offre d'activités entre midi, réagencement de la salle de restauration), sur la politique de l'établissement (modification du règlement visant à aménager les heures d'accès à la restauration scolaire). Cela ne signifie pas que, par ailleurs, aucune action n'est à mener auprès des élèves directement, dans laquelle il faudra veiller à aller au-delà du renforcement des connaissances. Ainsi, est-il prévu de travailler sur les représentations de la consommation alimentaire ? Sur le renforcement des compétences psychosociales des élèves leur permettant notamment d'affirmer leur choix ?

Il apparaît que le respect de ce critère sera d'autant plus facile qu'un travail préalable aura été mené au sein de l'équipe projet sur la nécessité de développer des stratégies diversifiées, d'avoir une approche globale et positive (cf. Critère 1, page 27).

Des protocoles adaptés aux sous groupes de la population (critère 3.3)

Le critère 3 interroge ensuite le développement de protocoles d'actions différents selon les sous-groupes de la population. En effet, pour atteindre un objectif sur la population générale sans renforcer les inégalités, il est nécessaire de développer des stratégies d'actions différentes en fonction des catégories et profils de populations, au risque, le cas échéant, de creuser les inégalités. Il est, en effet, souvent constaté que ce sont les personnes les plus proches des recommandations en termes de comportement qui sont les plus réceptives aux messages émis.

Illustration 8

Dans le cadre d'un CLS, le Comité de pilotage se fixe notamment pour objectif de « Augmenter de 15%, la participation au dépistage organisé du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans ». Pour ce faire, en sus de la procédure habituelle (envoi de la lettre d'invitation au dépistage organisé à l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans par la structure de gestion), une campagne d'information grand public est déployée par la collectivité

territoriale en lien avec la structure de dépistage. Mais un travail plus spécifique est mené auprès des personnes en situation de précarité. En effet, pour ces dernières, de nombreux freins interviennent dans leur cheminement vers le dépistage : compréhension du courrier, accès au cabinet de radiologie, appréhension du coût de la prise en charge en cas de résultat positif... La campagne de communication grand public ne permettra pas de travailler sur ces freins, il apparaît donc essentiel de mener un travail différent auprès de cette population : renforcement des moyens de transport vers les cabinets de radiologie, formation des relais sociaux pour que ces derniers soient en capacité de répondre aux questionnements et de faire face aux inquiétudes de ce public concernant le dépistage, adaptation de la communication aux personnes en situation d'illettrisme, formation des professionnels de santé pour avoir une approche positive et globale des personnes en situation de vulnérabilité...

Une communication adaptée (critère 3.4)

En écho à ce que nous avons évoqué dans l'illustration 8, le critère 3 revient ensuite sur la communication autour du projet. La communication autour du projet est-elle prévue ? Avec qui ont été pensés les supports ? Le contenu et les modalités de diffusion sont-ils adaptés au public ?

Illustration 9

Comment a été faite la communication autour de l'atelier cuisine ? L'affiche a-t-elle été réalisée avec, par ou pour le public ? Comment rejoindre les publics qui en ont le plus besoin ? Ne passe-t-on pas uniquement par internet, moyen de communication non accessible à tous, pour communiquer sur cet atelier ?

Un projet à penser dans un environnement mouvant (critères 3.5 à 3.7)

Le critère 3 revient ensuite sur l'indispensable globalité du projet. Comme nous l'avons évoqué précédemment, au-delà de la nécessaire diversité des stratégies à développer, il apparaît qu'un projet à lui seul ne pourra répondre à l'ensemble des besoins identifiés et demandes exprimées. Cependant, il existe souvent sur les territoires de nombreuses initiatives et un ensemble de services à disposition des populations. C'est au cœur du paysage existant, qu'il est essentiel de penser tout projet, afin que ce dernier s'inscrive dans une globalité d'actions. Cela passe notamment par l'identification des différentes ressources (cf. Critère 2, page 29) à disposition dans l'environnement afin de créer du lien avec l'existant et d'être en capacité de réorienter vers une réponse adaptée.

Pour finir, le critère 3 questionne la pérennité du projet. Cette dernière a-t-elle été réfléchie, anticipée ? Cela sera d'autant plus réalisable que le projet ne repose pas sur une personne seule, mais sur une équipe projet, permettant la répartition des tâches et la formalisation du projet. La pérennité est également en lien étroit avec la participation de la population. Plus le public sera impliqué, plus ce dernier pourra s'appropriier le projet et en faciliter sa pérennisation.

Illustration 10

Dans un collège, l'infirmière scolaire, constatant un problème de surpoids, a engagé depuis deux ans un projet autour de la nutrition. Elle est le pivot de la démarche : c'est elle qui a établi le programme d'action et recherché les intervenants.

Mais, peu à peu, l'infirmière s'épuise. Le travail mené n'est pas relayé par les professeurs au cours des enseignements, réduisant le projet à des interventions ponctuelles. En outre, elle constate que son champ d'action est limité : elle souhaiterait mener un travail avec les personnels de restauration, mais ces derniers ne comprennent pas pourquoi ils sont associés à un projet « santé ».

En fin d'année, l'infirmière est affectée sur un autre établissement. Sa remplaçante n'a aucun élément écrit du projet, autre que les échanges de mails entre sa prédécesseur et les différents intervenants extérieurs. Il lui est alors compliqué de comprendre et de perpétuer la démarche engagée. Cette situation met en évidence que la pérennité du projet repose sur un ensemble de facteurs questionnés dans les critères précédents : appui sur une équipe projet, implication des différents secteurs, formalisation du projet, ... Une volonté politique d'intégration du projet de cette infirmière scolaire dans le cadre du CESC de l'établissement aurait, d'une part, peut-être pu éviter son épuisement et, d'autre part, élargir son champ d'action. En effet, les personnels de restauration (participants du CESC) auraient pu faire le lien du projet « santé » avec leur exercice quotidien ; de même pour le corps enseignant qui, impliqué dans le projet, aurait pu se l'approprier et en être acteur à travers leurs enseignements.

Enfin, le travail en équipe projet aurait permis la formalisation de ce dernier (comptes-rendus, répartition des tâches...). Un ensemble de documents aurait pu être mis à disposition de l'infirmière remplaçante, lui permettant de comprendre et de pouvoir perpétuer la démarche, en appui avec l'ensemble du CESC impliqué dans le projet.

Critère 4 : L'action vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus

Le critère 4 est axé sur le pouvoir d'agir des individus, critère central et indispensable à la réduction des inégalités de santé ; comme nous l'avons évoqué au cours de l'ensemble de cette synthèse.

Le renforcement des ressources personnelles et sociales des populations (critère 4.1)

N'y a-t-il aucune forme de jugement ? N'y a-t-il pas de culpabilisation du public ciblé ? Le projet part-il des savoirs et savoir-faire de chacun ? Cherche-t-on, dans le projet à renforcer les compétences psychosociales des populations, en vue de développer leur pouvoir d'agir ?

Illustration 11

Suite à des demandes répétées des bénéficiaires de l'épicerie solidaire d'un centre social, ce dernier a mis en place un atelier cuisine. Au début de l'action, il a été proposé à l'ensemble des personnes fréquentant le centre social, de s'impliquer, pour celles qui le souhaitent, dans la gestion et l'animation de l'atelier cuisine. Un noyau de personnes s'est alors constitué. Avec l'aide de l'animatrice, il a élaboré le projet et défini le mode de fonctionnement de l'atelier. Les recettes cuisinées sont décidées par les participants. L'atelier est animé en binôme par un utilisateur du Centre Social et une diététicienne : le

premier apportant ses connaissances et savoir-faire relatifs à la recette cuisinée, l'autre proposant des variantes de cette dernière afin de cuisiner autrement et de travailler sur l'équilibre alimentaire.

L'atelier cuisine aurait pu être entièrement géré par le centre social et animé par une diététicienne proposant, elle-même, de recettes. Mais, il apparaît dans ce projet, que ce sont les utilisateurs du centre social qui se sont emparés de l'atelier cuisine, la structure s'occupant uniquement du volet organisationnel et financier. En positionnant la population au cœur du projet, cet atelier permet la valorisation des bénéficiaires, le renforcement de leur capacité d'agir et de leurs compétences psychosociales ; un ensemble de facteurs favorables à la réduction des inégalités.

L'accessibilité physique et économique du projet (critère 4.2)

L'accessibilité physique et économique du projet a-t-elle été pensée et anticipée ?

Illustration 12

La salle dans laquelle se déroule l'atelier cuisine est-elle accessible pour les personnes à mobilité réduite ? A-t-on pensé à un dédommagement des frais de déplacement des personnes, afin que le coût de ces derniers ne soit pas un frein à la participation ?

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

Ce dernier critère revient sur l'évaluation, phase essentielle pour déterminer le bénéfice des actions sur la réduction des inégalités. Ce critère interroge deux dimensions : d'une part, comment l'évaluation a-t-elle été conçue, d'autre part, que va-t-elle interroger ? L'évaluation a-t-elle été pensée dès la conception du projet avec l'ensemble des parties prenantes du projet ? L'évaluation va-t-elle interroger l'ensemble de ces deux questions : partenaires, public, structure porteuse ? Comment a été impliqué le public dans le projet, à quel degré et de quelle manière ? Enfin, est-ce que l'évaluation va s'intéresser à la réduction des inégalités en tant que telle ?

Illustration 13

La collectivité territoriale et la structure de gestion des dépistages organisés des cancers porteurs de la démarche évoquée en Illustration 8 (cf. page 33) souhaitent évaluer le projet. Au delà du nombre d'affiches grand public distribuées, des types de supports utilisés et adaptés aux personnes en situation d'illettrisme, du nombre de relais sociaux formés, il s'agira dans l'évaluation de s'intéresser :

- A l'évolution du taux de participation au dépistage et plus spécifiquement à l'évolution du nombre de femmes en situation de précarité participant au dépistage
- A l'évolution des représentations de ces dernières quant à la mammographie,
- A l'amélioration de l'accessibilité du cabinet de radiologie,
- A l'accès géographique et financier
- Aux représentations des médecins et radiologues autour du dépistage organisé
- A l'évolution T0 / T1 du taux de dépistage selon la catégorie professionnelle

3 Du niveau local au niveau régional, une multiplicité d'acteurs et d'initiatives en Lorraine

Dans cette troisième partie, vont être illustrés certains des critères décrits précédemment à travers différentes actions, dispositifs, structures présentés lors des différents séminaires régionaux et locaux. Il ne s'agira pas de les décrire dans leur intégralité : un focus plus particulier sera fait sur les liens entre ces projets et/ou dispositifs et la grille Lor'IS présentée en partie 2 (cf. page 27).

Par ailleurs, notons que ces projets ne prétendent pas respecter l'ensemble des critères de la grille. L'objet des présentations est de mettre en exergue que chacun peut, à son échelle, travailler sur un ou plusieurs critères de Lor'IS, afin d'aller progressivement dans le sens de la réduction des inégalités.

3.1 Ville de Thionville : la phase de diagnostic, entre cohérence des priorités et implication des habitants

L'étape d'analyse de situation est un préalable indispensable à l'élaboration de projets en cohérence avec les problématiques et préoccupations du territoire. Par ailleurs, au-delà de l'adaptation du projet aux spécificités locales, le diagnostic est une étape privilégiée de mobilisation des professionnels d'une part, et de la population d'autre part, au travers du recueil des besoins et des demandes. En ce sens, la phase de diagnostic est une étape conditionnant la contribution du projet à la réduction des inégalités de santé ; c'est pourquoi elle constitue un critère à part entière de Lor'IS (Cf. Critère 2, page 26).

3.1.1 L'origine de la démarche de diagnostic

La ville de Thionville, située au nord de la Moselle, rassemble 42 000 habitants. Les données statistiques révèlent de fortes disparités sociales. Par ailleurs, de nombreux besoins sont repérés et remontés par les professionnels, mais cette identification reste subjective et informelle. En outre, un tissu associatif formalisé en réseau existe sur Thionville, démontrant une réelle motivation à agir ensemble. C'est au regard de ces constats et du contexte favorable d'action que la ville a souhaité comprendre ce qui se passait véritablement afin de s'engager dans une démarche en cohérence avec les besoins, demandes et réponses existantes. En ce sens, elle s'est engagée dans la réalisation d'un diagnostic partagé dont les objectifs étaient les suivants :

- Améliorer les connaissances sur l'état de santé des habitants,
- Identifier les besoins et les demandes sur le terrain,
- Engager une véritable participation des acteurs.

Cette approche participative a constitué le fil rouge de l'ensemble du diagnostic.

3.1.2 L'organisation des différentes instances au service du projet

Un Comité de pilotage au rôle décisionnel a été constitué. Il était initialement composé d'élus de la ville, de personnes-ressources du secteur social et sanitaire (Caisse primaire d'assurance maladie et Centre communal d'action sociale). Il s'est élargi, au cours de la démarche, mettant en lumière une réelle volonté d'adaptation des instances à l'évolution du projet.

L'équipe projet avait un rôle opérationnel. Elle avait pour mission de participer activement à la mise en œuvre méthodologique des différentes étapes du diagnostic (du recueil des

besoins à l'élaboration d'un plan d'actions). Elle était constituée de membres du réseau de professionnels représentant de nombreux secteurs d'interventions : social, médico-social, soins...

3.1.3 Les différentes étapes nécessaires à la détermination des priorités

La première étape a consisté à recueillir les besoins objectifs (données sociodémographiques et sanitaires). Par la suite, en vue du recueil des besoins repérés par les professionnels et des demandes exprimées par les habitants, divers outils ont été constitués : grille d'entretiens individuels et focus group ; ce type d'outils, permettant plus aisément d'intégrer l'habitant au processus et de recueillir des données qualitatives.

Dix-sept entretiens ont été réalisés auprès des professionnels de divers champs. A l'image de la composition de l'équipe projet et du comité de pilotage, divers secteurs ont été entendus au cours de ces entretiens : maisons de quartier, mission locale, Permanence d'Accès aux Soins de Santé, établissements de santé, réseau de santé, Groupement d'Entraide Mutuelle... Quatre entretiens collectifs ont été réalisés auprès d'habitants : un auprès de jeunes suivis par la mission locale, deux groupes d'adultes, usagers d'un centre social de l'agglomération et un groupe de personnes âgées, issu d'un espace dédié aux seniors.

L'ensemble de ces entretiens a permis de recueillir des données sur « Comment les gens ressentent la santé ? », « Qu'est-ce qui peut améliorer la santé sur Thionville ? », « Qu'est-ce qui peut apporter des freins à cette bonne santé ? » ; « Qu'est-ce qui, d'après les professionnels, pourrait améliorer leurs pratiques ? ».

L'étape suivante a consisté en la détermination des priorités au regard des données rassemblées, ainsi qu'en la communication des résultats, tout en préservant cette volonté de co-construction avec les habitants. Des critères de sélection des priorités ont ainsi été soumis aux professionnels et aux habitants, permettant de dégager trois grands axes de travail et d'envisager la suite de la démarche. Les habitants ont souhaité construire, eux-mêmes, le support de communication des résultats, leur permettant d'animer les réunions publiques de présentation des résultats du diagnostic.

3.1.4 Des conditions nécessaires à la réussite de la démarche

Plusieurs facteurs ont conditionné la réussite de la démarche. Au-delà du soutien politique, la mise en œuvre d'un diagnostic partagé nécessite du temps. Ce dernier permet le changement progressif des pratiques et des habitudes de chacun, la création d'une relation de confiance entre les habitants et les professionnels, essentielle à la co-construction et à la pérennité de la démarche.

Inhabituel pour les professionnels et les habitants, le diagnostic participatif assure la cohérence des priorités et réponses proposées aux demandes et besoins recueillis et permet la valorisation des individus, conditions indispensables à la réduction des inégalités.

FOCUS Lor'IS

- La constitution d'un comité de pilotage et d'une équipe projet pluridisciplinaire et évolutive au cours du projet (critère 1.2).
- La mise en place d'un diagnostic non orienté, visant à appréhender la santé de manière globale (critère 2.3).
- Le recueil des besoins objectivés, des besoins ressentis par les professionnels et des demandes exprimées par les habitants (critère 2.1, 2.2 et 2.3).
- La détermination des priorités à partir de critères validés par les habitants (critère 2.7).
- La communication des résultats du diagnostic lors de réunions publiques par les habitants (critère 2.12).

3.2 Une approche globale indispensable à la réduction des inégalités

L'approche globale est un des critères essentiels à la réduction des inégalités (cf. Critère 3 page 31). En effet, le développement de stratégies diversifiées, allant au-delà de l'action sur les aptitudes individuelles, permet d'appréhender l'individu dans sa globalité et d'agir sur un ensemble de déterminants influençant la problématique repérée. Cependant, comment agir de manière globale, lorsque le champ d'action de la structure est habituellement thématique ? Est-il possible d'intégrer cette approche à l'ensemble du projet d'une structure ? Comment préserver cette approche globale auprès de publics spécifiques ?

3.2.1 Du projet d'une structure au projet structurel

3.2.1.1 *Projet Sport pour Toutes, le projet d'une structure : complémentarité partenariale au service de l'approche globale*

Initié par un centre social meurthe-et-mosellan en 1999, le projet Sport Pour Toutes a pour objectif de permettre à des femmes en situation de précarité de s'initier à des activités physiques dans un but de bien-être physique et mental. Ainsi, le Comité départemental olympique et sportif de Meurthe-et-Moselle (CDOS 54), coordonnateur du programme, propose, pour moins d'un euro par personne et par séance, des cycles d'activités sportives à destination de femmes, rejointes dans les différentes structures partenaires (essentiellement des centres sociaux). Le contenu des séances est programmé à partir des demandes des femmes qui sont relayées par les travailleurs sociaux auprès du CDOS.

Une véritable implication est demandée aux structures partenaires permettant d'inscrire ce projet au-delà du versant « reprise d'une activité physique » : les travailleurs sociaux doivent, suite aux séances proposées par les animateurs sportifs, pouvoir reprendre et poursuivre le travail engagé. La participation des femmes aux séances s'inscrit plus largement dans le cadre du travail de suivi mené par les travailleurs sociaux.

C'est cette articulation du CDOS avec les centres sociaux qui rend l'approche du projet intéressante : le sport constitue la porte d'entrée à un travail sur soi dans le cadre d'une réinsertion sociale. Aussi, l'objectif, au delà de la pratique d'activité sportive, est de travailler sur la confiance en soi, l'estime de soi, facteurs protecteurs de santé.

Cette approche positive et globale, critère reconnu comme contribuant à la réduction des inégalités, est rendue possible par l'association des compétences de chacun et la pluridisciplinarité de l'équipe projet.

FOCUS Lor'IS

- L'approche positive du projet visant à travailler sur l'estime de soi, la confiance en soi des participantes à travers la pratique d'activité physique (critère 3.1).
- La réflexion faite sur l'accessibilité économique aux activités proposées au travers la contribution financière de moins de un euro par personne et par séance (critère 4.2).
- La construction du programme des activités à partir des demandes des femmes recueillies par les travailleurs sociaux (critère 4.2).
- L'inscription de l'action par le CDOS dans le suivi réalisé par les travailleurs sociaux au quotidien auprès de leur public (critère 3.6).
- La communication des résultats du diagnostic lors de réunions publiques par les habitants (critère 2.12).

3.2.1.2 *Centre Social et Culturel du Pays de Montmédy : l'approche globale intégrée au projet structurel*

Le Centre social et culturel (CSC) du Pays de Montmédy est né de l'initiative de quelques personnes s'inquiétant de la carence en termes d'offre de prise en charge de leurs enfants sur le secteur. Initialement centré sur la petite enfance, le CSC s'est progressivement étoffé et développé à partir des besoins de la population. Aujourd'hui, il comporte quatre secteurs - petite enfance, enfance, jeunes et familles - permettant d'offrir un ensemble de services au sein d'un territoire initialement dépourvu.

Le CSC dans les missions qui lui sont attribuées a une fonction de « soutien à l'animation de la vie locale et au développement social ». Aussi, les activités développées peuvent être diversifiées et le champ d'action de ce type de structure est vaste. Selon la nature, l'approche, la construction et les valeurs défendues par les activités mises en place, le CSC peut contribuer de manière plus ou moins importante à la réduction des inégalités. Ainsi, il a souhaité développer nombre d'activités et projets.

Un service de garde d'enfants, dont le tarif est fixé selon les ressources familiales, est proposé. S'il n'est pas suffisant à lui seul, ce service permet d'aider les parents à remplir leurs obligations professionnelles ou à leur libérer du temps pour la recherche d'un emploi. Au-delà du service de crèche, des ateliers autour de la parentalité sont proposés permettant le renforcement des liens parents-enfants, la mise en confiance et la valorisation du rôle parental. Il a été démontré la nécessité, dans la réduction des inégalités de santé, de développer des stratégies d'actions en faveur du soutien parental¹⁷.

¹⁷ Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Rapport*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, mai 2011 : 204 p.

En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581/0000.pdf>
[Consulté le 17.11.2013]

En outre, une épicerie solidaire a ouvert ses portes en 2009. Les bénéficiaires, au-delà de la mise à disposition à moindre prix des denrées alimentaires, peuvent participer à des ateliers-cuisine et sont accompagnés par le référent famille. L'objectif, en sus de l'accessibilité matérielle aux produits, est de renforcer et valoriser les savoir-faire de chacun. Certains bénéficiaires se sont ainsi emparés de la démarche et animent aujourd'hui ces ateliers, mettant en exergue l'appropriation des ressources par la population.

Diverses autres activités sont proposées aux familles (ateliers décoration, atelier bricolage, repas intergénérationnels), permettant la création de lien sociaux et la valorisation des savoir-faire de chacun.

Au-delà des actions et projets menés en interne, le travail et la connaissance par le CSC des personnes-ressources sur le territoire, lui permettent de travailler de manière multisectorielle d'une part, et de réorienter efficacement les familles vers les personnes et/ou structures compétentes d'autre part. Un référent famille permet d'assurer cohérence et transversalité de l'ensemble des services. L'identification du CSC par la population comme « lieu-ressources » participe également à l'approche globale, développée à travers des diverses stratégies mises en œuvre.

Initialement parti d'un constat autour du manque d'offre en termes de garde d'enfants, c'est à partir des préoccupations et demandes de la population que le CSC s'est progressivement étoffé. Il aurait pu évoluer vers une structure proposant un panel d'activités et services de loisirs, de garde d'enfants.... Mais une attention particulière a été portée au développement des activités. Le CSC s'est appuyé sur des ressorts positifs et repositionne les personnes comme actrices de leur parcours dans un environnement donné. Une attention particulière est portée sur l'approche et les valeurs défendues au sein de la structure.

FOCUS Lor'IS

- L'approche globale à travers la diversité des stratégies développées: action sur les aptitudes individuelles, développement et renforcement du partenariat, action sur l'environnement... (critère 3.2.2).
 - L'attention particulière portée à ce qu'un travail sur les savoir-faire et savoir-être soit développé (critère 3.2.1).
 - Le travail mené sur les compétences psychosociales et la volonté de s'appuyer sur les savoir-faire des participants (exemple de l'atelier cuisine) (critère 4.1).
- Le travail sur l'accessibilité économique aux services : épicerie sociale, tarifs de garde d'enfants fixés selon revenus... (critère 4.2.1).
- L'implantation du centre social sur le territoire et sa connaissance des partenaires locaux lui permettant de réorienter les personnes (critère 3.6).
- La volonté du centre social de travailler sur la parentalité.

3.2.2 L'approche globale, un véritable enjeu de réduction des ISTS, dans le cadre d'actions auprès de populations spécifiques et au sein de champs d'intervention définis

3.2.2.1 *Programme Je t'aime mon cœur : une diversité de stratégies auprès d'une population définie*

Le Programme régional de réduction des risques cardio-vasculaires (PRRRCV), nommé « Je t'aime mon cœur », est un programme qui s'adresse à des personnes non malades de 35 à 55 ans, présentant un ou plusieurs facteurs de risques de maladies cardio-vasculaires : tabac, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète, surpoids, sédentarité. Il a pour objectif général la diminution de l'incidence des maladies cardio-vasculaires (MCV) sur quatre territoires lorrains prioritaires. En ce sens, diverses stratégies sont développées. Au-delà de l'action auprès des personnes présentant des facteurs de risques, un véritable travail a été fait en termes d'offre, de visibilité et d'accessibilité à celle-ci, ainsi qu'auprès des professionnels de santé des territoires ciblés.

En effet, un axe de travail a été spécifiquement consacré à l'amélioration du repérage précoce des facteurs de risque par les médecins généralistes. En première ligne auprès de leurs patients, ce sont eux qui peuvent repérer les patients à risque et les orienter vers une prise en charge adaptée à leur situation. Si les facteurs de risque étaient bien connus par les professionnels de santé, il a semblé essentiel de les outiller en termes de repérage : un protocole de dépistage a été élaboré en concertation avec eux.

Un deuxième axe a consisté en la mise en œuvre et la coordination de cellules éducatives sur chacun des territoires prioritaires ciblés par le programme, permettant la prise en charge pluridisciplinaire non médicalisée de personnes de 35 à 55 ans présentant un ou plusieurs facteurs de risque de MCV dépistés par leur médecin. Ces cellules éducatives, coordonnées par des infirmières, proposent un accompagnement individuel et collectif visant à agir sur les facteurs de risques des MCV, en partant des préoccupations des personnes, dans une approche positive et globale et des conditions conférant aux personnes les moyens de faire des choix pour améliorer leur qualité de vie. Ainsi, selon les cellules, infirmières, diététiciennes, enseignants en activités physiques adaptées, tabacologues, psychologues suivent les personnes, orientées par leur médecin généraliste, pendant 6 à 12 mois. Ces cellules s'appuient sur le maillage territorial existant et les professionnels des différents territoires, permettant ainsi de faire le relais vers les personnes et structures ressources à disposition après la prise en charge au sein du programme. L'accessibilité des cellules géographiques a été réfléchi et la prise en charge est gratuite.

Outre ces stratégies développées auprès des personnes à risque et des professionnels, un travail de renforcement des connaissances auprès du grand public sur les facteurs de risque des MCV a été mené. Une campagne de communication a ainsi été diffusée. Un groupe de population accompagné par l'IREPS Lorraine a élaboré les visuels et les messages des outils de la campagne. Le titre du programme « Je t'aime mon cœur » a également été pensé par ce groupe. Ainsi, au-delà du renforcement des connaissances des publics destinataires de la campagne, cet axe de travail a donc permis, en impliquant un groupe de population représentatif de la cible, c'est à dire entre 35-55 ans, avec des facteurs de risques cardio-vasculaires et habitants du territoire, de valoriser ces personnes et de travailler sur leurs compétences psychosociales.

Le programme repose sur un ensemble de professionnels issus de divers champs tant au niveau du Comité de Pilotage chargé de donner les orientations générales, que des équipes techniques au sein des cellules sur le terrain.

Les stratégies articulent donc des niveaux complémentaires d'intervention allant du renforcement des connaissances de la population générale à l'amélioration du repérage et de la prise en charge de la population à risque : grâce à une meilleure articulation entre acteurs, une plus grande accessibilité financière, géographique et culturelle aux professionnels de santé et la formation de ces derniers aux techniques d'animation centrées sur la personne, dans une approche globale et non pas centrée sur la réduction des risques. Ainsi, alors même que le programme s'adresse à une population spécifique, il est indispensable dans l'optique de réduction des inégalités, de préserver cette approche globale. Au-delà de l'action directe auprès de la population à risque, c'est le travail auprès et avec les professionnels et sur l'environnement qui permettra d'atteindre l'objectif de réduction des MCV.

FOCUS Lor'IS

- L'appui sur une équipe pluridisciplinaire tant en termes décisionnel qu'opérationnel (critère 1.3).
- La diversité des stratégies développées (critère 3.2).
- L'implantation des cellules adaptée au maillage territorial existant permettant de faciliter le relais vers des professionnels ou des structures locales pendant et après la prise en charge au sein du programme (critère 3.6 et 3.7).
- La réflexion sur l'accessibilité du programme géographiquement (implantation des cellules) et financièrement (critère 4.2).
- Le travail autour de la communication du programme et plus spécifiquement l'élaboration de supports avec la population (critère 3.4).

3.2.2.2 *Recherche-action Langage à Vandœuvre-lès-Nancy et Laxou : de multiples actions pour un objectif commun*

En 2006, au travers des bilans de santé qu'il réalise, le service de Protection maternelle et infantile (PMI) du Conseil Général de Meurthe-et-Moselle fait le constat d'un taux important d'enfants rencontrant des difficultés langagières, d'autant plus marqué sur les quartiers ZUS (Zone urbaine sensible). C'est cette observation initiale qui est à l'origine de la recherche-action. Afin d'approfondir ces observations initiales, une étude de besoins plus précise a été menée : les dossiers des bilans de santé à 6 ans ont ainsi été analysés, les professionnels impliqués dans la prise en charge de l'enfant (orthophonistes, pédiatres, Centre médico-psychologique...) ont été entendus. De nombreux constats ont alors été faits : difficultés à repérer les enfants de manière précoce, difficultés à mettre en œuvre une prise en charge et plus spécifiquement à poursuivre cette dernière.

Au regard de ces éléments, le Comité de pilotage, en charge de la démarche, a peu à peu développé diverses stratégies d'intervention visant à repérer au plus tôt les enfants à risques de difficultés langagières et développer la prévention précoce, afin de mettre en place des soutiens spécifiques, adaptés à chaque enfant. Pour atteindre cet objectif, un axe de travail a été plus particulièrement consacré à la formation des professionnels. Tantôt par secteur (éducation, soins...), tantôt intersectorielle, l'organisation de temps de partage a permis à chacun d'apprendre à se connaître, à échanger sur la thématique des difficultés

langagières, sa prise en charge et les difficultés associées. Ces temps communs ont, par ailleurs, permis aux professionnels impliqués dans la prise en charge de l'enfant de se fixer des objectifs communs, d'acquérir une culture partagée et d'instaurer une dynamique interprofessionnelle dans l'optique d'une prise en charge plus globale, précoce et de meilleure qualité. Dans ce même objectif, un travail d'intégration des associations et travailleurs sociaux à l'accompagnement existant a été mené.

Par ailleurs, au-delà de cet axe auprès des professionnels, un travail direct auprès des familles a été mené : réalisation de supports écrits avec les familles, ateliers « Massages et paroles, paroles et massages » permettant de travailler sur les compétences psychosociales des enfants concernés par cette problématique. Plus largement, ces ateliers ont permis d'associer et de rendre acteurs les parents dans la prise en charge de leur enfant.

C'est la diversité des stratégies développées tant auprès des professionnels que des familles qui permettront au long terme d'atteindre l'objectif d'une prise en charge plus précoce de qualité des enfants en difficultés langagières.

FOCUS Lor'IS

- Le public ciblé par le travail mené : la petite enfance.
- La diversité des stratégies développées portant tant sur la formation et la coordination des professionnels, que sur les enfants et les familles (critère 3.2).
- La volonté d'instaurer un travail concerté, coordonné et pluridisciplinaire autour de la prise en charge des enfants repérés (critère 3.2).
- La considération de l'enfant et de sa cellule familiale et le travail mené sur les compétences psychosociales (critère 4.1)

3.3 La réduction des inégalités au sein de dispositifs et structures au cadre prédéfini

Des critères (cf. Partie 2 page 26) sont indispensables à prendre en compte afin que les projets puissent contribuer au non-renforcement, voire à la réduction des inégalités de santé. Pour autant, il semble plus aisé de pouvoir intégrer ces critères à des projets en construction plutôt que dans des dispositifs aux cadres prédéfinis. Est-il possible de respecter ces critères au sein d'une structure/d'un dispositif dont les missions sont définies nationalement ?

3.3.1 Dispositif de Réussite éducative de Vandoeuvre-lès Nancy : quelle intégration de la question des inégalités dans un dispositif au cadre législativement défini ?

La Réussite éducative est un dispositif national défini dans le cadre de la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005. Il s'adresse prioritairement aux enfants et adolescents de 2 à 16 ans, présentant de grands signes de fragilités, vivant/scolarisés dans les zones d'éducation prioritaires ou habitant dans les quartiers inscrits dans le cadre de la politique de la ville. Ainsi, le dispositif dont une des spécificités est d'être adapté et de s'adapter à chaque situation, vise à accompagner les enfants « qui ne bénéficient pas d'un environnement social, familial et culturel favorable à leur développement harmonieux », « en prenant en compte la globalité de leur environnement et leur difficultés (sociales, scolaires, sanitaires et éducatives) ». Le Dispositif de réussite

éducative (DRE) articule deux approches. Territoriale d'une part, en se centrant sur les territoires prioritaires ; et populationnelle, d'autre part, en s'adressant plus spécifiquement aux jeunes de 2 à 16 ans les plus en difficultés.

La ville de Vandœuvre-lès-Nancy a décidé de mettre en place un DRE fin 2005. Porté par la caisse des écoles, le DRE de Vandœuvre-lès-Nancy, au regard de la situation locale et à partir des objectifs nationaux, a décidé de se centrer sur trois axes : les enfants de 3 à 11 ans, les familles monoparentales et les enfants ayant des problèmes sanitaires. Pour ce faire, le DRE est organisé autour d'une équipe technique pluridisciplinaire. Les champs médicaux, sociaux, éducatifs y sont notamment représentés, reflétant les divers secteurs d'action et de prise en charge possibles par le dispositif.

Ainsi, après signalement par la communauté éducative d'un enfant en difficulté et suite à l'accord de la famille, l'équipe technique se réunit. Sa pluridisciplinarité lui permet d'avoir une approche globale et de proposer des stratégies diversifiées de prise en charge. Un parcours individualisé est alors proposé et sera présenté à l'enfant et ses parents. En effet, la référente Familles du DRE rencontre les parents afin de leur présenter l'accompagnement possible par le dispositif. Il est essentiel à cette étape de ne pas dévaloriser les parents et de les positionner comme acteur à part entière de la prise en charge de leur enfant. La référente Familles a ensuite pour mission le suivi régulier de la famille ainsi que l'articulation des partenaires/dispositifs impliqués.

Dans le cadre du DRE de Vandœuvre-lès-Nancy, les prises en charge proposées aux enfants sont de divers ordres : scolarité, social, éducatif, sanitaire, parentalité... Sur proposition de l'équipe technique, le dispositif peut donc orienter la famille vers des professionnels ou structures spécialisé(e)s, mais également des actions ou ateliers divers. Il peut aussi proposer un soutien financier ou un accompagnement vers les aides existantes. La plus-value du DRE et sa connaissance du territoire sont liées à son implication dans divers groupes de travail ou comités de pilotage en lien avec les différents volets sus-évoqués. C'est ce qui lui permet de mettre en cohérence les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des enfants et des familles.

FOCUS Lor'IS

- L'adaptation des priorités nationales à la situation locale (critère 2).
- La prise en compte de l'enfant dans sa globalité au travers de la considération de la cellule familiale dans la prise en charge proposée.
- L'approche multidisciplinaire via une équipe projet dont les professionnels sont issus de divers champs (critère 1.3).
- La diversité des stratégies mises en œuvre : approche individuelle voire individualisée, connaissance du territoire et coordination de professionnels, soutien financier... (critère 3.2.2).
- L'intégration et le relais du dispositif vers les structures et professionnels existants permettant d'inscrire le DRE dans une globalité d'actions (critère 3.6).

3.3.2 Ecole des parents et des éducateurs de Moselle : approche globale de la famille, de la formation des professionnels au soutien de la cellule familiale

L'Ecole des parents et des éducateurs (EPE) est une association loi 1908 œuvrant dans le champ du soutien à la parentalité. Dans ce cadre, diverses missions sont développées.

Tout d'abord, un pôle usagers à destination des parents et des enfants existe. Difficultés conjugales, relations parents-enfants, adolescence : ce pôle propose divers services alliant approches individuelles et collectives. Un service de consultation et de médiation familiale permet d'une part aux parents et enfants qui le souhaitent d'être reçus individuellement, en couple ou en famille et d'échanger avec psychologues, conseillères conjugales et familiales ou médiateurs familiaux. Les professionnels accompagnent les familles dans leurs cheminements à la recherche de leurs propres solutions. En cas de besoin, ils les réorientent vers les services et structures adaptées. Une ligne téléphonique permet aux familles ne pouvant pas se déplacer qui préfèrent ce mode d'entretien d'avoir également accès à ce service. D'autre part, parallèlement à ces accueils individualisés, un Café des parents a été mis en place. Il constitue un véritable espace d'échanges et de discussions autour de la parentalité. 12 conférences sont organisées chaque année, leurs thématiques sont diversifiées et sélectionnées par un conseil de maison (formé de parents et de professionnels), à partir des demandes émises par les parents qui fréquentent le Café. Ces conférences sont animées par des partenaires spécialistes de la question traitée. Des rencontres entre parents sur des thématiques sont également organisées. Une gazette, rédigée à partir de ces temps de discussions paraît chaque mois afin de porter à la connaissance de tous le fruit des réflexions. Son contenu est systématiquement validé par les participants. L'EPE est également un organisme formateur de professionnels. Les sessions proposées visent à outiller les professionnels intervenant auprès de l'enfant, l'adolescent, la personne âgée et plus largement la famille dans sa globalité. Techniques de communication, particularités et spécificités de chacun des publics, approche à privilégier... les formations sont variées et permettent de développer connaissances et compétences des professionnels amenés à intervenir auprès de ces publics. L'EPE assure également les formations longues de Conseil Conjugal et Familial et qualifiantes de médiateur familial.

L'ensemble de ces missions est assuré par une équipe pluridisciplinaire de professionnels. Aussi, les services proposés par l'EPE permettent d'appréhender la cellule familiale dans sa globalité et d'accompagner l'ensemble des acteurs impliqués (parents, enfants, professionnels) vers l'équilibre de cette dernière. Un certain nombre de valeurs sous-tendent les échanges et l'ensemble des services proposés par l'EPE : l'accueil inconditionnel, la coéducation, l'absence de jugement, la confidentialité.

FOCUS Lor'IS

- La mission même de la structure visant le soutien à la parentalité.
- La diversité des services proposés et la double approche individuelle et collective : formation en direction des professionnels, soutien des familles (critère 3.2).
- L'approche plurisectorielle : équipe pluri-professionnelle (critère 1.3), réorientation des familles vers les partenaires compétents en cas de besoin, appel à des intervenants spécialisés (critère 3.6)
- Les valeurs défendues dans l'exercice des missions de l'EPE : absence de culpabilisation, de jugement, non-stigmatisation, valorisation de chacun... (critère 4.1)
- La participation des parents à la rédaction de la gazette et au choix des thématiques abordées lors des temps d'échanges (critère 3.4.3).
- La réflexion engagée sur l'accessibilité physique aux services proposés par l'EPE grâce à la mise en place d'une ligne téléphonique spécifique (critère 4.2.2).

3.4 L'intégration de la santé à l'échelle d'une ville : entre services à disposition, action de proximité et politique locale

3.4.1 Centre communal d'action sociale de Mont-Saint-Martin : le partenariat association-collectivité, une répartition des compétences de chacun pour un service de meilleure qualité

La ville de Mont-Saint-Martin dispose d'une épicerie sociale portée par l'Office de programmation et de diffusion d'animations municipales (OPDAM), association en charge de l'animation locale. Le principe de la structure est de proposer aux personnes en situation de précarité l'accès à une gamme de produits alimentaires, de produits d'hygiène et d'entretien contre une participation financière de 20 % du coût réel. Au delà de l'accessibilité aux produits, l'objectif de l'épicerie est aussi d'accompagner les bénéficiaires lors des achats, permettant ainsi une réflexion sur l'équilibre alimentaire et la gestion budgétaire.

Comme nous l'avons évoqué dans le focus sur le CSC de Montmédy (cf. page 39), le principe de l'épicerie sociale est en lui-même très intéressant notamment en ce qui concerne la question des inégalités, mais n'est pas suffisant à lui seul. La plus-value de ces structures est relative aux activités annexes qu'elles développent. Ainsi l'OPDAM, en partenariat avec le CCAS de Mont-Saint-Martin, propose d'autres ateliers visant à travailler sur le bien-être, l'image de soi et le rapport aux autres. Un ensemble de facteurs protecteurs favorables à une approche positive de la santé, est indispensable à la réduction des inégalités. Ainsi, outre l'épicerie sociale, il est proposé aux bénéficiaires un espace salon de coiffure, installé dans les mêmes locaux. Il s'agit de proposer des prestations de coiffure dispensées par une coiffeuse professionnelle à un public qui ne dispose pas de ressources suffisantes à consacrer à ce type de service. En sus du travail sur l'image de soi, le salon et plus largement l'épicerie se veulent être des lieux conviviaux, d'échanges. En ce sens, un tiers de la surface du local est aménagée en espace d'accueil (avec tables, chaises, café), démontrant l'importance donnée au lien social. Au-delà de leur passage à l'épicerie pour leurs achats, les personnes peuvent échanger avec les accueillants ou avec les autres bénéficiaires. Ce système permet de rompre l'isolement dans lequel certaines d'entre elles

se sont enfermées. Pour cela, des actions ponctuelles sont mises en place. Le programme de ces dernières a été arrêté suite à un travail mené avec un groupe constitué de partenaires et de bénéficiaires de l'épicerie. Ces ateliers évoqueront notamment l'équilibre alimentaire, la gestion du stress, l'image de soi... Un relais est fait par les personnels de l'épicerie vers le CCAS en cas de besoin (recherche d'aide financière, accompagnement par une assistante sociale...).

En agissant sur le pouvoir d'agir des personnes, tout en privilégiant une approche positive et globale de la santé, l'épicerie contribue au non-renforcement voire à la réduction des inégalités. L'équipe de l'épicerie note la nécessité de travailler sur l'évaluation, en allant au-delà des questionnements sur le processus actuellement recueillis.

FOCUS Lor'IS

- Le cœur de missions de l'épicerie sociale : rendre accessibles à moindre coût les produits du quotidien.
- La volonté de développer des activités annexes visant à travailler sur le renforcement des ressources personnelles des personnes : actions autour de la gestion du stress, accompagnement aux choix des produits... (critère 4.1).
- L'approche positive développée et privilégiée au cours des activités mises en place : renforcement de l'estime de soi, la confiance en soi, le bien-être, le soutien social... (critère 3.1).
- L'implication des bénéficiaires dans la construction du programme des activités (critère 4.2.3).
- Le relais fait entre l'épicerie sociale et le CCAS.

3.4.2 Ville de Saint Dié-des-Vosges : une appropriation progressive des actions de proximité par les habitants

La ville de Saint-Dié-des-Vosges, grâce à son Pôle Santé, met en place depuis plusieurs années de nombreuses actions, développées notamment sur un quartier classé Zone d'Education Prioritaire (ZEP) de la ville. A l'origine de cette dynamique : un constat remonté par les professionnels du secteur, permettant de dégager une première priorité d'action et d'engendrer une dynamique à long terme. Ainsi, ces professionnels ont souligné la difficulté des femmes habitant ce quartier à se rendre régulièrement chez un gynécologue.

A partir de ce premier constat, des ateliers, animés par une sexologue, ont été mis en place. Au cours de ces temps d'échanges, de nombreux questionnements ont été soulevés par les participantes, faisant peu à peu évoluer les ateliers, vers d'autres sujets et thématiques, au plus près des demandes de la population. Ainsi, à ce jour, les ateliers organisés sont fonction des besoins repérés par les professionnels du secteur et des demandes émises. Les temps d'échanges sont organisés au cœur du quartier, permettant à chacune des participantes de pouvoir s'y rendre aisément si elles le souhaitent. Les professionnels animant les ateliers réorientent si nécessaire les participantes vers les structures et/ou interlocuteurs adaptés. La dynamique créée par les ateliers a notamment abouti à l'élaboration d'une exposition photo par les participantes.

Au fil de ces temps d'échanges, un lien de confiance s'est établi, permettant à chacune des participantes de se livrer et de poser ses questions. Les animateurs des temps d'échanges veillent à ce qu'il n'y ait aucune forme de jugement, de culpabilisation au sein du groupe et à respecter la culture et les croyances de chacun des membres. Par ailleurs, la ville de Saint-Dié se saisit des journées et semaines nationales pour mettre en lumière les thématiques associées et faire de ces journées des moments festifs, permettant, au-delà de l'information du grand public sur les divers sujets, de renforcer le lien social.

Au-delà de ce travail en direction de la population, un axe est consacré aux professionnels. Cette réflexion passe notamment par la mise en place de temps d'échanges de pratiques entre professionnels du secteur médical, social, médico-social. L'objectif est de renforcer l'interconnaissance des professionnels entre eux, pour in fine améliorer la coordination et développer le travail en partenariat.

FOCUS Lor'IS

- L'évolution des ateliers en fonction des demandes des participantes et leur implication dans la création d'outils (exposition par exemple) (critère 4.2.3).
- L'accessibilité des temps d'échanges, mis en place au cœur du quartier (critère 4.2.2).
- L'absence de jugement, de culpabilisation au sein du groupe et le respect de chacun (critère 4.1.1).
- Le travail complémentaire de la ville de Saint-Dié auprès des professionnels permettant de travailler au-delà du renforcement des aptitudes individuelles de la population (critère 3.2).

3.4.3 Ville de Longwy : l'intégration de la santé au cœur de la politique locale

A partir des données sociodémographiques et épidémiologiques du territoire, la ville de Longwy a défini plusieurs priorités d'action : maladies cardio-vasculaires, cancers et conduites à risque. Ces trois priorités permettent de cadrer le champ d'actions de la politique définie par la collectivité en matière de santé. Ainsi, depuis quatre ans, la ville de Longwy met en place un ensemble d'actions dans le cadre de son projet « Prévenir, c'est guérir », visant à répondre aux priorités sus-évoquées. Ce projet est réajusté annuellement, au regard de l'évolution du paysage partenarial et des possibilités d'actions. Pour chacun des axes prioritaires, de nombreuses actions sont développées.

Une partie d'entre elles vise à renforcer les aptitudes individuelles de la population. Une attention particulière est portée aux publics vulnérables. Ainsi, des manifestations grand public sont organisées à l'occasion de semaines ou journées nationales et certaines actions sont plus spécifiquement développées auprès de certains types de publics (enfants, personnes âgées, personnes en situation de précarité...).

Pour exemple, autour de la thématique cancer, une marche est organisée lors d'Octobre Rose. Cette dernière est destinée au grand public et vise à communiquer autour du dépistage du cancer du sein et ses facteurs de risque. Cette manifestation festive annuelle est complétée au cours de l'année par des « Salons de thé » dans les quartiers, espaces d'échanges autour du cancer, permettant de faire évoluer les représentations relatives au dépistage, d'échanger sur les freins et d'envisager comment les surmonter. Parallèlement et

sur ce même mode de réflexion, de nombreuses actions sont menées sur l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme. Enfin, un travail a été effectué avec les radiologues du territoire afin de réduire le temps d'attente pour une mammographie, qui a, suite à ce travail, diminué de moitié.

La ville de Longwy est reconnue ville santé de l'Organisation mondiale de la santé et ville PNNS (Programme national nutrition santé), fruit de ce vaste travail mené autour de la santé par la collectivité et les partenaires du territoire depuis de nombreuses années. Ainsi, il s'avère que la santé est un champ ancré dans la politique de cette collectivité. Les nombreuses actions menées illustrent la volonté de cette ville de s'engager dans cette thématique. A ce jour, Longwy et les collectivités environnantes sont en cours de réflexion pour la signature d'un Contrat local de santé (CLS), permettant d'envisager de manière collégiale et partenariale la politique territoriale des prochaines années en matière de santé. L'appui des décideurs au développement de politiques locales semble être un critère essentiel à la réduction des inégalités. C'est, en effet, la volonté de la collectivité de Longwy de s'investir dans ce champ qui permet le développement d'un programme d'actions. A ce jour, la perspective de signature d'un CLS permettra de structurer les initiatives du territoire et de renforcer la transversalité des actions engagées avec les villes environnantes.

FOCUS Lor'IS

- La volonté de relayer des programmes et campagnes de communication nationales tout en déclinant localement des actions à destination des publics vulnérables (critère 3.3).
- La volonté de développer des actions allant au-delà du travail sur les comportements (critère 3.2) :
 - A l'échelle du projet en travaillant par exemple sur la réduction du temps d'attente pour un rendez-vous chez un radiologue
 - Mais également, plus largement, en inscrivant la santé comme une priorité politique locale.

3.4.4 ASV de Saint-Dié-des-Vosges : la coordination des acteurs, un enjeu essentiel à développer progressivement

Le dispositif des Ateliers Santé Ville (ASV) a été créé en 1999. L'objectif annoncé est l'amélioration de la cohérence et de la pertinence des actions destinées à des publics prioritaires des territoires de la politique de la Ville. L'ASV de Saint-Dié-des-Vosges a été mis en place fin 2010. Avant sa création, un diagnostic a été réalisé en deux temps. La première étape a consisté au recueil des besoins identifiés par les professionnels sur le territoire de Saint-Dié-des-Vosges. La seconde a été consacrée à l'étude des demandes auprès de la population. A l'époque, au regard du diagnostic, trois axes de travail prioritaires avaient été définis, visant in fine à améliorer la santé et l'accès à l'offre de soins des habitants de la collectivité. A la présentation des résultats du diagnostic, trois groupes travail, composés de professionnels de divers champs, s'étaient constitués.

A ce jour, et après près de deux ans de travail, la mobilisation des acteurs semblent de plus en plus complexe. La coordinatrice explique cette démobilité par la définition d'un programme de travail trop ambitieux et une mobilisation trop importante des professionnels sur un temps court, d'où un essoufflement de ces derniers. Par ailleurs, elle évoque la

nécessité d'affecter un temps complet à la tâche de coordination de l'ASV, permettant d'effectuer un véritable travail entre les temps d'échanges réunissant les différents partenaires et de produire des éléments concrets à présenter à ces derniers et visant à entretenir leur motivation.

En 2013, il est donc prévu de recentrer le travail de l'ASV sur un axe de travail permettant aux professionnels d'apprendre progressivement à se connaître, à partager et construire une culture commune afin de permettre, à moyen terme, aux différents secteurs représentés de travailler ensemble.

FOCUS Lor'IS

- La réalisation d'un diagnostic initial reposant sur le recueil des besoins repérés par les professionnels et des demandes émises par la population (critères 2.1 et 2.3).
- La mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires (critère 1) ; et la volonté de travailler à la construction d'une culture commune (critère 1.7). Les difficultés rencontrées par l'ASV de Saint-Dié-dès-Vosges sont le reflet du travail ambitieux à mener pour parvenir à travailler ensemble. Il n'est pas toujours simple pour les professionnels, pris dans les missions premières de leur structure de se dégager du temps et d'envisager une approche différente du travail mené jusqu'alors. Ainsi, la construction progressive d'une culture commune peut être sujette au découragement et à la démobilisation des acteurs. Cet exemple illustre la nécessité de respecter le rythme de chacun, afin à moyen terme, d'aboutir à la co-construction commune. Objectif ambitieux mais nécessaire voire indispensable à la réduction des inégalités.

3.5 La participation de la population : de l'implication progressive à la co-construction

Au sein des politiques publiques, le terme de participation est de plus en plus couramment utilisé. Cependant, la participation peut être comprise de différentes façons. Certains acteurs entendent la participation comme l'information du public, d'autres l'assimilent à la consultation, certains considèrent que l'on peut parler de participation lorsqu'il y a un contrôle du projet par les citoyens. Plusieurs questions se posent : comment impliquer la population et la rendre actrice dans des dispositifs existants ? Comment instaurer une dynamique durable de participation ? Comment impliquer les publics vulnérables, pris dans d'autres préoccupations ?

3.5.1 Comité Local de Promotion de la Santé de Metz Borny : de la participation des bénévoles à la recherche de la participation des habitants

Dans les années 80, se créent dans toute la France des Comités départementaux et régionaux de promotion de la santé, chargés de repérer les problèmes de santé, de proposer des actions et de coordonner les activités de Promotion de la Santé sur le territoire. Le Comité local de promotion de la santé (CLPS) du quartier de Metz Borny est né en 1982 sur la volonté de médecins, travailleurs sociaux et habitants du quartier. Alors que l'ensemble des CLPS de France s'éteignent peu à peu, celui de Metz a été repris par le Comité de gestion des Centres sociaux, chargé de son administration et de sa coordination.

A ce jour, il est constitué d'un ensemble de partenaires de divers champs et disciplines : médecins généralistes et spécialistes, santé scolaire, Protection Maternelle et Infantile, travailleurs sociaux, salariés et bénévoles d'associations, habitants du quartier. Tous les ans, au regard des données statistiques du territoire et des besoins repérés par les personnes du Comité, des priorités d'actions sont dégagées. Ces dernières années ont été consacrées à un projet global autour du cancer. Une attention particulière est portée par le CLPS à l'approche positive des projets développés, permettant d'analyser le problème via ses facteurs protecteurs plutôt que de ses facteurs de risque.

Ainsi, un axe a été consacré à la nutrition et à l'activité physique. Un atelier cuisine, visant à renforcer les savoirs, savoir-faire et savoir-être des participants a été mis en place. Au-delà des apports autour de l'alimentation, le caractère intergénérationnel et multiculturel de cet atelier a permis la création d'un espace de convivialité permettant de renforcer le lien social sur le quartier. Outre ces activités, une épicerie solidaire est gérée par le Comité de Gestion des Centres Sociaux de Metz Borny, s'approvisionnant auprès des jardins solidaires (coordonnés également par l'association) et auprès de la Banque Alimentaire de la Moselle. Ainsi, en sus de l'atelier cuisine, un véritable travail est mené autour de l'accessibilité de l'offre alimentaire.

Une marche est organisée mensuellement à destination de l'ensemble des familles du quartier. Les parcours sont pensés par les habitants du quartier et choisis en fonction de leur reproductibilité. Une attention particulière est également portée à ce que les sentiers empruntés se situent à proximité de Metz-Borny. Un livret retraçant les parcours de marche réalisés lors de ces temps forts est en projet. Au cours de ces rencontres de nombreux échanges ont lieu et notamment une information est donnée concernant les aides financières mises en place par la ville de Metz. Ainsi, cet axe vise à encourager la pratique ou la reprise d'activité physique, tout en rendant visibles aux participants les aides existantes.

Enfin, un troisième axe d'action du CLPS consiste en la formation de personnes relais. Des bénévoles ou habitants sont formés afin de devenir médiateurs santé au sein du quartier et organisent ensuite les actions de proximité (stand d'information lors de manifestation, élaboration d'outils de communication autour de la santé...).

Ainsi, il s'avère que de nombreux bénévoles s'impliquent dans les activités du CLPS. Les habitants prennent part aux activités, mais peu sont encore dans la co-construction et l'organisation pratique des temps forts. Pour autant, il s'avère essentiel de poursuivre dans ce sens, en associant les habitants toujours plus en amont, afin que ces derniers s'approprient progressivement le projet et constituent à long terme des acteurs à part entière du Comité.

FOCUS Lor'IS

- L'appui du CLPS sur une équipe pluridisciplinaire (critère 1.3).
- L'intégration des habitants dans les instances décisionnelles du CLPS (critère 1.5).
- La volonté de développer des projets, privilégiant une approche positive en s'appuyant sur les facteurs protecteurs (critère 3.1).
- Le développement de stratégies diversifiées : création de services à disposition des habitants (jardins et épicerie solidaires), travail sur les aptitudes individuelles (ateliers cuisine), développement d'actions communautaires à travers la formation de personnes relais (critère 3.2).
- La volonté de développer les savoir-être et savoir-faire des habitants par des activités reproductibles par ces derniers (marche mensuelle) (critères 3.2.1).
- Le travail sur l'accessibilité financière aux produits alimentaires par des jardins solidaires mais également par la valorisation des aides financières existantes pour la pratique d'une activité physique (critère 4.2.1).

3.5.2 Réseau ADOR 55 : du patient bénéficiaire d'un service au patient acteur

Le réseau ADOR 55 est un réseau de santé pluri thématique dont les objectifs sont d'assurer une égalité d'accès aux soins pour les patients diabétiques de type 2 sur le département meusien et ses départements limitrophes ; d'accompagner et de rendre acteurs les patients dans leur prise en charge globale afin d'améliorer leur mieux-être moral et physique ; et d'améliorer la continuité des soins.

Pour ce faire, divers services sont mis en place et assurés par une équipe pluri-professionnelle (personnel administratif, professionnels médicaux, paramédicaux, animateurs sportifs, psychologue...). Une partie des activités consiste en la mise en place de formations à destination des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social permettant, au-delà des apports spécifiques à chacune des sessions, la création progressive d'une culture commune et une meilleure interconnaissance des acteurs du territoire couvert par le réseau. Cette dernière est un déterminant essentiel de l'amélioration de la prise en charge des patients, car elle permet notamment une coordination plus aisée, un meilleur relais d'information...

Un autre volet important des activités est consacré à l'accompagnement du patient dans la prise en charge du diabète et de l'obésité. Ainsi, après inclusion du patient au sein du réseau, un programme personnalisé de soins est élaboré et lui est proposé. Au-delà du suivi médical, des séances collectives et/ou individuelles avec infirmières, diététiciennes, psychologues, animateurs sportifs sont proposées. En sus de l'animation des séances, la mission du réseau consiste notamment en la coordination de ce suivi et son organisation. Des cellules réparties sur la Meuse et ses départements limitrophes permettent d'assurer une prise en charge géographiquement répartie. D'autres cellules sont en cours d'implantation et permettront d'améliorer l'accessibilité géographique aux soins à destination des patients diabétiques de type 2.

Les patients bénéficiaires du réseau se sont peu à peu approprié le projet. Initialement, dans le cadre de la reprise d'activité physique et des séances proposées en lien avec cette thématique, un groupe de patients a décidé d'initier un atelier « Marche entre amis ». Ainsi,

cet atelier est organisé et animé par des patients pris en charge ou ayant été pris en charge par le réseau et est à destination de leur pairs. Peu à peu, cette initiative a évolué et s'est étoffée. Les patients ont souhaité créer une commission des usagers, afin qu'ils puissent, au delà des évaluations de satisfaction des séances, être de façon plus formelle, force de proposition et de construction au sein du réseau. C'est le climat de confiance qui s'est peu à peu créé au sein du réseau qui est sans doute à l'origine de cette volonté d'engagement de certains patients.

Cette implication des patients au sein du réseau permettra l'adaptation de ce dernier aux demandes et attentes des patients. Par ailleurs, l'investissement des patients engendre la valorisation de chacun, permet de développer leurs compétences psychosociales et ainsi de renforcer au long terme leur pouvoir d'agir ; critères essentiels de réduction des inégalités.

FOCUS Lor'IS

- La structuration du réseau autour d'une équipe pluridisciplinaire (critère 1.3).
- La pluralité des missions du réseau reflétant une diversité de stratégies : formation des professionnels, coordination, accompagnement des patients individuellement et collectivement, implantation de nouvelles cellules (critère 3.2).
- La volonté de renforcer l'accessibilité géographique aux services (critère 4.2.2).
- L'appropriation des activités du réseau par les patients permettant une implication de plus en plus importante de ces derniers.

3.5.3 Réseau Santé mutuelle : le choix de la co-construction

Depuis près de 13 ans, le réseau santé précarité du Grand Nancy rassemble une quarantaine de partenaires intervenant dans le champ de la santé sur le territoire du Grand Nancy. L'un des axes de réflexion de ce dernier porte notamment sur l'accès aux soins. Les partenaires du réseau ont vu le paysage de l'accès aux soins changer avec notamment l'évolution législative des dispositifs existants, engendrant parfois des difficultés.

Ainsi, depuis la mise en place du Revenu de solidarité active (RSA), de nombreuses personnes, antérieurement bénéficiaires du RMI (Revenu minimum d'insertion) sont passées au-dessus du seuil leur permettant de bénéficier de la CMUc (Couverture maladie universelle complémentaire). Ces dernières peuvent avoir droit à l'Aide à la complémentaire santé (ACS), mais l'accès à ce dispositif nécessite des démarches et il semble qu'« aller vers une mutuelle » ne semble pas toujours évident pour les familles : les représentations de la mutuelle ne sont pas toujours positives, la compréhension des contrats proposés n'est pas aisée. Ainsi, de nombreux freins existent quant à l'accès à une mutuelle, allant au-delà des difficultés d'ordre financier.

C'est à partir de ces constats que le réseau santé précarité, la Fédération nationale des associations de réinsertion sociale (FNARS) de Lorraine et ATD Quart Monde ont décidé de créer ensemble un panier de soins dont les personnes les plus précaires et n'ayant pas accès aux droits (CMUc, ACS) pourraient bénéficier en contrepartie d'une participation financière « acceptable », avec les mutuelles qui ont bien voulu coopérer et proposer un tarif acceptable. Les usagers intégrés au groupe de réflexion ont souligné l'importance de cette participation financière des futurs utilisateurs de cette mutuelle.

La première étape a donc été consacrée à la définition du panier de soins avec un groupe d'usagers d'ATD Quart Monde : qu'est-ce qui selon eux semblait essentiel à faire figurer dans ce panier ? Une fois le panier de soins défini, le projet a consisté à trouver des mutuelles acceptant de s'engager dans cette expérimentation. In fine, la FNARS Lorraine a conclu un contrat avec deux organismes de mutuelles. Des conventions ont ensuite été signées avec les associations souhaitant pouvoir faire bénéficier de la mutuelle aux personnes suivies et/ou accueillies. Parallèlement, des formations ont été mises en place afin de former les personnels de ces associations sur l'accès aux droits et aux dispositifs de droit commun existants afin que la mutuelle santé profite aux personnes ne pouvant bénéficier d'aucun dispositif d'aide existant mais dont les revenus ne permettent pas d'accéder à une mutuelle « classique ». Les usagers du groupe ont, dans le même temps, été associés à la réflexion sur la communication.

Ainsi, cette démarche illustre la possibilité de co-construire les projets avec la population. Dès la naissance de l'initiative, il a été recherché leur participation. Ce sont ces derniers qui ont décidé du contenu du panier de soins, permettant ainsi l'élaboration d'une mutuelle véritablement adaptée à leurs besoins. La considération des usagers au même titre que les professionnels a été valorisante pour eux et a permis de renforcer leur pouvoir d'agir en renforçant leurs compétences psychosociales. Leur participation a enfin permis de renforcer la pertinence de l'offre proposée.

FOCUS Lor'IS

- L'essence même du travail mené portant sur l'accessibilité financière à un panier de soins pour les personnes ne pouvant bénéficier des aides existantes (CMU, ACS...).
- L'implication continue des usagers à la réflexion et à la construction de la démarche (critère 4.2.3).
- La participation des usagers à la communication autour du projet (critère 3.4.3).
- La valorisation et le développement des compétences psychosociales favorisées par l'importance donnée à la parole et à la place des usagers (critère 4.1).
- L'implantation du dispositif en continuum avec les aides existantes : le panier de soins proposé ne vise pas à se substituer aux aides existantes (critère 3.6).

Conclusion

Contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ne repose pas sur une seule intervention reconnue de manière consensuelle, mais bien sur de multiples possibilités. Les séminaires organisés en 2012 par le Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine ont mis en évidence, par les présentations d'actions et dynamiques locales, la place et la contribution des différentes approches des divers acteurs et les différentes méthodes pour tenter cette entreprise de réduire les inégalités sociales de santé. Il était important de pouvoir reconnaître et valoriser ce travail local, au regard d'une réflexion nationale largement argumentée portant sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

Porter une réflexion régionale sur ce thème dans le cadre du Pôle de compétences a permis de positionner la promotion de la santé comme une approche contribuant à réduire ces inégalités par des stratégies complémentaires et de ne pas la restreindre à la mise en œuvre d'actions de prévention. En parallèle du séminaire régional, des séminaires locaux ont été organisés. En effet, pour permettre un travail efficace sur un territoire, il est important que les acteurs se connaissent et reconnaissent. Quelles sont les missions de chacun ? Quelle est la place des acteurs dans le paysage du territoire ? Quels liens ont ces acteurs avec les usagers ? Cela nécessite un travail important de recherche et d'identification des acteurs, une veille indispensable pour mettre en cohérence les actions entreprises sur un territoire.

Ainsi, des dissonances peuvent être évitées, car des réponses existent et la connaissance de l'existant évite de reconstruire ces réponses, et, au contraire, permet d'agir en complémentarité de celles-ci. Le contexte et les logiques de financement actuelles mettent souvent en concurrence des acteurs qui, pourtant, auraient tout bénéfique, pour eux et surtout pour les usagers, à partager, à développer communément des actions en nouant des partenariats structurants.

Ces séminaires ont permis de rassembler un large panel de professionnels. Cependant, il semble important de souligner que les professionnels du soin ont été très peu présents lors des journées, alors qu'ils ont un rôle important à jouer. Une des difficultés réside dans cette persistance du clivage entre professionnels du soin et professionnels du champ social, alors même que pour réduire les inégalités de santé, leurs domaines d'intervention sont étroitement imbriqués. Cette frontière revient à découper une personne en ce qu'elle représente socialement et biologiquement, en fonction de la personne à laquelle elle s'adresse, professionnel du soin ou travailleur social. Or, on ne peut pas envisager l'une de ces facettes sans l'autre. Un travail commun représenterait un atout considérable pour réfléchir et agir sur les déterminants et facteurs d'influence, parfois bien loin du geste médical.

L'objectif du travail mené par le Pôle de compétences était de mettre en évidence comment chacun à son échelle peut agir à travers son action quotidienne sur les inégalités sociales et territoriales de santé. C'est ce que nous avons souhaité mettre en avant dans cette synthèse. Ce document met ainsi en évidence des pratiques et des stratégies sur lesquelles il est possible de s'appuyer, qui peuvent être reproduites et/ou être adaptées à d'autres situations.

Mais pour réaliser cet exercice d'adaptation, et plus globalement, pour que la recherche puisse avancer sur le sujet des inégalités sociales et territoriales de santé, encore faut-il en avoir connaissance et qu'une évaluation ait été menée. Il faudrait que le projet soit

identifiable par les équipes de chercheurs pour permettre d'orienter les recherches et d'alimenter la connaissance collective des interventions efficaces pour réduire les inégalités sociales en matière de santé. Dans ce sens, la recherche interventionnelle mériterait d'être développée.

Par ailleurs, au cours des échanges, il est apparu que les réflexions doivent être approfondies dans des champs spécifiques tels que la petite enfance, la santé au travail, la prise en compte du patient dans les nouveaux modes d'exercice de la médecine et la santé mentale.

La petite enfance est un champ exploratoire très intéressant car l'intervention pour réduire les inégalités sociales de santé peut se faire ou du moins débiter précocement. Il existe pour cela des dispositifs et une multitude d'acteurs qui œuvrent au quotidien dans ce sens, mais comment tous ces dispositifs et acteurs s'articulent-ils pour répondre aux besoins et attentes des parents et de leur enfants ? Aussi, la question de la parentalité est un sujet phare qui mériterait d'être approfondi.

La santé au travail a été jusqu'alors un champ trop peu exploré alors qu'il réunit des déterminants de la santé essentiels tels que l'accès à l'emploi et les conditions d'accès à l'emploi, mais également les conditions de travail dans l'entreprise. Quels acteurs interviennent auprès des salariés, pour quelles actions et interventions ? La démarche est-elle la même que le salarié soit du secteur public, privé, en contrat à durée déterminée ou indéterminée ou encore en intérim ?

Comme évoqué précédemment, les professionnels de santé doivent être également rejoints. Plusieurs questions sont en lien avec les nouveaux modes de prise en charge des patients : quels sont les différents aspects à considérer dans la mise en place, l'évolution et l'organisation de ces nouveaux modes d'organisation des soins et d'exercice de la médecine pour ne pas accentuer les inégalités de santé, voire les réduire ?

Tout autant de sujets qu'il serait intéressant de questionner avec les acteurs concernés pour identifier les actions entreprises et les perspectives d'évolution.

La lutte contre les inégalités de santé est un véritable défi et les initiatives peuvent sembler à contre courant de la tendance actuelle mais elles méritent d'exister. Tous les acteurs de tous champs ont une place à prendre dans ce défi majeur. Aussi, il est important que chacun puisse communiquer sur ses dynamiques et actions afin d'enrichir le travail à plus grande échelle qui permettra de définir plus précisément les stratégies efficaces à partager.

Aline OSBERY
*Directrice adjointe IREPS Lorraine
Coordinatrice du travail sur les inégalités
sociales et territoriales de santé mené
dans le cadre du Pôle*

Bibliographie

Articles

Fendall NR. *Training the physician for development*. Bulletin NY Academy of Medicine n° 48, nov 1972 : 1262-75

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. *Dossier « Comment réduire les inégalités sociales de santé ? »*. La Santé de l'Homme n° 397, 2008 : 15-47

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. *Dossier « Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention »*. La Santé de l'Homme n° 414, 2011 : 7-43

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>

Whitehead M, Dahlgren G. *What can we do about inequalities in health*. The Lancet n° 338, 1991: 1059-1063

Whitehead M. *A typology of actions to tackle social inequalities in health*. Journal of Epidemiology Community Health n° 61, 2007 : 473-478

Rapports

Barbe L, Berlioz G. *Propositions méthodologiques pour la mise en place d'une participation des usagers à des commissions consultatives concernant la lutte contre l'exclusion*. Paris : Direction Générale de l'Action Sociale, 2011 : 41 p.

Grignon M, Couffinal A, Dourgnon P, Jusot F, Naudin F. *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*. Paris : IRDES, 2004 : 86 p

Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Rapport*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, mai 2011 : 204 p

En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581/0000.pdf> [Consulté le 17.11.2013]

Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. Rapport*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, mai 2011 : 124 p

En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf> [Consulté le 17.11.2013]

Organisation Mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986 : 4 p

Ouvrages

INPES. *Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations – Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé*. Saint-Denis : INPES, 2009 : 40 p.

Martin C, Boyer G et al. *Naître égaux - Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Régies Régionales de la Santé des Services Sociaux, 1989 : 201 p

Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine. *Atlas de la santé des Lorrains. Première partie : Contexte sociodémographique*. Vandœuvre-lès-Nancy : ORSAS Lorraine, 2010 : 56 p

Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine. *Atlas de la santé des Lorrains. Seconde partie : Etat de santé, pathologies*. Vandœuvre-lès-Nancy : ORSAS Lorraine, 2010 : 121 p

Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine. *La santé observée en Lorraine*. Vandœuvre-lès-Nancy : ORSAS Lorraine, 2006

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

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Outils en ligne

Carto Santé – Site test pour la validation des données
carto.ars.sante.fr/cartosante

Institut national de la statistique et des études économiques
<http://www.insee.fr>

Outil Lentille ISS : *Le questionnaire inégalités sociales de santé*. En ligne :
<http://www.inegalitesdesante.be/>

Annexe 1 – Lor'IS

Lor'IS

Une grille d'accompagnement des porteurs de projets

SELECTION DE CRITERES CONTRIBUTANT A LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE DANS LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE

Pourquoi cet outil ?

Les inégalités sociales et territoriales de santé sont à l'origine des différences d'état de santé observé des populations selon le territoire et/ou la classe sociale à laquelle elles appartiennent. Ces inégalités se traduisent à travers un gradient de santé : l'état de santé des populations se dégrade à mesure que les individus appartiennent à des classes sociales plus défavorisées.

A ce jour, de nombreuses structures tentent d'améliorer la santé des populations par la mise en place d'actions et projets de diverses formes. Mais, il s'avère que, tout comme la santé est socialement structurée, la capacité à tirer profit des interventions est également liée à l'appartenance à certains groupes sociaux.

Aussi, pour permettre à ces actions de **contribuer à la réduction des inégalités de santé**, ou du moins à **ne pas les renforcer**, il apparaît essentiel de les inscrire dans la démarche et les valeurs de la promotion de la santé.

Lor'IS a pour objet d'accompagner les acteurs à mener une action autour de la réduction des inégalités de santé. C'est pour permettre aux acteurs d'intégrer la démarche de promotion de la santé et ses effets sur les inégalités de santé qu'a été élaboré Lor'IS (Lorraine Inégalités de santé).

Qui peut l'utiliser ?

Aussi diversifiés que peuvent être les déterminants des inégalités de santé, cet outil s'adresse à un large public de porteurs de projets :

- **Acteurs du champ sanitaire, éducatif, social, médico-social, culturel, de l'environnement, du travail, du logement...**
- **Institutionnels ou associatifs.**

Plus largement, Lor'IS peut être utilisée par toute personne ou structure portant une action, un projet ou un programme et souhaitant mener une réflexion relative à la réduction des inégalités de santé.

Comment utiliser Lor'IS ?

Lor'IS peut être utilisée **en amont, pendant et en aval du projet**. Utilisée dans la phase d'élaboration, elle guidera le(s) porteur(s) sur l'intégration de la question des inégalités dans la construction du projet. Pendant la mise en œuvre du projet, Lor'IS permettra à l'équipe de s'interroger sur les éventuelles réorientations du projet et les éléments à travailler prioritairement, afin que ce dernier s'inscrive dans une démarche de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Utilisée en aval, elle favorisera la réflexion sur les perspectives d'évolution des projets à mettre en œuvre ultérieurement, afin que ces derniers puissent contribuer à la réduction des inégalités.

Il est préférable d'utiliser l'outil **en groupe**, afin que la démarche et les pistes d'amélioration envisagées puissent être co-construites et partagées.

Lor'IS est élaborée autour de **5 critères de promotion de la santé** :

- **Critère 1** : Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des inégalités de santé

- Critère 2 : L'action est basée sur une analyse de situation globale y intégrant les inégalités de santé
- Critère 3 : Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des inégalités de santé
- Critère 4 : L'action vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus
- Critère 5 : L'évaluation, prévue et structurée, interroge les effets du projet sur les inégalités sociales et territoriales de santé

Il est proposé à l'utilisateur, pour chaque item de **se positionner sur une échelle croissante** allant de - - à ++. L'objectif de cette échelle n'est pas de porter un jugement mais d'accompagner les porteurs à la priorisation des éléments à retravailler.

A la fin de chaque critère, il est proposé de porter un regard global sur le respect de ce dernier et de mettre par écrit les éléments à retravailler. Un espace de notes est également prévu à la fin de la grille, afin de permettre aux utilisateurs de synthétiser globalement les perspectives de travail et d'évolution du projet.

Un glossaire et une bibliographie sont enfin mis à disposition en dernière partie.

Pour en savoir plus et vous guider dans l'utilisation de la grille Lor'IS

Une synthèse des séminaires sur la réduction des inégalités de santé est disponible sur www.eps-polelorraine.fr, rubrique Les axes > Expertise. La partie 2 de la synthèse revient sur les différents critères de la grille et les illustrent à travers différents exemples.

Comment a été élaboré Lor'IS ?

Cette grille a été élaborée, dans le cadre du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine, à l'occasion de la mise en place de six séminaires territoriaux sur la réduction des inégalités de santé.

Ces séminaires avaient pour objectif de permettre aux acteurs de terrain l'appropriation de la question des inégalités : que signifie inégalités de santé, comment se traduisent-elles au quotidien, comment les prendre en compte ? Il apparaissait essentiel d'outiller la réflexion des acteurs quant à la réflexion menée au cours de ces journées.

L'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) de Lorraine a assuré le développement de Lor'IS en lien avec un groupe multidisciplinaire et multi partenarial :

- L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Lorraine,
- L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA) Lorraine,
- La Caisse régionale de sécurité sociale dans les mines (CARMI) Est,
- Le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) de Lorraine,
- Le Conseil Régional de Lorraine,
- La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) de Lorraine,
- L'Ecole de Santé Publique, Université de Lorraine,
- La Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS) de Lorraine,
- La Mutualité Française Lorraine,
- L'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales (ORSAS) en Lorraine,
- Des délégués du Préfet de chaque département,
- SANOFI France,

A partir des outils existants dans la littérature, ce groupe a élaboré la grille. La démarche d'élaboration de cette grille est décrite dans la synthèse de l'ensemble des travaux sur les inégalités de santé disponible : www.eps-polelorraine.fr, rubrique Les axes > Expertise.

Critère 1 : Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des inégalités de santé

Postulat : Une équipe projet a été constituée.

	--	-	+	++	Commentaires ou remarques éventuelles
1.1. Une équipe projet a été constituée dès le début du projet.					
1.2. L'équipe projet a évolué au cours du projet. <i>Ex : De nouvelles personnes ressources ont intégré l'équipe suite au diagnostic mené permettant de définir des priorités</i>					
1.3. Il a été recherché des personnes ressources de différents champs dans la composition de l'équipe projet : sanitaire, social, éducation, environnement, logement, milieu du travail, transports... (pluridisciplinarité).					
1.4. Dans la mesure du possible, les professionnels de la petite enfance ont été associés à l'équipe projet.					
1.5. Le public est intégré à l'équipe projet.					
1.6. Le public est reconnu et positionné comme acteur à part entière au même titre que les autres parties prenantes dans l'équipe projet.					

<p>1.7. L'ensemble des parties prenantes (professionnels de la structure porteuse, publics, partenaires ...) partage une culture commune (approche globale et positive de la santé, définition de la participation, complémentarité des stratégies d'intervention, vision du partenariat...).</p> <p><i>Ex : Des temps d'échanges ont été organisés au sein de l'équipe</i></p>					
<p>1.8. L'équipe projet reconnaît l'existence de plusieurs déterminants de santé.</p> <p><i>Ex : problèmes de transport, isolement, chômage, conditions de travail, conditions de vie, habitat...</i></p>					
<p>1.9. Les différentes parties prenantes se connaissent et se reconnaissent entre elles.</p> <p><i>Ex : Lors des réunions de l'équipe projet, des échanges sont prévus sur les différentes missions et activités de chacun.</i></p>					

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels seraient les critères à retravailler prioritairement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Critère 2 : L'action est basée sur une analyse de situation globale y intégrant les inégalités de santé

	--	-	+	++	Commentaires ou remarques éventuelles
2.1. L'analyse de la situation repose sur les observations des acteurs - besoins perçus* - (tous professionnels, bénévoles, parents, aidants...) en lien avec le(s) public(s) (du territoire, de la structure...) <i>Ex : habitudes de vie, consommations, utilisation des services, relations dans la communauté, aménagement du cadre de vie...</i>					
2.2. L'analyse de situation repose sur des données chiffrées - besoins objectivés *- (de la littérature, de la structure, du territoire...) recueillies par les acteurs (tous professionnels, bénévoles, parents, aidants...) en lien avec le(s) public(s) (du territoire, de la structure...) <i>Ex : données épidémiologiques, données sociologiques, données démographiques, diagnostics locaux/régionaux, études nationales...</i>					
2.2.1. Les données chiffrées recueillies sont récentes (moins de 5 ans).					
2.2.2. Les sources d'informations sont clairement identifiées.					
2.3. L'analyse de la situation s'appuie sur les demandes* et/ou constats exprimés par le(s) public(s) (du territoire, de la structure...).					
2.3.1. Le public interrogé est représentatif du public de la structure ou du territoire retenu.					
2.3.2. Le recueil des demandes n'est pas orienté (sur une thématique).					
2.4. Un état des lieux a été mené recensant l'existant sur le territoire ou la structure (offre de soins, de services, d'activités, projets, professionnels en place...).					

2.5. Les questions, outils, méthodes...pour recueillir les données du diagnostic sont élaborés avec le public.					
2.6. Les priorités du projet sont définies à partir de l'analyse des besoins identifiés, des demandes exprimées et des réponses* existantes.					
2.7. Les priorités sont définies avec le public.					
2.8. La question des inégalités de santé a été intégrée dans le questionnement et le choix des publics prioritaires (pertinence des publics prioritaires).					
2.9. Les différents groupes ciblés concernés par la problématique sont clairement définis et décrits.					
2.10. Dans la mesure du possible, le public « petite enfance » est ciblé par le projet »					
2.11. Les déterminants sociaux*, comportementaux, économiques, etc., susceptibles d'avoir un effet sur la problématique, sont pris en compte					
2.12. Les résultats du diagnostic sont communiqués à l'ensemble des parties prenantes (professionnels de la structure porteuse, publics, partenaires), financeurs, etc.					

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels seraient les critères à retravailler prioritairement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Critère 3 : Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des inégalités de santé

	--	-	+	++	Commentaires ou remarques éventuelles
<p>3.1. L'action privilégie une approche positive de la santé incluant notamment les facteurs protecteurs et n'est pas exclusivement fondée sur le risque ou la maladie.</p> <p><i>Ex : approche favorisant l'estime de soi, l'alimentation équilibrée, la pratique d'une activité physique, le soutien social, le climat social, le cadre de vie...</i></p>					
<p>3.2. L'action articule des niveaux complémentaires d'intervention (tenant compte des déterminants questionnés).</p> <p><i>Ex : individuels, collectifs, sur les organisations, dans les lieux de vie, au niveau de la politique de santé, sur le climat et lien social</i></p>					
<p>3.2.1. Les actions centrées sur l'individu ne reposent pas uniquement sur de l'apport d'information.</p>					
<p>3.2.2. L'action porte sur d'autres stratégies d'intervention (environnement, formation des professionnels, collaborations et partenariats...).</p>					
<p>3.3. Des protocoles d'actions différents sont prévus selon les sous-groupes de population.</p>					
<p>3.4. La communication autour du projet est organisée.</p>					
<p>3.4.1. Des actions de communication sont prévues dans le projet.</p>					
<p>3.4.2. Les outils / supports de communication sont adaptés aux différents publics prioritaires concernés par le projet.</p>					

<p>3.4.3. Les supports sont co-construits avec les publics auxquels ils sont destinés.</p>					
<p>3.5. Les rôles, tâches et responsabilités des différents acteurs du projet (porteurs du projet, partenaires et public(s)) sont clairement définis. <i>Ex : plan opérationnel définissant qui fait quoi, auprès de qui...</i></p>					
<p>3.6. L'action s'inscrit dans une globalité d'actions. Elle n'est pas une intervention isolée auprès d'un individu ou d'un groupe. <i>Ex : identification des relais possibles sur le territoire et sur les différents domaines d'intervention (soins, social, loisirs...)</i></p>					
<p>3.7. Des activités propices à la poursuite du projet et de ses effets à la suite de l'arrêt de ce dernier ont été prévues dès le début de la planification (continuité et pérennisation de l'action). <i>Ex : implication de la population aux différentes étapes du projet, soutien du projet par une équipe projet...</i></p>					

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels seraient les critères à retravailler prioritairement ?

.....

.....

.....

.....

.....

Critère 4 : L'action vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus

	--	-	+	++	Commentaires ou remarques éventuelles
4.1. L'action privilégie le renforcement des ressources personnelles et sociales des populations.					
4.1.1. L'action est respectueuse des personnes et attentive à leurs croyances, comportements et habitudes. Elle exclut toute forme de jugement, de stigmatisation et de culpabilisation. <i>Ex : les stratégies d'intervention ne sont pas basées sur la menace, l'usage de la peur...</i>					
4.1.2. L'action comprend des activités visant à renforcer le développement des connaissances et des compétences psychosociales* (savoir faire des choix, faire face à ses émotions, être capable de s'affirmer, de résister à la pression, savoir identifier une difficulté, savoir envisager des solutions...).					
4.1.3. L'action comprend des activités qui s'appuient sur les ressources des personnes ou des populations et les valorisent. <i>Ex : l'action s'appuie sur les savoirs et expériences des personnes.</i>					
4.2. Des conditions favorables à la participation aux activités ont été envisagées.					
4.2.1. Les contraintes économiques pour que les publics prioritaires puissent participer ont été prises en compte (mesures incitatives). <i>Ex : Il est prévu un remboursement des frais de déplacements</i>					
4.2.2. L'accessibilité physique des actions (accès handicapé, distance) a été prise en compte.					
4.2.3. Les messages, outils, méthodes sont définis avec le public à toutes les étapes du projet (définition avec leurs propres mots, leur propre usage).					

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels seraient les critères à retravailler prioritairement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quels seraient les critères à retravailler prioritairement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Perspectives d'action et d'évolution

Tableau de synthèse des éléments à retravailler pour chacun des critères

Critère	Éléments à retravailler
<p>Critère 1 : Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des inégalités de santé</p>	
<p>Critère 2 : L'action est basée sur une analyse de situation globale y intégrant les inégalités de santé</p>	
<p>Critère 3 : Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des inégalités de santé</p>	
<p>Critère 4 : L'action vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus</p>	
<p>Critère 5 : L'évaluation, prévue et structurée, interroge les effets du projet sur les inégalités sociales et territoriales de santé</p>	

Selon vous, parmi l'ensemble des éléments que vous souhaitez retravailler sur l'ensemble de ces critères (indiqués dans le tableau de synthèse ci-dessus), quels sont ceux que vous prévoyez de retravailler prioritairement ?

Priorités d'action	Etapas de travail envisagées
1/	
2/	
3/	
4/	
5/	

Glossaire

Besoins / Deux types de besoins peuvent être distingués : les besoins objectivés et les besoins perçus.

- Les besoins objectivés sont mis en évidence par des mesures scientifiquement validées, par des études épidémiologiques.
- Les besoins perçus sont les problématiques de santé des populations repérées par les professionnels.

Demandes / Attentes exprimées par la population.

Réponses / Ensemble des biens, des services, des organisations, des actions et des soins mis à disposition de la population par les professionnels et les systèmes de soins, de santé, la ville...

Déterminants de santé / Ensemble de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent de manière positive ou négative l'état de santé des individus et des groupes.

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

Compétences psychosociales / Capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ; aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.

Bibliographie

INPES. *Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations – Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé*. Saint-Denis : INPES, 2009 : 40 p.

Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Lorraine. *Evaluez vos actions en éducation et promotion de la santé. Guide d'accompagnement à l'évaluation de vos projets*. Laxou : IREPS Lorraine, 2011 : 58 p.

Outil Lentille ISS : *Le questionnaire inégalités sociales de santé*. En ligne : <http://www.inegalitesdesante.be/> (page consultée le 19 septembre 2013)

Guichard A, Ridde V. Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In : Potvin L, Moquet M-J, Jones C (sous la dir) *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010, p. 297-312

Annexe 2 - Tableau de synthèse : Les critères en illustration

Critères	Description	Illustrations
Critère 1 Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des inégalités de santé	p.27-29	
Critère 1.1	p.27	n°1 p. 28
Critère 1.2	p.27	
Critère 1.3	p.27	
Critère 1.4	p.27	
Critère 1.5	p.27	
Critère 1.6	p.27	
Critère 1.7	p.28	n°2 p.28-29
Critère 1.8	p.28	
Critère 1.9	p.28	
Critère 2 L'action est basée sur une analyse de situation globale y intégrant les inégalités de santé	p.29-31	
Critère 2.1	p. 29-30	n°3 p.29 n°4 p.30
Critère 2.2	p. 29-30	
Critère 2.3	p. 29-30	
Critère 2.4	p. 29-30	
Critère 2.5	p. 29-30	
Critère 2.6	p.30	n°5 p.30
Critère 2.7	p.30	-
Critère 2.8	p. 30-31	
Critère 2.9	p. 30-31	
Critère 2.10	p. 30-31	
Critère 2.11	p. 30-31	
Critère 2.12	p. 30-31	
Critère 3 Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des inégalités de santé	p.31-34	
Critère 3.1	p. 31	n°6 p.31 n°7 p.32
Critère 3.2	p. 31	
Critère 3.3	p. 32	n°8 p.32-33
Critère 3.4	p. 33	n°9 p.33
Critère 3.5	p. 33	n°10 p.34
Critère 3.6	p. 33	
Critère 3.7	p. 33	
Critère 4 L'action vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus	p.34-35	
Critère 4.1	p. 34	n°11 p.34-35
Critère 4.2	p. 35	n°12 p.35
Critère 5 L'évaluation, prévue et structurée, interroge les effets du projet sur les inégalités de santé	p.35	n°13 p.35

