



Appel à projets 2018

---

**« Soutien aux  
ACTIONS INNOVANTES  
s'inscrivant dans une démarche de  
recherche-action visant la réduction des  
inégalités sociales et territoriales de santé »**

---

Cahier des Charges

## CONTEXTE

---

La région PACA se caractérise par de fortes inégalités de santé (*cf annexe 1*), qui ont conduit à inscrire leur réduction comme un enjeu essentiel du Projet Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé. Cette volonté forte, inscrite au niveau national depuis plus de 20 ans, est réaffirmée avec clarté dans la loi de modernisation de notre système de santé en 2016<sup>1</sup> qui se décline en trois axes fondamentaux : innover pour mieux prévenir, innover pour mieux soigner en proximité, innover pour renforcer les droits et la sécurité des patients. Cette nouvelle loi souligne la nécessité d'adapter le système de santé aux besoins des personnes et aux profondes mutations qui sont à l'œuvre. Pour y parvenir, elle propose notamment de **prioriser la prévention sur le curatif**, d'accroître l'action sur les déterminants de santé et d'améliorer l'organisation des soins pour les patients pour garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une approche territoriale. En effet, aujourd'hui la question de l'innovation est une priorité dans les politiques publiques de santé. La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 de la Ministre des Solidarités et de la Santé vise à soutenir la recherche et une accélération de l'innovation afin d'améliorer la performance de notre système de santé et de réduire les inégalités de santé.

Dans ce contexte, l'ARS PACA souhaite poursuivre son soutien aux actions innovantes, mettant en avant des pratiques, des modalités d'interventions, des populations bénéficiaires, des collaborations ou des thématiques nouvelles ou peu développées et à fort potentiel de changement. Ces actions devront s'appuyer sur des données probantes ou sur des résultats issus d'une évaluation rigoureuse, ou le cas échéant, proposer un protocole d'évaluation rigoureux. Les actions visées dans le cadre de cet appel à projet doivent avoir pour objectif la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Cet appel à projet souhaite accompagner en priorité des projets qui se situent dans leur processus de construction, en amont des projets pouvant prétendre répondre aux appels à projets nationaux plus classique (PHRC, PREPS, IRESP, CNSA).

Du fait des moyens restreints de cet appel à projet, on se focalise plus particulièrement sur les projets qui ont un fort potentiel de changement.

## OBJECTIFS DE L'ARS

---

- Offrir un cadre d'**expérimentation** ou de développement d'**innovations** à des porteurs de projets, complémentaires aux cahiers des charges des plans d'actions/programme issus du Projet Régional de Santé (PRS) et du schéma régional de prévention
- Identifier des **solutions** qui peuvent potentiellement **changer l'ensemble du système**
- Créer des **nouveaux types de relations, d'échanges et des modalités d'intelligence collectives** afin d'enrichir les organisations des organisations
- Faire émerger de **nouveaux acteurs** ou le **savoir expérientiel** est un outil central

---

<sup>1</sup> L'Article L1411-1 du CSP modifié par la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé stipule notamment « La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. »

## CHAMPS DE L'APPEL À PROJETS

---

Cet appel à projets a une visée très opérationnelle : **promouvoir des recherches-actions** (cf annexe 2) associant des habitants et/ou des personnes concernées par une expérience de maladie chronique, des acteurs de terrain et des chercheurs.

Afin de renforcer les chances de changement, ces actions doivent nécessairement s'inspirer de modèle d'interventions ayant déjà fait leur preuve ailleurs. La lettre d'intention proposée dans ce cadre devra bien mettre en évidence les « fonctions clés » de l'intervention, c'est à dire les caractéristiques de l'intervention qui fondent son efficacité et citer les références établissant **le caractère probant** (cf glossaire) de **l'intervention efficace** (cf glossaire) pour laquelle un transfert est envisagé.

## AXES DE L'APPEL À PROJETS

---

### ➤ Approche par parcours de vie

#### AXE 1 : Actions visant à favoriser les interventions précoces

Les interventions visant à agir en amont de la formation des inégalités de santé feront l'objet d'un examen particulièrement attentif (par exemple les actions auprès des femmes enceintes, des enfants et de leur entourage).

La question du développement des **compétences psycho-sociales** (cf glossaire), qui est considéré aujourd'hui comme une des interventions en santé le plus efficiente et pertinente sera une priorité. Ces interventions font aujourd'hui l'objet d'un consensus fort et sont pourtant peu développés en France. Elles se développent avant la naissance (programmes de parentalité), en période pré scolaire (petite enfance) et pendant toute la période scolaire de l'enfant, en lien avec les parents et le milieu de vie des enfants.

#### AXE 2 : Actions visant à agir sur les déterminants de la santé

Les interventions qui vont jouer sur **l'habitat inclusif** (cf glossaire) comme le programme un chez soi d'abord<sup>2</sup> ou sur le travail comme les programmes **l'inclusion professionnel** en milieu ordinaire feront l'objet d'une attention particulière.

Un autre déterminant qui fera l'objet d'une attention particulière sera **la qualité de l'air** en lien avec les mobilités actives. La question de **l'alimentation, l'éducation, et l'inclusion sociale** seront également des déterminants sur lesquels les actions pourront porter. Ces projets devront proposer des partenariats et si possible des co-financements avec des services de l'État responsables de la mise en place de ces politiques jouant sur la santé (DRJCS, Éducation Nationale, DREAL, Politique de la Ville, etc.).

---

<sup>2</sup> Le programme « un chez soi d'abord » a été développé originellement en PACA. Il a amené des politiques du logement, de la lutte contre l'exclusion et de la santé mentale à travailler ensemble. C'est un exemple particulièrement intéressant. Ce programme a facilité le changement de politique publique en termes de lutte contre le sans-abrisme qui est passé d'une politique d'étape par l'hébergement à une politique de logement d'abord. Cette décision date de septembre 2017 et elle est appuyé sur des données probantes médico-économiques.

### ➤ Approche par parcours de santé

Les projets proposés sur cet axe porteront sur le parcours de santé des personnes en situation de vulnérabilité, que ce soit du fait d'une pathologie, d'une situation de perte d'autonomie ou d'une situation sociale précaire/violente. En particulier, on vise à soutenir les actions qui **renforcent les compétences et l'autonomie** des personnes en situation de précarité (« **empowerment** »).

#### AXE 3 : Actions visant à améliorer la compréhension et l'utilisation des informations en santé

Un grand nombre de personnes dit à risque (personnes âgées, personnes à faible revenu, migrants, personnes avec des troubles cognitifs) ont du mal à comprendre un texte écrit et plus de la moitié de la population n'a pas le niveau de littératie nécessaire pour s'occuper adéquatement de sa santé et pour être acteur de sa santé.

Une des définitions de la **littératie en santé** est « *La capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie.* »

Ce faible niveau général de littératie en santé entraîne un surcoût majeur en termes de soins avec entre autres une sur-hospitalisation, une utilisation inadéquate des médicaments et du système de soin, et une surmortalité. La littératie est aujourd'hui reconnue comme un déterminant essentiel de la santé au même titre que le revenu, l'emploi, le niveau d'éducation et le groupe ethnique d'appartenance (Health Literacy. The Solid Facts. WHO 2013).

#### AXE 4 : Actions visant à améliorer le système de santé

Les actions visant à diminuer des situations où le système de santé participe à la fabrication ou l'aggravation des inégalités seront particulièrement étudiées. On entend ici par système de santé à la fois le système de soin mais aussi l'offre médico-sociale. On sera en particulier très intéressé par le développement de **nouvelles organisations** des organisations et des **nouveaux métiers** (par exemple, **les médiateurs en santé**). La question du bien-être au travail des soignants et de la bientraitance des personnes en situation de vulnérabilité dans le système de santé sont des thématiques centrales et prioritaires.

#### AXE 5 : Actions visant à utiliser le savoir expérientiel et appliquer une démarche participative / collaborative en santé

Il s'agit de la mobilisation des connaissances, c'est-à-dire de la mise en action des savoirs acquis (cf glossaire) pour formuler des réponses concrètes aux besoins exprimés par les populations concernées notamment dans les domaines où les données probantes sont inexistantes. En particulier, on s'intéresse au savoir issu de l'expérience à l'utilisation du système de soins, au processus de vivre avec une maladie chronique et au rétablissement. Les projets de santé communautaire, incluant des professionnels d'expériences, seront particulièrement attendus.

## MÉTHODOLOGIE : PROJETS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE RETENUS

---

### ➤ Les acteurs impliqués

L'innovation naît de la diversité d'acteurs. Il est essentiel de faire appel à l'intelligence collective en associant et en mobilisant la pluralité des acteurs concernés et faire l'objet d'une **collaboration pluridisciplinaire / pluri professionnelle**.

Les projets présentés doivent faire l'objet d'une **co-construction réelle entre 3 types d'acteurs** :

1. Les habitants et/ou les personnes concernées par une expérience de maladie chronique
2. Un/les promoteur(s) d'action de terrain (association, établissement de santé)
3. Une/les équipe(s) de recherche (universitaire et/ou associative)

Le projet devra dans sa construction intégrer une méthode où **la recherche est au service de l'action**. Il devra aussi s'assurer que la co-construction se fait en intégrant, avec un même niveau d'intérêt et de valeurs, **le savoir issu de l'expérience professionnelle et des personnes concernées et le savoir institué** (savoir universitaire). On sera particulièrement intéressé par des projets intégrant des chercheurs issus de l'expérience.

### ➤ Les recherches – actions

L'approche en recherche-action repose principalement sur l'idée que pour connaître une réalité sociale, il faut en être acteur et participer à sa transformation. Elle repose sur certains fondamentaux : la participation des acteurs à l'ensemble du processus, non comme objet, mais comme sujet de la recherche, la synergie entre transformation sociale et production de connaissance, la co-information et formation des acteurs dans des relations horizontales, un souci prioritaire vers l'action (action-recherche serait un terme plus fidèle à la démarche attendu ici).

Dans le domaine de la prévention, de l'éducation, de la promotion de la santé, les innovations à l'œuvre peuvent porter sur :

- Les nouvelles stratégies d'intervention par exemple en faveur de publics particuliers
- La mobilisation de nouveaux acteurs, de nouveaux partenaires, de nouvelles disciplines, permettant d'agir sur des déterminants de santé
- L'expérimentation de nouvelles organisations ou de nouveaux outils.

### ➤ Évaluation

Tous les projets devront prévoir un dispositif et une méthodologie d'évaluation de l'action. Cette évaluation devra permettre :

- Un accompagnement méthodologique en continu des acteurs (avec dynamique de co-formation)
- Le recueil des données nécessaires
- Une analyse conjointe des trois types acteurs et un rapport co-écrit
- Un rapport factuel intermédiaire (3 pages)
- Les recommandations finales sur l'efficacité et la transférabilité des projets
- Les perspectives à moyen terme (pistes sérieuses des suites à donner).

Conçue comme un accompagnement de l'action, l'équipe de recherche publique ou privée doit donc être choisie par le promoteur lui-même.

## SÉLECTION DES CANDIDATURES

---

Les critères qui seront appliqués pour examiner les candidatures sont les suivants :

- Un projet avec un fort potentiel de levier de changement fondé sur des données probantes et/ou des pratiques validées
- Les partenariats enrichissant le savoir-faire et le pouvoir d'agir des acteurs du territoire
- Être évaluable dans des conditions permettant une généralisation
- Être enraciné dans le territoire, avec une implication des acteurs et décideurs locaux

## MODALITÉS DE DÉPÔT DES PROJETS

---

La sélection des projets se fera en deux temps :

1. Une présélection sur la base d'une **lettre d'intention de 5 pages (cf annexe)**, à envoyer par courriel à l'ARS au plus tard **le dimanche 29 avril 2018 date ferme de dépôt**, à l'adresse électronique suivante : **ARS-PACA-MISSION@ars.sante.fr** en précisant en objet « AI 2018 + nom de la structure ». Un message d'accusé de réception est transmis dans les 10 jours qui suivent la date de clôture. Un comité de sélection se réunit pour instruire les projets réceptionnés. Un courriel sera transmis par l'ARS pour informer les promoteurs de la décision du comité.
2. Pour les projets sélectionnés par le comité de sélection, **une audition** des promoteurs est prévue à l'ARS **le 20 et 21 juin 2018** (une convocation sera transmise dès que possible pour préciser l'heure et le lieu exact de l'audition). A l'issue de l'audition, un courriel est transmis pour informer les promoteurs de la décision définitive du comité **le 25 juin 2018**.

L'envoi du dossier complet (COSA et annexe technique) se fera par courriel. Il ne concernera que **les dossiers sélectionnés** après audition et sera transmis par le promoteur à l'ARS pour **le 3 septembre 2018** dernier délai. La décision finale de financement sera notifiée par les services administratifs et financiers de l'ARS.

### La lettre d'intention (cf annexe) devra préciser notamment :

- **Les objectifs** du projet et les éléments de diagnostic qui lui servent de fondement
- **Les innovations** qu'il s'agit d'introduire et qui sont susceptibles d'être généralisées, en indiquant avec précision le partenariat mobilisé, la responsabilité des différents acteurs concernés et le mode d'association des bénéficiaires de l'expérimentation ;
- Les conditions possibles d'une **généralisation** de l'expérimentation ;
- Les critères permettant d'apprécier **la réussite** de l'expérimentation ;
- Les premiers éléments de **budget** pour l'expérimentation (avec un budget décrit par année si le projet est pluriannuel)
- Une présentation rapide du **promoteur et de l'équipe** d'accompagnement
- **Une adresse mail et un numéro de téléphone** où contacter rapidement le promoteur si son projet est sélectionné.

Le contenu du dossier définitif sera précisé ultérieurement.

### La convention de subvention

Une convention de subvention sera signée entre l'ARS et les porteurs de projet. Elle précisera le détail du projet et son budget dans une annexe technique et budgétaire. Elle précisera également les modalités de versement de la subvention. La convention d'objectifs pourra être pluriannuelle (trois ans maximum).

**Le budget ne pourra dépasser 100 000 euros/an et le projet ne peut pas dépasser trois ans.**

## RAPPEL DU CALENDRIER

- Date limite de réception des lettres d'intention : **dimanche 29 avril 2018** au soir à l'adresse mail suivante : **ARS-PACA-MISSION@ars.sante.fr** en précisant en objet « AI 2018 + nom de votre structure »
- Audition des promoteurs sélectionnés **le 20 et 21 juin 2018.**
- Pour les projets retenus uniquement par le comité de sélection : réception des dossiers complets (Cosa et annexe technique) pour **le 3 septembre 2018** dernier délai

## CONTACTS ET RENSEIGNEMENTS

- **Correspondants en charge de l'organisation de l'appel à projets au sein de l'ARS :**

### **Dr Vincent Girard**

vincent.girard@ars.sante.fr

Tel : 06 89 85 32 99

Direction de la Santé Publique et Environnementale

Mission recherche et développement en santé publique

Agence Régionale de Santé Paca

132 boulevard de Paris - CS 50039 -13331 MARSEILLE Cedex 03

www.ars.paca.sante.fr

- **Comité d'accompagnement des projets – en cours de constitution**

Sélections d'acteurs de l'ARS qui souhaitent devenir participants d'une action innovante

1 personne du CRES

- **Comité de sélection – en cours de constitution**

2/3 chercheurs d'équipes différentes

3 représentants d'acteurs de terrains

4 représentants de personnes directement concernées et/ou d'habitants

2 représentants des collectivités territoriales

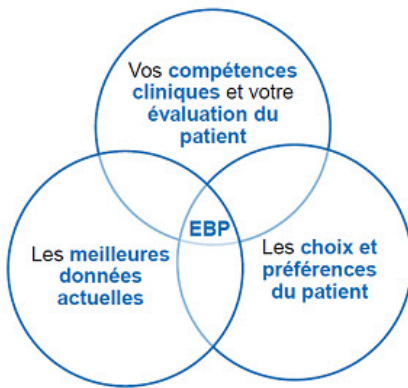


## GLOSSAIRE

### ➤ Caractère probant, Données probantes :

La médecine *fondée sur les faits* (ou médecine fondée sur les données probantes ; voir les autres synonymes) se définit comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des **meilleures données disponibles pour la prise de décisions** concernant les soins à prodiguer à chaque patient, [...] une pratique d'intégration de chaque expertise clinique aux meilleures données cliniques externes issues de recherches systématiques ». On utilise plus couramment le terme anglais **Evidence-Based Medicine** (EBM), et parfois les termes médecine fondée sur les preuves ou *médecine factuelle*. Ces preuves proviennent d'études cliniques systématiques, telles que des essais contrôlés randomisés en double aveugle, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construit.

Schéma de choix d'une stratégie EB :



### ➤ Intervention efficace<sup>3</sup>

Une intervention en santé publique peut être définie comme « un ensemble d'actions organisées dans un contexte spécifique à un moment spécifique pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique ».

Quelle que soit sa nature ou sa fonction, une intervention est constituée de différentes composantes :

- Un environnement
- Une situation problématique et ses déterminants (et/ou facteurs associés)
- Des objectifs (généraux, spécifiques, opérationnels)
- Un processus d'actions (mobilisant des acteurs et des ressources et produisant des biens et/ou services)
- Des effets (impactant les déterminants et la situation problématique)

Ce terme générique d'«intervention» peut être appliqué aux différentes formes d'actions en santé publique, des plus «micros» (une journée d'information dans un collège, un test de dépistage, un coffret pédagogique, l'évaluation de la satisfaction suite à une formation...) au plus «macros» (un plan de santé, une loi, l'évaluation d'une politique...). De façon générale, les interventions de prévention vont chercher à **agir sur les facteurs de risque (et/ou les déterminants)** afin d'empêcher l'apparition du problème de santé ; les interventions de promotion de la santé vont se **centrer**, principalement, **sur les facteurs de protection** afin de favoriser le développement d'une des dimensions de la santé.

<sup>3</sup> <http://inpes.santepubliquefrance.fr/transfert-connaissance/pdf/synthese-donnees-probantes.pdf>

Une intervention efficace est une intervention qui permet d'impacter le(s) déterminant(s) (ou le(s) facteur(s) et d'agir sur le problème de santé visé (de le prévenir dans le cadre d'une intervention de prévention) (d'après Contandriopoulos et al., 2000; Champagne et al., 2008; Brousselle et al., 2009).

Quand l'efficacité d'un programme a été démontrée **à l'aide de protocoles de recherche rigoureux**, il est alors question de « programme efficace ». Comme le souligne Sherman (2009), le concept de programme efficace est souvent commun à celui d'«evidence based program» que l'on peut traduire en langue française par **«programme fondé sur les données probantes»**. Les termes de «proven programs » que l'on peut traduire en français par «programmes validés» peuvent aussi être utilisés (Sherman, 2009). Aborder la notion « d'intervention efficace » nous conduit ainsi à une autre notion celle d'«evidence based». Une «evidence based intervention» est ainsi une intervention dont l'efficacité a été démontrée **par un protocole d'évaluation scientifique rigoureux** .

#### ➤ **Compétences psycho-sociales<sup>4</sup>**

L'OMS définit les compétences psychosociales (CPS) comme :

*« la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'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. »*

Ces compétences, essentielles et transculturelles, sont étroitement liées à l'estime de soi et aux compétences relationnelles, qui sont les deux faces d'une même pièce : relation à soi et relation aux autres. L'OMS en identifie 10 principales, qui vont par deux :

- Savoir résoudre les problèmes/Savoir prendre des décisions
- Avoir une pensée critique/Avoir une pensée créatrice
- Savoir communiquer efficacement/Etre habile dans les relations interpersonnelles
- Avoir conscience de soi/Avoir de l'empathie pour les autres
- Savoir gérer son stress/Savoir gérer ses émotions

#### ➤ **Habitat inclusif**

Logement favorisant le maintien dans la communauté, la ville, les relations sociales et familiales, l'utilité et la participation de toutes les personnes, même les plus vulnérables, tout au long de leur vie.

#### ➤ **Savoir expérientiel**

Au Québec, on désigne habituellement par acquis expérientiels la somme des connaissances et des compétences acquises par une personne à l'extérieur des systèmes éducatifs et de formation professionnelle, le plus souvent dans le milieu du travail ou dans des activités extra-professionnelles.

Dans les champs de la santé le savoir expérientiel peut-être aussi assimilé au savoir individuel et collectif issue de l'expérience de la maladie, du système de soin et du rétablissement.

---

<sup>4</sup> Pour en savoir plus : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/026-competences-psychosociales-enfants.asp>

## ANNEXE 1

### Généralités sur les inégalités sociales et territoriales de santé

---

#### ► Les inégalités de santé, avant tout un déterminisme social

La question des inégalités de santé se pose d'abord au plan social :

Les inégalités sociales de santé (ISS) font référence à la relation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Elles correspondent à des écarts d'états de santé socialement stratifiés et sont principalement perceptibles à travers les différences de taux de mortalité en fonction de l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle, du niveau de revenu et du niveau d'études. « Les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des processus par lesquels le social passe sous la peau ».<sup>5</sup> Ainsi, à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 46 ans, soit sept ans de plus que les ouvriers. On constate en PACA comme en France des inégalités sociales de mortalité : sur la période 1991-2005, chez les hommes de 25-54 ans, la mortalité toutes causes était 2,5 fois plus élevée chez les employés-ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (3,1 en France métropolitaine).<sup>6</sup>

Ces inégalités de santé traversent le corps social, décrivant un gradient social de santé se traduisant par une détérioration des indicateurs de santé du haut au bas de l'échelle sociale.

Elles ne correspondent donc pas à une opposition entre pauvres et non pauvres ou travailleurs manuels et non-manuels mais sont le fruit d'un ensemble de déterminants qui se retrouvent à l'œuvre dans l'ensemble de la population.

#### ► « L'injustice environnementale » ou la dimension territoriale des inégalités de santé

Les inégalités territoriales de santé correspondent schématiquement à trois types de situations :

- Exposition de la population résidant dans un territoire (toutes catégories sociales confondues) à un environnement délétère (pollution de l'air, nuisances sonores..), les effets de cette pollution pouvant être renforcés par une exposition professionnelle aux mêmes polluants, ou par une moindre capacité à s'en prémunir pour des raisons sociales,
- Difficultés spécifiques d'accès aux soins pour des raisons géographiques (éloignement) ou liées à la densité locale faible de certains professionnels de santé,
- Accumulation dans un même territoire d'un ensemble de déterminants en cause dans les ISS et qui se renforcent mutuellement : pauvreté monétaire, cadre de vie défavorable (pas d'accès à une aire de loisir ou à des espaces verts, à une offre culturelle, pollution atmosphérique et sonore ...), habitat insalubre, violences, transports insuffisants... faisant de ces territoires de véritables zones de ségrégation et de relégation sociale.

---

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> ORS PACA *Etats de santé et inégalités en région PACA*. 2010.

**Les inégalités environnementales** ont donc une très forte dimension territoriale et sociale ; Elles peuvent s'analyser selon deux processus qui peuvent se combiner :

Inégalités d'exposition

Inégalités de vulnérabilité liées à des :

- Maladies préexistantes (affections chroniques), mal soignées, et des comportements tels que tabagisme ou mauvaise alimentation, avec donc une forte interférence avec le contexte social/éducatif
- Expositions cumulées : qualité de l'air intérieur, expositions professionnelles, transports et de longue durée (parfois depuis l'enfance ...) décrivant de véritables trajectoires socio-environnementales.<sup>7</sup>

Elles peuvent donc se comprendre selon un double niveau :

- En termes de vulnérabilité, lorsque les effets sanitaires, pour des expositions similaires, seront différentes selon le gradient social des populations considérées.
- En termes d'exposition, lorsque des disparités géographiques de répartition de nuisances environnementales, sont mises en évidence et rapportées au niveau socio-économique des populations. Dans le cas où les caractéristiques liées aux populations ne sont pas prises en compte, il s'agit plutôt de *disparités environnementales*.<sup>8</sup>

### ➤ **La persistance d'inégalités financières dans l'accès aux soins**

La France dispose d'un système d'assurance maladie très complet (CMU, CMUC, aide à la complémentaire santé, AME) permettant un accès aux droits et aux soins quasi universels. Néanmoins, malgré l'amélioration de la couverture maladie, des obstacles financiers, largement connus se font encore jour pour l'effectivité des droits, entraînant des renoncements ou des recours tardifs aux soins. L'absence de couverture complémentaire est le principal facteur de renoncement aux soins. Cinq millions de nos concitoyens ne disposent pas de couverture complémentaire. Parmi les facteurs explicatifs figurent le manque d'information, la complexité administrative, les barrières linguistiques, les difficultés de domiciliation. L'existence de refus de soins pour des raisons notamment de stigmatisation des bénéficiaires de la CMUC, prégnante dans certaines spécialités médicales et pour certains chirurgiens-dentistes, les dépassements d'honoraires pratiqués de manière croissante remettent en question l'accès aux droits et aggravent les inégalités.

### **Des déterminants en interaction**

Les facteurs explicatifs sont nombreux et combinés entre eux : "les conditions de vie y compris de travail, les modes de vie et comportements à risque, le rôle cumulatif des différences de condition de vie<sup>9</sup> au cours de la vie, la causalité inverse selon laquelle l'état de santé expliquerait les différences de revenus, l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique et perte d'autonomie), le rôle du

<sup>7</sup> Zmirou D. Inégalités sociales de santé et nuisances environnementales. Présentation effectuée à Marseille le 26 janvier 2012

<sup>8</sup> Benmarhnia T. *Les inégalités environnementales et leurs rôles dans les inégalités sociales de santé : Etat de l'art et réflexions sur le développement d'indicateurs de défaveur environnementale*. Mémoire Ingénieur du Génie Sanitaire. EHESP, Octobre 2010. 125 p.

<sup>9</sup> Sont à inclure ici les inégalités de conditions d'éducation, d'emploi, de logement, de loisirs... qui concernent également les enfants dès le plus jeune âge, les conditions de vie dans l'enfance, voire in utero ayant des conséquences à l'âge adulte

système de santé et de soins, certains facteurs nationaux dont pourrait faire partie les politiques sanitaires et sociales..."<sup>10</sup> auxquels il faut ajouter un accès plus difficile des personnes pauvres à l'information et aux soins.

Quoique leurs interactions avec l'état de santé soient complexes, on peut distinguer :

- **des causes proximales** car proches du moment où l'état de santé s'est dégradé : elles correspondent à des comportements tels que la consommation du tabac ou d'alcool mais aussi aux conditions d'accès aux soins ou à la prévention,
- **des causes fondamentales** qui intègrent les comportements dans un vaste ensemble : éducation, niveau d'études, capacité de maîtrise de sa vie par la confiance et l'estime de soi, mettant ainsi en évidence le caractère socialement déterminé (y compris par le genre) de ces comportements.

Plusieurs modèles ont été proposés pour comprendre les interactions de ces différents déterminants :

- Accumulation soit à un moment donné (ex. faible revenu, logement insalubre, travail précaire...), soit au long de la vie de désavantages sociaux qui participent à creuser les écarts.
- Périodes critiques au cours desquelles certains facteurs de risque sont susceptibles d'altérer durablement l'état de santé (ex. épisode de pauvreté intense pendant l'enfance, décès prématuré d'un parent, conséquences de l'état nutritionnel de la mère sur le développement du fœtus...).
- Enchaînement des phénomènes : elles correspondent en particulier à l'influence de l'environnement précoce sur les parcours de vie : ex. niveau d'études ou statut socio-économique des parents faible avec risque accru pour l'enfant d'avoir un niveau d'études faible ou influence de certains comportements chez les parents (consommation de tabac ou d'alcool) qui peuvent accroître le risque d'une consommation de tabac pour la génération ultérieure et donc influencer la santé à l'âge adulte. Cette relation entre l'état de santé des parents et celui de leurs enfants laisse supposer une transmission de la santé entre générations : facteurs génétiques bien sûr mais aussi et surtout transmission des normes de santé et des modes de vie (tabac, nutrition, obésité). On parle ainsi d'inégalités des chances en santé pour prendre en compte cet effet transgénérationnel.<sup>11</sup>

Tous ces modèles sont en fait complémentaires,<sup>12</sup> et comme le montrent les exemples cités ci-dessus, la plupart des déterminants font sentir leurs effets dès l'enfance, montrant ainsi la nécessité impérieuse d'agir très précocement, avant même la naissance et pendant l'enfance et l'adolescence.

Plus globalement, outre les personnes confrontées à une situation de vulnérabilité économique, les personnes migrantes, celles qui sont détenues ou sortant de détention et les personnes en situation de handicap doivent faire l'objet de mesures spécifiques

<sup>10</sup> L'état de santé de la population en France en 2006 - Indicateurs associés à la Loi relative à la politique de santé publique. DREES. p.57

<sup>11</sup> BRICARD D, JUSOT F et al. Les modes de vie : un canal de transmission des états de santé. IRDES, Questions d'économie de la santé n°154, mai 2010

<sup>12</sup> LECLERC A., KAMINSKI M., LANG T., Inégaux devant la santé : du constat à l'action. Paris La Découverte. 2008, 298 p.

### ➤ Plusieurs pistes possibles pour l'action

Il peut s'agir de mesures s'attaquant en amont aux inégalités sociales elles-mêmes, de mesures visant, en aval, l'accès aux soins, ou de mesures visant l'exposition aux facteurs de risques médiateurs de l'effet de la situation sociale sur la santé (consommation de tabac par exemple).

On peut distinguer les politiques universelles des politiques sélectives, visant soit les groupes sociaux défavorisés, soit les zones défavorisées, soit les groupes souffrant d'un état de santé plus dégradé.

La combinaison de mesures universelles à des actions ciblées est à mener en référence au concept d'universalisme proportionné<sup>13</sup> : les actions visent la population dans son ensemble, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins, en veillant à réduire ou supprimer les freins à l'utilisation des interventions par les publics les plus vulnérables.

Parmi les recommandations des experts<sup>14</sup> figurent notamment :

- Mesurer le problème, comprendre ses mécanismes, évaluer l'impact des actions
- Définir une politique nationale, visant explicitement la réduction des ISS et comportant des objectifs de réduction des inégalités économiques et sociales (cf. Stratégie nationale de santé)
- Définir des objectifs quantifiés et opérationnels pour pouvoir ensuite coordonner, évaluer et suivre les actions
- Coordonner des politiques et des acteurs au niveau régional et local, sur la base d'objectifs partagés, pouvant faire l'objet d'un contrat local de santé (CLS), ces deux derniers objectifs correspondant au développement de politiques au niveau des territoires ;
- Organiser le système de soins primaires pour favoriser des parcours permettant une égalité effective d'accès aux soins et la continuité des soins, et amener les populations à une meilleure gestion de leur maladie et également <sup>15</sup>:
- Agir sur les facteurs fondamentaux dès l'enfance en favorisant l'accès aux ressources : revenu, éducation, pouvoir (à rapprocher de l'approche par parcours de vie)
- Réduire l'exposition des groupes de faible niveau socio-économique aux risques auxquels ils sont surexposés (conditions de travail, habitat, comportements...)
- Favoriser l'accès à un système de soins qui réduise les inégalités sociales de santé qui sont déjà présentes
- Réduire les conséquences d'une atteinte à la santé sur la situation sociale (causalité inverse).

---

<sup>13</sup> Universalisme proportionné : «Pour réduire le caractère abrupt du gradient social de la santé, les actions doivent être universelles, mais se caractériser par une échelle et une intensité proportionnelles au désavantage social» («fair Society, Healthy Lives — Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010», publié par The Marmot Review, février 2010) (<http://www.marmot-review.org.uk/>). C'est en particulier le cas pour les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies destinés aux zones défavorisées, aux familles vulnérables et aux groupes socio-économiques les moins favorisés (par exemple les mères, les enfants, les jeunes parents et ceux de plus de 50 ans).

<sup>14</sup> Potvin et al. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. INPES, 2010

<sup>15</sup> Lang T. d'après J Kemm et al. Health Impact Assessment, Oxford UP, 2004

### ► **Coordonner des actions intersectorielles**

Les réponses en termes de santé publique se situent donc largement en dehors du seul cadre des politiques de santé traditionnelles et les actions à mener relèvent également d'autres politiques publiques susceptibles d'agir sur les déterminants sociaux de la santé (logement, urbanisme, environnement, éducation, emploi et travail...). La prise en compte de ces déterminants sociaux de la santé est à effectuer à un niveau territorial fin en s'appuyant sur une démarche territoriale de promotion de la santé. Le développement de la participation citoyenne, la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux et notamment des élus, et plus largement de l'ensemble des dispositifs en dehors du champ de la santé sont des aspects essentiels de cette démarche.<sup>16</sup>

### ► **Adapter l'organisation du système de santé aux besoins des patients en s'inscrivant dans une logique territoriale**

La trop grande sectorisation des modes d'intervention et de financement, constatée en France, a pour conséquence un grand cloisonnement des acteurs en santé. Ce cloisonnement conduit aujourd'hui à créer de nombreux obstacles dans l'accès à la santé des populations, au détriment de la qualité des prises en charge. Ces difficultés sont d'autant plus importantes pour les publics les plus vulnérables.

Le principal enjeu est de parvenir à améliorer la cohérence dans les interventions des acteurs intervenant dans le champ de la prévention, de l'accompagnement, ou du soin avec une meilleure utilisation des ressources disponibles sur un territoire au service d'une plus grande adéquation aux besoins des populations. L'un des objectifs opérationnels directs est la fluidification des parcours de santé des personnes, afin d'éviter les complications et hospitalisations inutiles et de favoriser le maintien au domicile. Dans ce cadre, il est essentiel de favoriser le travail en partenariat des différents acteurs de santé par des organisations inscrites dans les territoires.

---

<sup>16</sup> Ces éléments sont repris de BASSET B. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008 : p.42-49

## ANNEXE 2

### Démarche Recherche-Action

---

Dans la recherche conventionnelle, le chercheur adopte une position dominante. Il se positionne à l'extérieur, voire au-dessus du phénomène qu'il veut étudier et les personnes impliquées sont considérées comme des sujets relativement passifs qui seront soumis à divers traitements ou tests en fonction de l'objet d'investigation.<sup>17</sup>

Dans la recherche-action, les personnes impliquées ne sont pas des sujets ou objets d'étude, mais bien des acteurs actifs dans la réalité. Les acteurs de terrain sont des *cochercheurs* animés par les mêmes préoccupations que les chercheurs qui veulent comprendre un phénomène ou une problématique et agir pour changer la réalité qui les confronte et améliorer les choses.<sup>17</sup> Chaque recherche est réalisée dans un contexte réel qui est nécessairement affecté par les conditions locales spécifiques qui influent sur la situation. Par la recherche-action, on identifie, expérimente et évalue des réponses nouvelles, généralisables, reproductibles et réalisables dans d'autres situations, par une immersion permanente des chercheurs dans l'action de terrain.<sup>18</sup>

Les chercheurs et les acteurs de terrain participent conjointement à toutes les étapes du processus de recherche, suivant des principes d'équité et de responsabilité partagées, en fonction des compétences de chacun. La relation entre les chercheurs et les gens des milieux est beaucoup plus égalitaire puisque les acteurs et les chercheurs mettent conjointement leurs compétences et leurs expertises distinctives à contribution pour comprendre et résoudre dans l'action les problèmes qui les concernent et qui constituent l'objet de la recherche. Ce type de recherche ne fonctionne que si une collaboration stricte se réalise entre les différents acteurs impliqués dans le processus de recherche et action.<sup>17</sup>

Recherche-action participatif poursuit deux objectifs : un objectif scientifique, consistant à améliorer la qualité de la recherche, par un accès facilité à l'information et par une compréhension davantage pertinente de la réalité ; et un objectif d'utilité sociale, par le renforcement des compétences et des capacités des acteurs, et par la transformation des connaissances produites en actions concrètes, afin d'améliorer, en bout de ligne, les conditions de santé et de bien-être des personnes directement concernées.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Roy M., Prévost P. (2013) La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion, *Recherches Qualitatives* Vol. 32(2), pp. 129-151.

<sup>18</sup> Epi-Ethno Santé [2007], La charte de Recherche-Action l'Institut, document électronique de Epi-Ethno Santé, disponible sur <http://www.epi-ethno-sante.org>

<sup>19</sup> Bekelynyck A. Revue de la littérature internationale sur la recherche communautaire (Synthèse) - Ceped. 2011.