



---

**Master 2**  
**Pilotage des politiques et actions en**  
**santé publique**

Promotion : **2016-2017**

**Etude de la prise en compte des**  
**inégalités sociales de santé dans le**  
**Contrat Local de Santé 2012-2017 de**  
**la ville de Valence**

---

CHARLOTTE DECROIX  
28 août 2017



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier :

- Brigitte Vitry, responsable du pôle santé publique de la délégation départementale de la Drôme de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ; Lucile Vercoutère, médecin directeur de la Direction Santé Publique de la ville de Valence et Emeline Drevetton, Coordinatrice du Pôle Promotion Santé pour leur accueil et leur disponibilité. Les échanges réguliers et leur intérêt pour le projet ont permis de le mener à bien avec autant d'intérêt.
- Catherine Palliès-Maréchal, directrice départementale de la Drôme pour l'accueil au sein de la délégation départementale et sa disponibilité.
- Vanessa Mercier de la délégation usagers-évaluation-qualité de l'ARS pour son soutien méthodologique et les échanges réguliers,
- Magali Tournier, du pôle prévention promotion de la santé de l'ARS pour avoir partagé son regard sur la promotion de la santé et les inégalités sociales de santé,
- Les membres du comité de pilotage et du comité technique pour leur disponibilité et leur contribution à ce projet,
- Les acteurs du territoire valentinois ayant accepté de donner de leur temps pour apporter leurs regards et/ou les données disponibles pour l'évaluation du CLS.

Egalement un grand merci aux équipes de la délégation départementale de la Drôme et de la Direction Santé Publique de la ville de Valence pour leur accueil, pour les échanges et leur disponibilité tout au long des six mois passés parmi eux. Merci plus particulièrement à ceux ayant été associés au projet d'évaluation pour leur implication.

Je tiens également à remercier Arnaud Campéon, responsable du Master 2 PPASP pour son suivi tout au long de l'année et Françoise Jabot, d'avoir accepté d'être ma référente de mémoire.

Enfin merci à Alice Demaison pour son soutien sans faille ainsi qu'à ma famille et amis pour leur relecture.

*Charlotte DECROIX*

*Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes - 2016-2017*



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>1 Méthode et fondements des inégalités sociales de santé .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Méthode .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Déterminants et modélisation des déterminants de l'état de santé : vers une prise en compte des déterminants sociaux de la santé.....</b>	<b>13</b>
<b>2 Des pré-requis pour la réduction des inégalités sociales de santé : la volonté politique et la connaissance pour agir .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 L'existence d'une volonté politique, l'élaboration de politiques publiques saines et le développement d'une approche locale transversale .....</b>	<b>17</b>
2.1.1 Bases théoriques .....	17
2.1.2 Regard des signataires du Contrat Local de Santé .....	20
2.1.3 Une volonté politique de réduction des inégalités sociales de santé : les inégalités sociales de santé comme objectif transversal du CLS .....	21
2.1.4 L'élaboration de politique publique saine et le développement d'une approche intersectorielle, exemple de l'axe « santé environnement » .....	22
<b>2.2 Du diagnostic à l'évaluation : « mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action ».....</b>	<b>23</b>
2.2.1 Bases théoriques .....	23
2.2.2 Regard des signataires du Contrat Local de Santé .....	25
2.2.3 Présence d'une démarche diagnostique et d'observation continue de la santé des valentinois : connaître la situation pour agir (axe n°1) .....	25
2.2.4 Evaluation et évaluation d'impact en santé .....	27
<b>2.3 Développer les connaissances et compétences des acteurs .....</b>	<b>27</b>
2.3.1 Bases théoriques .....	27
2.3.2 Présence d'une culture commune sur les inégalités sociales de santé : regard des signataires du Contrat Local de Santé .....	28
2.3.3 La formation et les échanges sur les inégalités sociales de santé, une dynamique présente au sein de la Direction Santé Publique de la ville de Valence .....	29

<b>3</b>	<b>Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : des pistes d'actions</b>	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>L'universalisme proportionné : la prise en compte du gradient social</b>	<b>30</b>
3.1.1	Bases théoriques	30
3.1.2	Les différentes approches pour aborder les inégalités sociales de santé : Regard des signataires du Contrat Local de Santé	33
3.1.3	La prise en compte du gradient social de santé <i>via</i> une approche par l'universalisme proportionnée	34
<b>3.2</b>	<b>Agir dès le plus jeune âge et tout au long de la vie</b>	<b>36</b>
3.2.1	Bases théoriques	36
3.2.2	Regard des acteurs sur le développement des inégalités sociales de santé au cours de la vie des individus	37
3.2.3	Agir dès le plus jeune âge, axe n°5 relatif à la parentalité et la santé	38
<b>3.3</b>	<b>Inégalités sociales de santé et accès aux soins</b>	<b>41</b>
3.3.1	Bases théoriques	41
3.3.2	Regard des acteurs : le rôle de l'accès aux soins dans les inégalités sociales de santé	42
3.3.3	Agir pour l'accès aux soins, exemple de l'évolution de l'Espace Santé Jeune en Centre Santé Jeunes la santé des jeunes (axe n°3 du Contrat Locale de Santé)	43
<b>3.4</b>	<b>Agir pour lutter contre les inégalités sociales de santé : pistes d'actions complémentaires</b>	<b>49</b>
	<b>Conclusion</b>	<b>53</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>55</b>
	<b>Liste des annexes</b>	<b>61</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADUDA	Agence de Développement Universitaire Drôme-Ardèche
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Atelier Santé Ville
CDSS	Commission des déterminants sociaux de la santé
CSJ	Centre Santé Jeunes
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local en Santé Mentale
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DDHC	Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen
DUEQ	Délégation Usagers-Evaluation-Qualité
EIS	Evaluation d'impact sur la santé (EIS)
ESJ	Espace Santé Jeunes
HCSP	Haut Conseil de la santé Publique
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ISS	Inégalités Sociales de Santé
ISTS	Inégalités Sociales et Territoriales de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PRS	Projet Régional de Santé
SSE	Statut Socio Economique

# Introduction

## Egalité, équité, inégalités sociales de santé

Défini dès l'article premier de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (DDHC) de 1789, le principe d'égalité est un des fondements de la République Française, inscrit dans sa devise tout comme les principes de liberté et de fraternité. C'est l'égalité devant les droits qui est soulevé dans la DDHC. Cette déclaration forme avec la Constitution du 4 octobre 1958, le Préambule de la Constitution de 1946 et la Charte de l'environnement de 2014, le bloc de constitutionalité au sommet de la hiérarchie des normes françaises. En étant inscrit dans le Préambule de la Constitution de 1946 le droit à la santé a donc une valeur constitutionnelle. Cela ne signifie pas pour autant que « la question sociale » ait été résolue, les inégalités sociales de santé ayant eu tendance à s'accroître malgré l'avènement des Etats Providences (Black, 1980), (la Documentation française). Il convient de préciser que les notions d'égalité et d'inégalité sociales de santé sont à différencier, cette dernière notion étant liée davantage à celle d'équité. Le principe d'équité sous-tend que la distribution des biens et des ressources entre les individus et groupes ne doit pas être exclusivement basée sur l'égalité. Elle doit également tenir compte de différentes variables comme les besoins individuels (Rochaix L., Tubeuf S., 2009), (Guichard A., Potvin L., 2010). L'équité a été définie en 2005 par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement » (OMS, 2005). Ainsi, l'équité en santé ne cherche pas à gommer l'intégralité des différences de santé mais les inégalités qui seraient perçues comme injustes. Cela fait appel à la question de la justice sociale, renvoyant aux valeurs de la société afin de déterminer ce qui est juste ou ce qui ne l'est pas. L'équité est ainsi liée à un jugement de valeur, considérant des différences d'état de santé comme tolérable (par exemple entre une personne jeune et une personne âgée) et d'autres inacceptables (Rochaix L., Tubeuf S., 2009), (Guichard A., Potvin L., 2010), (Harpet C. in Breton E. *et al*, 2017). La commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS met les inégalités sociales de santé parmi les disparités inacceptables en affirmant la réduction des inégalités de santé comme « un impératif éthique. L'injustice sociale tue à grande échelle » (OMS, 2008).

La différence entre inégalités de santé et inégalités sociales de santé, au-delà des questions de justice sociale, fait appel aux possibilités d'agir dessus. Ainsi, Whitehead en 2006 décrit les inégalités sociales de santé comme « des différences sur le plan de la santé qui ne sont pas seulement inutiles et évitables mais qui sont également considérées comme injustes et



inévitables » (Pascal J., Lombrail P., 2016). La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé a été considérée comme référence pour la suite de ce travail, considérant les inégalités sociales de santé comme « des différences en ce qui concerne l'état de santé ou la répartition des ressources entre différents groupes de population qui découlent des conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (OMS, 2011).

### **Les inégalités sociales de santé dans les politiques publiques**

La notion d'inégalité sociale de santé a fait l'objet de nombreux travaux au niveau français et international depuis la seconde moitié du XXème siècle, procurant une littérature abondante sans pour autant permettre de proposer un mode d'action unique et consensuelle, au vue de la complexité des concepts et interventions sous-jacents (Drouot N., 2014). Une des premières pierres essentielles à ce développement fut la parution en 1980 du « rapport Black », commandé par le gouvernement britannique. Ce rapport a mis en avant le lien entre la position sociale de l'individu dans la société et son état de santé par l'étude de cohortes de différents milieux sociaux. Il a permis de montrer l'existence d'importantes inégalités de santé, croissantes, malgré l'amélioration globale de l'état de santé des populations (Marmot M., Allen J., 2014). Ce paradoxe se retrouve également en France et s'est maintenu dans le temps (Basset B., INPES, 2008). D'après les données de 2016 de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), les hommes de 35 ans ont gagné sept ans d'espérance de vie et les femmes 5,5 depuis 1970. Bien que l'espérance de vie de la population ait augmenté de manière globale, les écarts entre catégories socio-professionnelles se sont maintenus. Ainsi, en 2009-2013 l'espérance de vie à 35 ans entre les non-diplômés et les diplômés de l'enseignement supérieur diffère de 7,5 ans chez les hommes et 4 ans chez les femmes (INSEE, 2016). La mortalité à 35 ans n'est qu'un exemple des différents indicateurs de santé (santé objective comme de santé ressentie) mettant en lumière les inégalités sociales de santé qui ont une tendance à se creuser (Pascal J., Lombrail P., 2016).

Le niveau élevé d'inégalités sociales et territoriales de santé en France, ainsi que la complexité et le cloisonnement du système de santé ont en grande partie justifié la nécessité de réformer le pilotage régional des politiques de santé publique (Ritter, 2008). Ces travaux ont abouti à la réforme de 2009, loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 créant par son article 118 les Agences Régionales de Santé.

Les deux grandes missions des Agences Régionales de Santé sont le pilotage de la santé publique en région et la régulation de l'offre de soins. Les stratégies des Agences Régionales de Santé sont

définies dans le cadre d'un Projet Régional de Santé (PRS), établit pour cinq ans. Les PRS tel que définis dans la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, contiennent :

- Un plan stratégique régional de santé,
- Différents schémas (un schéma régional de prévention, un schéma régional de l'offre de soins et un schéma régional de l'offre médico-social),
- Différents programmes (programme régional d'accès à la prévention et aux soins, programme régional de gestion du risque, programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, programme télémédecine),
- Les Contrats Locaux de Santé.

Les Contrats Locaux de Santé (CLS) sont un outil de territorialisation de la politique de santé, déclinant les priorités du Projet Régional de Santé au niveau local en prenant en compte les besoins identifiés sur le territoire concerné. La loi HPST reste très large permettant différentes appropriations de cet outil selon les territoires. En effet, cette loi stipule que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements » (article L 1434-17 du Code de la Santé Publique). Il y est également précisé que les CLS peuvent porter sur tout sujet de santé au sens large : promotion de la santé, prévention, politiques de soins, accompagnement médico-social et déterminants de la santé. En outre, la circulaire du 20 janvier 2009 réaffirme la volonté de prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé par cet outil en indiquant que le Contrat Local de Santé « aura vocation à s'appliquer à l'ensemble des territoires de santé qui seront déterminés par l'ARS ; il devra cependant trouver une application particulière dans les territoires de la politique de la ville ; il sera ainsi susceptible de compléter le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale reconduits en 2010 » (Lettre-Circulaire interministérielle N°DGS/DIV/DP1/2009/68). Réintégré dans la loi de Modernisation de notre Système de Santé de janvier 2016, le lien entre les champs du social et de la santé y a été officialisé Cela est essentiel puisque les déterminants sociaux sont un levier majeur de réduction des inégalités sociales de santé (cf partie 1, page 1.2, page 12).

### **Contrat Local de Santé de la ville de Valence et mission de stage**

Le Contrat Local de Santé de la Ville de Valence, signé en 2012, a été le premier officialisé par l'Agence Régionale de Santé en Rhône-Alpes. En effet, la ville de Valence a investi très tôt le champ de la santé publique puisque dès 1921 un bureau municipal d'hygiène a été créé. Depuis, la politique de santé publique s'est développée au sein de la collectivité dans une dynamique

locale et partenariale forte<sup>1</sup>. On peut notamment noter la présence d'un Atelier Santé Ville et l'appartenance au réseau ville-santé de l'OMS. C'est dans ce contexte que le CLS 2012-2017 a été signé pour 5 ans par sept institutions :

- La Ville de Valence,
- L'Agence Régionale de Santé,
- La Préfecture de la Drôme,
- Le Conseil départemental de la Drôme,
- Le Conseil régional Rhône-Alpes,
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- La Caisse d'Allocations Familiales.

Le CLS 2012-2017 a cherché à favoriser la mise en œuvre au niveau local des orientations portées par le Plan Régional de Santé Rhône-Alpes et les orientations de la Ville inscrites dans le Plan Local de Santé valentinois<sup>2</sup>. Le périmètre du CLS a été défini à l'échelle de la ville de Valence avec une attention particulière aux quartiers prioritaires définis par la politique de la ville (notamment au travers de l'Atelier Santé Ville).

Avec les objectifs transversaux d'améliorer la qualité de vie des valentinois et de réduire les inégalités de santé, dix priorités partagées de santé ont été définies dans le CLS : observation continue de la santé des Valentinois (1), santé environnement (2), santé des jeunes (3), politique vaccinale (4), parentalité et santé (5), santé mentale (6), promotion de la santé – Atelier Santé Ville (7), accès aux soins – Maison de Santé pluri professionnelle/pôle de santé (8), accompagnement thérapeutique – Maison Relais Santé (9), santé des personnes âgées (10).

Arrivant bientôt à échéance, un projet d'évaluation du CLS a été sollicité conjointement par la direction départementale de la Drôme de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes et par la Ville de Valence. Ces deux institutions, d'un commun accord, ont co-piloté l'évaluation. Pour l'ARS, Brigitte Vitry, Responsable du Pôle santé publique et pour la ville, Lucile Vercoutère, Médecin-directeur et Emeline Drevetton, Chef de service du pôle Promotion de la santé à la Direction Santé Publique, se sont réunies à partir de 2016 pour préparer cette évaluation. C'est

---

<sup>1</sup> Le préambule du Contrat Local de Santé de la ville de Valence 2012-2017 reprend en détail les éléments de contexte du CLS de Valence avec une présentation des éléments de diagnostic partagés entre les cosignataires et un historique de la démarche locale de santé et modalité d'articulation (CLS de Valence).

<sup>2</sup> Le Plan Local de Santé est défini en amont du Contrat Local de Santé « *autour du postulat selon lequel il faut distinguer la notion de plan (PLS) de sa forme contractuelle (CLS)* » (Centre de ressources et d'échanges pour le développement social urbain Rhône-Alpes, 2010).

dans ce cadre que le stage au sein de l'ARS du 20 février au 04 août 2017 s'est déroulé pour réaliser ce travail d'évaluation.

L'organisation des acteurs pour mener à bien le projet d'évaluation s'est structurée de la manière suivante (figure 1) :

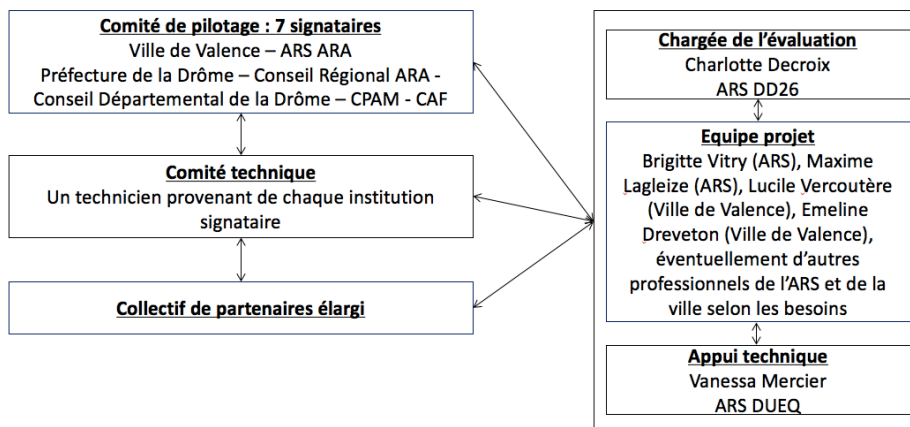


Figure 1 : Organigramme de l'évaluation du Contrat Local de Santé de la ville de Valence (rapport d'évaluation 2017)

Un Comité de Pilotage s'est réuni en amont de l'évaluation et est planifié en clôture. Deux comités techniques ont également eu lieu (le premier s'est déroulé le 11 mai 2017, le deuxième planifié le 8 septembre 2017), où des représentants de chaque institution signataire ont été associés. En outre, l'équipe projet et la chargée de l'évaluation se sont réunies hebdomadairement pour assurer le suivi des travaux. Un soutien méthodologique a été apporté par la Délégation Usagers-Evaluation-Qualité (DUEQ) de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes.

L'enjeu de l'évaluation était d'interroger le dispositif du CLS en place afin d'apprécier s'il était moteur et fédérateur. Son objectif était d'analyser certaines conséquences d'actions prioritaires mises en œuvre depuis 2012 à Valence pour préparer le Contrat Local de Santé 2. En amont de l'évaluation, un bilan des engagements pris en 2012 et de leur réalisation a été effectué.

Deux questions évaluatives ont été définies, déclinées en trois sous-questions évaluatives chacune :

- Question évaluative 1 : Dans quelle mesure le CLS met-il en place les conditions permettant de favoriser l'accès aux soins et à la prévention de tous les Valentinois (inégalités sociales / territoriales / populationnelles) ?
  - o Dans quelle mesure les nouvelles missions du Centre Santé Jeunes mettent-elles en place les conditions favorisant un meilleur accès aux soins et à la prévention pour les jeunes de la mission locale et de l'université ?

- Dans quelle mesure le déploiement d'actions de promotion de la santé prévues dans le CLS est-il favorable à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?
- Dans quelle mesure l'accompagnement des professionnels de santé dans le cadre du CLS a-t-il facilité leur installation en maisons de santé pluri professionnelles ?
- Question évaluative 2 : Dans quelle mesure le CLS influe-t-il sur la coordination des acteurs locaux ?
  - Dans quelle mesure le référent de chaque axe du CLS a-t-il permis de fédérer les acteurs autour des actions de l'axe concerné ?
  - Dans quelle mesure le Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) influe-t-il sur le partenariat local entre les acteurs sur les questions de santé mentale ?
  - Dans quelle mesure la Maison Relais Santé influe-t-elle sur les liens entre les acteurs locaux dans une approche globale et pluridisciplinaire ?

La méthode de traitement des questions évaluatives est décrite dans le référentiel d'évaluation (annexe 1).

### **De l'évaluation au sujet de mémoire**

D. Migaud a défini cinq défis à l'évaluation des politiques publiques : « les normes et la définition de l'évaluation », « le positionnement », « l'expertise », « les moyens et le temps », « l'appropriation de l'évaluation par les parties prenantes et la proximité avec la décision ». Le troisième enjeu (l'expertise) justifie de la nécessité de mettre en place une méthodologie particulière et rigoureuse dans la démarche évaluative afin notamment « de se prémunir des erreurs d'interprétation, des causalités inverses, des interactions de la politique étudiée avec d'autres, ainsi que des effets multiples, directs et indirects, de la politique en question » (Migaud, 2013). La construction du référentiel d'évaluation du CLS de Valence a cherché à s'appuyer sur des données probantes avec des critères issus de la recherche, dans la mesure du possible. Malgré de nombreuses recherches bibliographiques pour établir des critères pour la sous-question évaluative sur les inégalités sociales et territoriales de santé, ceux-ci ont été difficiles à définir<sup>3</sup>. En effet, il s'agit d'interventions complexes<sup>4</sup>, avec des retombées à plus ou moins long

<sup>3</sup> La Société Française de Santé Publique a lancé en 2014 une consultation ouverte : « *Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé* » afin de pouvoir partager les nombreuses initiatives (notamment locales) dont les porteurs peuvent avoir des difficultés à savoir comment agir, développant chez eux « *un sentiment d'impuissance* » (Drouot, 2014)

<sup>4</sup> Les interventions de promotion de la santé ont été décrites comme « *complexes en raison (i) du nombre de leurs composantes et de leurs interactions, (ii) des groupes ou niveaux organisationnels ciblés, (iii) de la variabilité des résultats, (iv) de la difficulté des comportements à adopter par les bénéficiaires et les acteurs (Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. 2008), mais également du fait du système complexe dans lesquelles elles sont implantées* ». (Dupin C.M., Breton E., Kivits J., Minary L. et al., 2015)

terme pour lesquelles il n'est pas possible d'estimer un impact sur cinq ans. Des stratégies visant à réduire les inégalités sociales de santé ont été mises en avant dans différents rapports<sup>5</sup> sans qu'il existe pour autant un mode d'action admis, transférable d'un contexte à un autre. Ainsi, définir des critères permettant de trancher d'un impact du CLS sur les inégalités sociales de santé ne semblait ni réaliste ni pertinent. Cela se justifie d'autant plus que le lien entre les réalisations des actions inscrites dans le CLS et l'existence du Contrat Local de Santé n'a pas été étudié en lui-même dans le contexte valentinois. Enfin, il est à noter que les formulations de la question évaluative et de l'objectif de l'évaluation relèvent bien que l'ambition de cette évaluation n'était pas une mesure d'impact.

Ce mémoire est une opportunité d'analyser des concepts sous-jacents aux inégalités sociales de santé. L'approche de la promotion de la santé pour traiter ce sujet se justifie, tout d'abord par la place qu'elle occupe au sein du CLS et dans les représentations de différents acteurs de terrain<sup>6</sup>. La nomination d'un axe du CLS « promotion de la santé » peut poser question puisque toutes les stratégies définies dans la Charte d'Ottawa se retrouvent avec une intensité variable dans les dix axes du Contrat Local de Santé valentinois. Par exemple dans l'axe n°2 relatif à la santé environnement, le fait d'inscrire dans le CLS le développement des modes de déplacement doux ou la contribution au Plan Local d'Urbanisme entre dans les stratégies de promotion de la santé visant à « élaborer une politique publique saine » et « créer des milieux favorables »<sup>7</sup>. De nombreux écrits ont été publiés à l'occasion du sixantième anniversaire de la Charte d'Ottawa questionnant la place de la promotion de la santé aujourd'hui et réaffirmant son intérêt dans les politiques publiques<sup>8</sup>. En outre, sa place et sa légitimité pour agir dans le cadre de la réduction des inégalités sociales de santé a été mise en avant (Conseil supérieur de la promotion de la

---

<sup>5</sup> De nombreux écrits ont été produits sur le sujet par différents organismes (exemple : Organisation Mondiale de la Santé, Haut Conseil de la santé publique) et chercheurs.

<sup>6</sup> Se référer à la note réflexive, en dernière partie du mémoire.

<sup>7</sup> « Elaborer une politique publique saine » et « créer des milieux favorables » sont les deux premières stratégies parmi les cinq inscrites dans la Charte d'Ottawa pour agir en promotion de la santé (OMS, 1986).

<sup>8</sup> La Revue « Santé Publique » a notamment consacré de nombreux articles et un numéro en 2016 pour les trente ans de la Charte d'Ottawa.

De plus, une lettre à la rédaction publiée en 2017 met en avant parmi « cinq bonnes résolutions » de « *ne pas limiter la promotion de la santé à des actions d'éducation et prévention et de considérer la Charte comme un « cadre intégrateur » (Alla F., 2016) ancré dans des valeurs et principes forts permettant de définir, de façon transversale et avec les populations, les priorités et les leviers pour garantir leur santé et leur bien-être* » (Lacouture A., Satilmis L., 2017).

santé, 2011), (Guichard A., Potvin L., 2012), (Breton E. *et al*, 2017)<sup>9</sup>. La Charte d'Ottawa, adoptée en 1986, définit la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Elle suppose neuf prérequis fondamentaux à la santé : la paix, un abri, l'éducation, la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. L'équité en matière de santé est également inscrite comme un objectif de la promotion de la santé en appelant à conférer les moyens aux individus pour « réaliser pleinement leur potentiel » (OMS, 1986). C'est donc dans un cadre plus large que celle de la sous-question évaluative 1.2 (relative aux inégalités sociales et territoriales de santé et à l'axe n°8 sur la promotion de la santé du CLS) que la question suivante sera abordée :

Quelle est la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les Contrats Locaux de Santé - étude de cas du CLS de Valence (2012-2017) ?

Pour traiter ce sujet, il convient tout d'abord de revenir sur la méthode employée et les concepts théoriques qui chercheront à répondre à deux questions : Qu'est-ce qu'un déterminant de l'état de santé ? Quelles sont les déterminants des inégalités sociales de santé ? (partie 1). Les deux parties suivantes chercheront, à croiser les données de la littérature et l'avis des signataires du Contrat Local de Santé afin de voir quels sont les prérequis pour agir sur les inégalités sociales de santé (partie 2) et les pistes d'interventions à privilégier (partie 3). Pour chaque mode d'action exposé, une réflexion sera proposée sur son application au niveau du Contrat Local de Santé de Valence (2012-2017) afin de réfléchir sur l'inscription ou non de ce CLS dans une démarche de réduction des inégalités sociales de santé.

---

<sup>9</sup> Guichard A. et Dupéré S. réaffirme en effet que face aux inégalités sociales de santé « la promotion de la santé à un rôle important à assumer et une responsabilité éthique à ne pas les aggraver » (Breton E, Jabot F., Pommier J., Sherlax W., 2017).

# 1 Méthode et fondements des inégalités sociales de santé

## 1.1 Méthode

### Données de la littérature et bases théoriques

Comme évoqué en introduction, beaucoup de documentations et de littératures existent concernant la manière de lutter contre les inégalités sociales de santé. Une revue non exhaustive des rapports clés proposant des pistes d'actions a été réalisée dans la perspective d'identifier les éléments qui pourraient être pertinents à étudier dans le Contrat Local de Santé et d'en retirer les différentes recommandations (annexe 2). Ces rapports sont issus de travaux à l'échelle mondiale (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé), à l'échelle nationale (Haut Conseil de la Santé Publique et Inspection générale des affaires sociales), à l'échelle nationale et régionale (rapport de l'Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé (INPES)<sup>10</sup> sur les Agences Régionales de Santé et les inégalités sociales de santé) et à l'échelle locale (Plaidoyer à destination des élus des communes et de leurs groupements réalisé par l'INPES, l'association « Elus, santé publique territoires » et le réseau français des Villes-Santé de l'OMS).

En outre, deux documents complémentaires ont particulièrement nourri la réflexion menée :

- Les résultats de la consultation ouverte « Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé » (Société Française de Santé Publique, juin 2014),
- Le rapport intermédiaire de l'« évaluation de l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités Sociales et Territoriales de Santé en Ile de France (Schapman-Ségalié S., Université Paris 13, Lombrail P. (sous la dir.), 2013).

Une fois les différents items à étudier sélectionnés (titre des sous-parties 2 et 3 correspondant à des leviers d'actions pour agir sur les inégalités sociales de santé), des données complémentaires de la littérature ont été exploitées pour mieux comprendre les concepts sous-jacents et leurs applications. Les items choisis n'ont pas la prétention d'être exhaustifs. Ce mémoire ne pourra donc pas trancher sur un quelconque impact du Contrat Local de Santé de la ville de Valence et des actions qu'il porte sur les Inégalités Sociales de Santé. Il permettra par contre de mener une réflexion et une discussion sur leur prise en compte dans le cadre de ce dispositif.

---

<sup>10</sup> Depuis 2016, l'Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé, l'Institut de veille sanitaire et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires ont fusionné pour former Santé Publique France suite à l'adoption de la Loi de modernisation de notre système de santé.



### Investigation qualitative

Un des pré-requis aux interventions pour lutter contre les inégalités sociales de santé est l'existence d'une volonté politique de les réduire. La présence d'une culture commune semble nécessaire pour que les acteurs agissent dans le même sens. Ainsi l'investigation qualitative menée a cherché à identifier les représentations des inégalités sociales de santé et des possibilités/moyens d'agir dessus d'acteurs engagés dans le CLS. Des entretiens ont été réalisés dans cette dynamique auprès de quinze acteurs : deux élus de la ville de Valence, des représentants de l'Agence Régionale de Santé, de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, du Conseil départemental de la Drôme, de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale de la Drôme, de la Préfecture et de la ville de Valence (annexe 3). Une des limites est que deux institutions signataires n'ont pu être rencontrées : le Conseil régional Rhône-Alpes et la Caisse d'Allocations Familiales (rendez-vous annulé qui n'a pu être planifié dans les délais pour cette-dernière). En l'occurrence, des entretiens ont pu être menés auprès des référents de<sup>11</sup> neuf axes du CLS.

Une importante partie des représentants d'institutions signataires rencontrés connaissaient l'objectif précis de ces entretiens et la notion d'inégalité sociale de santé avait été discutée en amont lors d'un COTECH de l'évaluation du CLS. C'est d'ailleurs un des biais de cette démarche. En effet, l'objet du COTECH du 11/05/2017 était d'échanger sur la méthodologie envisagée pour répondre aux sous-questions évaluatives et de discuter de la liste des acteurs sollicités pour des entretiens semi-directifs et/ou pour bénéficier de rapports et données quantitatives<sup>12</sup>. Ce biais se retrouve de manière amplifiée avec les membres de l'équipe projet qui avaient connaissance de la grille d'entretien en amont, l'ayant relue et complétée. En effet, la formulation des questions dans les guides d'entretiens a été travaillée avec l'équipe projet de l'évaluation et une personne ressource en promotion de la santé de l'ARS afin d'essayer :

- De recueillir au mieux l'avis des acteurs sans influencer leurs réponses,
- D'avoir des questions et une attitude neutres lors des entretiens, l'objectif n'étant pas de juger les réponses individuelles des acteurs<sup>13</sup>. Au-delà de l'absence de légitimité et d'intérêt

---

<sup>11</sup> L'axe 10 du CLS relatif à la santé des personnes âgées n'avait pas de référent identifié.

<sup>12</sup> La sous-question évaluative 1.2 de l'évaluation était : « *Dans quelle mesure le déploiement d'actions de promotion de la santé prévues dans le CLS est-t-il favorable à la réduction des inégalités sociales de santé ?* »

<sup>13</sup> Parmi les dix caractéristique d'une recherche qualitative défini par S.J. Taylor et R. Bogdan en 1984, deux peuvent justifier cette volonté (bien que ce travail de mémoire ne puisse être identifiée comme une recherche qualitative, éventuellement une démarche qualitative) :

- L'investigateur « ne met pas en avant ses propres croyances, perspectives et prédispositions : rien n'est pris pour avéré ; rien n'est pris d'emblée comme « vérité » »,

d'être dans une telle posture, le fait qu'un acteur ne connaisse pas des termes précis du référentiel d'évaluation ne signifie pas que sa vision n'est ni pertinente ni complémentaire. En outre, les actions visant à réduire les inégalités sociales de santé peuvent recourir à de nombreuses pistes d'actions et l'objectif d'une démarche qualitative est également d'élargir les perceptions.

La posture a donc été travaillée en amont et entre les entretiens. Les guides d'entretiens ont été adaptés suivant différents groupes de personnes (élus, représentant des institutions (hors élus), référents des axes).

Une autre limite de ce travail, mise en avant par différents partenaires est de ne pas avoir approfondi dans la démarche de prise en compte des « professionnels de terrain » et des usagers. Pour la majorité des membres du COTECH, questionner les inégalités sociales de santé sans recueillir l'avis de la population et des personnes au contact des populations les plus défavorisées est un réel biais. Cette démarche auprès des « professionnels de terrain » a été faite pour une thématique précise, la prévention des cancers, dont le contenu est repris dans le rapport d'évaluation du CLS.

### **Prises en compte des inégalités sociales de santé dans le Contrat Local de Santé de la ville de Valence**

Concernant les piste d'actions abordées dans les rapports et les entretiens semi-directifs (celles exposées dans ce mémoire), les données recueillies ont été croisées avec le contenu du Contrat Local de Santé afin d'aborder la manière dont celui-ci agit sur les inégalités sociales de santé. Le manque d'échanges avec les acteurs locaux sur l'analyse des actions mises en place, représente le biais le plus important de ce travail. Par exemple, pour considérer qu'une action agit sur telle stratégie ou utilise telle approche, il est intéressant de croiser les regards en équipe sur l'action. Cela a pu être fait pour une partie du travail mais pas dans son intégralité (pour des raisons de calendrier).

---

- « Pour le chercheur qualitatif, tous les points de vue sont précieux, que ce soit celui de l'adolescent délinquant ou celui du juge » (Pourtois J.-P., Desmet H., 2013).

## 1.2 Déterminants et modélisation des déterminants de l'état de santé : vers une prise en compte des déterminants sociaux de la santé

### Définition des déterminants de l'état de santé

D'après le *Dictionnaire of epidemiology*, « un déterminant est un facteur, qu'il s'agisse d'un évènement, d'une caractéristique, ou de toute autre entité définissable, qui provoque un changement de l'état de santé ou d'une autre caractéristique définie » (Alla F., 2016). Il existe différentes classifications opérationnelles des déterminants de santé :

- Classification selon leurs natures comme celle de Kinding avec des déterminants sociaux, environnementaux, liés au système de santé, génétiques, comportementaux et biologiques.
- Classification selon les interventions : déterminants pouvant être modifiés ou non, déterminants à un niveau proximal ou distal de la chaîne causale<sup>14</sup> (Alla F., 2016).

Pour arriver à la conception actuelle des déterminants de santé différentes modélisation se sont succédées.

### Modélisation des déterminants de l'état de santé : d'une approche biomédicale à la prise en compte des déterminants sociaux de la santé

Jusque dans les années 1970, l'approche biomédicale a été prépondérante pour décrire le lien entre l'état de santé et les déterminants, associant la maladie à un agent pathogène externe contre lequel chacun a une capacité variable à se défendre (Alla, F., 2016). C'est en 1974 que le rapport Lalonde<sup>15</sup>, à l'origine du concept de promotion de la santé, élargit cette conception par la définition de quatre types de déterminants de l'état de santé : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Sans être cité explicitement parmi ces déterminants, c'est une première étape vers la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, puisqu'il est considéré que l'environnement « représente l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun » (Alla F., 2016), (Réseau français des villes-santé de l'OMS, 2015).

A partir des années 1980, de nouvelles modélisations se sont développées, renforçant le poids des facteurs sociaux sur la santé. Parmi ceux-ci le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) a mis en

---

<sup>14</sup> La notion de déterminant sous entend l'existence d'« une relation de cause à effet entre le déterminant et l'état de santé. Cette relation causale peut être unifactorielle et direct ; cependant, en santé publique, elle est plus souvent multifactorielle et indirecte par l'intermédiaire d'une chaîne causale plus ou moins complexe » (Alla F., 2016).

<sup>15</sup> Fait référence au rapport « *Nouvelle perspective de la santé des canadiens* », signé en 1974 par Marc Lalonde en tant que ministre Canadien de la Santé nationale et du Bien-être social.

avant la pluralité des déterminants de santé et l'importance de leur interaction dans le développement des inégalités sociales de santé (figure 2). Ce modèle présente différents niveaux de déterminants : les caractéristiques personnelles individuelles non modifiables telles que l'âge ou le sexe, la sphère des influences sociales et locales, les conditions de vie et de travail (agriculture et production alimentaire, formation, environnement de travail, conditions de travail, chômage, eau et hygiène, service de santé et logement) et les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales globales (Réseau français des villes-santé de l'OMS, 2015).

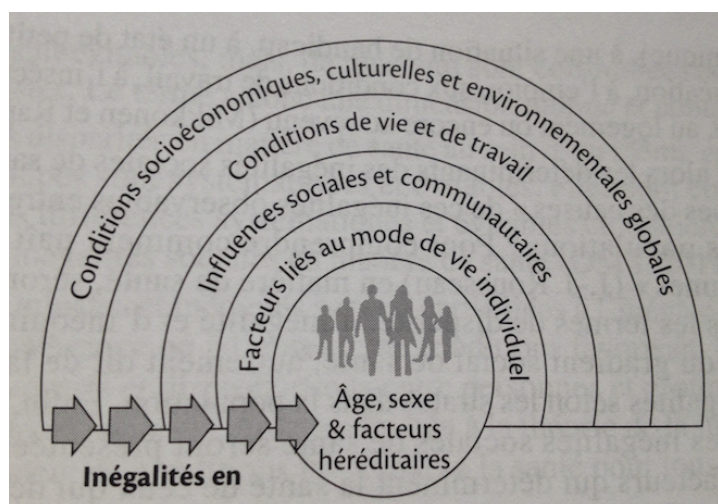


Figure 2 : Modèle des déterminants de la santé de Dahlgren et Whitehead, 1991 (Breton E., Jabot F., Pommier J., Sherlaw W., 2017)

Ce modèle présente l'intérêt de montrer que les inégalités sociales de santé sont socialement construites. Cependant, différentes limites ont été soulevées à ce modèle, principalement le manque de précision dans la définition des interactions entre les différents déterminants de santé<sup>16</sup> (Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, 2015). De nouveaux modèles ont depuis été élaborés, notamment par la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS, créée en 2005.

<sup>16</sup> Dans un rapport examinant les cadres relatifs aux déterminants de santé, le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé a défini trois types de cadres :

- Explicatif (cadre présentant « une liste des déterminants de la santé, précisant parfois leurs contributions relatives »),
- Interactif (« les cadres interactifs aident à cerner les causes systémiques ou fondamentales de différences en matière de santé entre divers groupes de la population, ainsi que les voies par lesquelles ces causes mènent aux inégalités en question »),
- Axé sur l'action (« ils reposent sur les processus de prise de décisions ou d'élaboration de politiques »).

Ce rapport décrit le modèle de Dahlgren et Whitehead comme un cadre explicatif dont le principal champ d'intérêt est d'avoir une « approche générale ». Le modèle de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS de 2007 est classifié comme un cadre explicatif, interactif et axé sur l'action dont le principal champ d'intérêt est « l'élaboration de politiques et la prises de décisions » (Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, 2015).

Le cadre conceptuel défini par la CDSS cherche à mettre en avant la chaîne causale des déterminants de l'état de santé à l'origine des inégalités sociales de santé. Il permet de montrer le poids des déterminants sociaux et structurels, c'est-à-dire « les causes des causes »<sup>17</sup> des inégalités sociales de santé (figure 3), (Alla F., 2017), (OMS, 2010). A partir de ce cadre, un cadre d'action a été défini (figure 4).

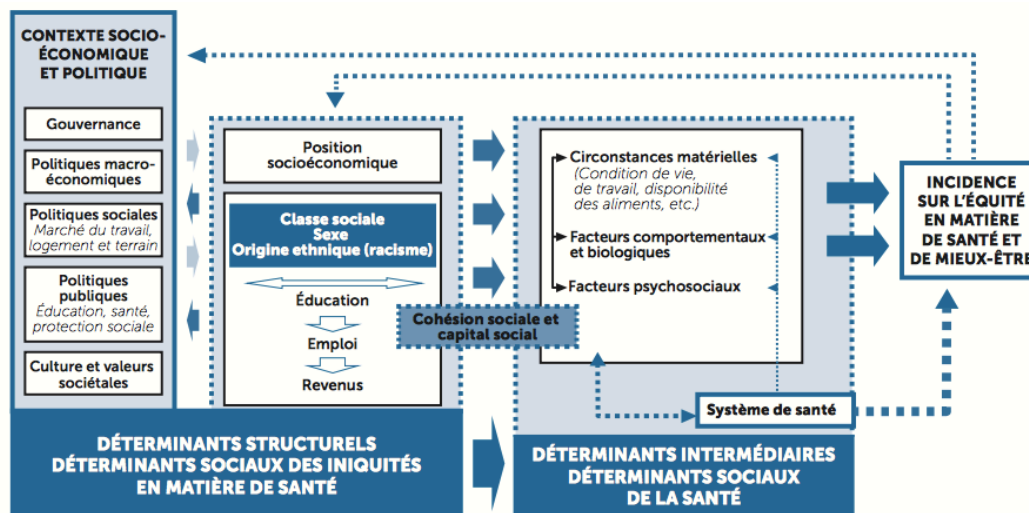


Figure 3 : Cadre conceptuel défini par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS en 2007 (Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, 2015)

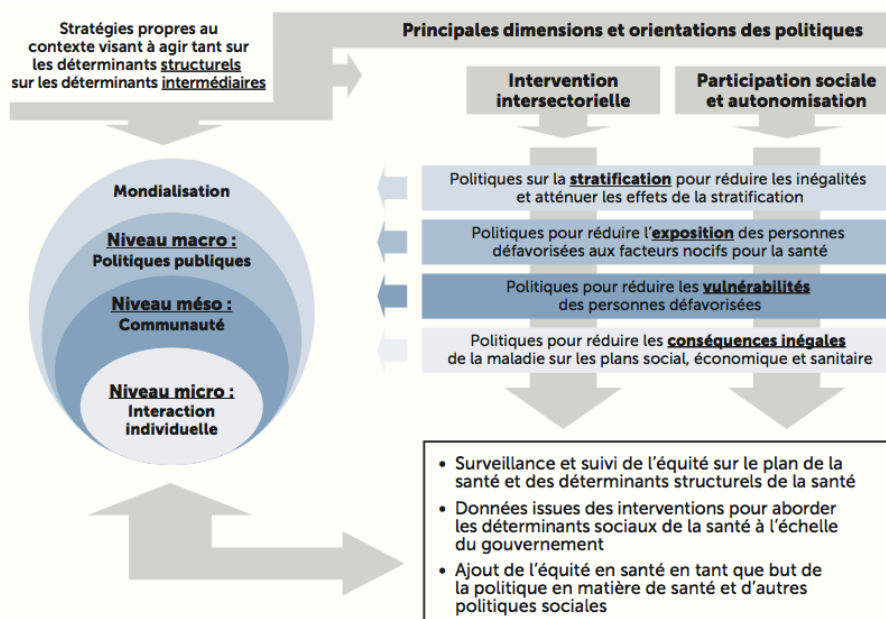


Figure 4 : Cadre d'action à l'égard des déterminants sociaux des inégalités en santé défini par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS en 2007 (Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, 2015).

Ainsi le cadre d'action (réalisé dans des perspectives mondiale, nationale et locale) met en avant quatre niveaux sur lesquels il est possible d'agir :

<sup>17</sup> Les causes des causes peuvent être décrites comme « les facteurs sociaux qui déterminent la façon dont les gens grandissent, vivent et travaillent et vieillissent » (Guichard A., Potvin L., 2010).

- Agir sur les facteurs fondamentaux (déterminants distaux de la chaîne causale des inégalités sociales de santé),
- Réduire l'exposition des personnes défavorisées aux facteurs de surexpositions,
- Réduire les vulnérabilités des personnes défavorisées (notamment en favorisant l'accès aux soins),
- Réduire les conséquences de l'atteinte à la santé sur les plans socio-économique et sanitaire (conséquences sur le travail d'une atteinte à la santé), (OMS, 2007), (Lang T., 2012).

L'intervention sur ces différents niveaux répond à quatre principes d'actions essentiels : adapter les stratégies au contexte d'intervention (contexte sociopolitique), développer des interventions intersectorielles, favoriser la participation sociale et l'autonomisation (ou encore l'*empowerment*) et enfin il « rappelle la nécessité de se focaliser sur les interventions concrètes (action fondée sur une base factuelle pour l'action) et l'importance d'intégrer la santé dans toutes les politiques publiques » (Santé Publique France, 2012).

## **2 Des pré-requis pour la réduction des inégalités sociales de santé : la volonté politique et la connaissance pour agir**

### **2.1 L'existence d'une volonté politique, l'élaboration de politiques publiques saines et le développement d'une approche locale transversale**

#### **2.1.1 Bases théoriques**

##### **Elaborer des politiques publiques saines**

Une politique publique peut être définie comme « l'ensemble des politiques, règlements et décisions des administrations publiques qui façonnent et structurent les conditions de vie des citoyens » (Potvin L., Moquet M.-J., Jones M.). L'élaboration des politiques publiques saines est la première stratégie mise en avant par la Charte d'Ottawa définissant la promotion de la santé dont, rappelons-le, l'objectif est « l'équité en matière de santé ». Elle considère que la santé ne peut être uniquement la préoccupation des responsables politiques et institutions en charge de la santé. En effet, elle doit être pensée dans toutes les politiques publiques comme les politiques sociales, économiques, éducatives, les politiques de l'emploi, des loisirs, de l'environnement, de l'urbanisme et de l'habitat. Cette démarche semble d'autant plus compréhensible au vue de l'importance des déterminants structurels et sociaux sur les inégalités sociales de santé. Il est à noter que cet axe de la charte d'Ottawa concerne l'échelon national mais aussi les échelons régional, départemental et local (Deschamps 2003), (OMS, 1986), (OMS, 2005).

Pour élaborer des politiques publiques saines, quatre stratégies ont été mises en avant (Ridde V., Béland D., Lacouture A., 2017) sur différentes étapes du cycle des politiques publiques<sup>18</sup>. Un gouvernement ne pouvant traiter toutes les problématiques en même temps, les deux premières stratégies sur lesquelles agir sont la mise à l'ordre du jour du problème puis la formulation de la solution. La sélection des problèmes mis à l'agenda politique est la résultante de trois flux :

- Le flux des problèmes : faire considérer que l'enjeu sur laquelle la politique est souhaitée est un problème relevant de l'action publique prioritaire (problématique des inégalités sociales de santé, de certains déterminants spécifiques sur lequel on souhaite agir, etc.),
- Le flux des solutions : montrer qu'il existe des solutions pour résoudre ce problème,
- Le flux de la vie politique : exemple lors d'un changement gouvernemental ou des résultats d'un sondage (Bernier L., Lachapelle G., 2010).

---

<sup>18</sup> Le cycle des politiques publiques peut se découper en cinq étapes : « 1) la mise à l'ordre du jour d'un problème ; 2) sa formulation ; 3) la prise de décision ; 4) sa mise en œuvre ; et 5) son évaluation » (Bernier L., Lachapelle G., 2010)

Les deux autres stratégies proposées sont le partage et l'application des connaissances dans le processus politique et des stratégies pour agir sur les déterminants sociaux de la santé par les politiques locales (Ridde V., Béland D., Lacouture A., 2017).

### **La réduction des inégalités sociales de santé, un objectif qui doit être clairement affiché**

Comme l'a défini Thomas Dye, une politique publique peut être considérée comme « tout ce qu'un gouvernement décide de faire ou de ne pas faire ». En matière d'inégalités sociales de santé, il a été mis en avant que si l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé n'était pas suffisamment pris en compte, une politique de santé publique pouvait avoir comme conséquence l'aggravation de ces inégalités. C'est le cas par exemple de politiques de lutte contre le tabac qui ont permis de faire diminuer la prévalence du tabagisme dans la population générale tout en creusant davantage les inégalités sociales de santé (Potvin L., Ginot L., Moquet M.-J., 2010). Ainsi, définir la réduction des inégalités sociales de santé comme un objectif à part entière des politiques publiques est une recommandation retrouvée dans de nombreux rapports officiels et propos de chercheurs. Par exemple, le Haut Conseil de la santé Publique dans son rapport de 2009 « les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » émet comme proposition d'« afficher clairement l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé » (HCSP, 2009). De même en 2011, l'Inspection générale des affaires sociales précise que la nécessité d'agir sur l'élaboration de politiques publiques saines doit s'effectuer en veillant à l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans les politiques publiques saines élaborées (IGAS, 2011).

### **Elaborer des politiques publiques saines à l'échelle locale, favoriser une approche transversale**

Le rôle majeur que peuvent prendre les villes dans la lutte contre les inégalités sociales de santé est souligné par la définition des Villes-Santé du réseau français des Villes-Santé de l'OMS<sup>19</sup>. Celui-ci promeut en effet la santé dans toutes les politiques locales. Cela s'illustre par le plaidoyer réalisé à destination des élus des communes et de leurs groupements pour agir sur des politiques publiques saines dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé au niveau local (INPES, l'association « Elus, santé publique territoires » et le réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2013). Ce plaidoyer propose plusieurs leviers d'actions : développer une approche locale et transversale, agir sur l'aménagement urbain et le transport, agir sur le logement et agir sur

---

<sup>19</sup> « On définit une Ville-Santé comme une ville qui : améliore constamment la qualité de son environnement, favorise le développement d'une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité, agit en faveur de la santé de tous et réduit les inégalités, développe une économie diversifiée et innovante, donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité » (site internet du réseau français des Villes-Santé de l'OMS).



l'animation locale et la vie associative. Les principaux arguments exposés dans ce document pour développer une action transversale sont :

- Gagner en efficacité par des politiques publiques saines n'intervenant plus de manière isolée (figure 5),
- Développer une plus-value locale, notamment en développant la qualité de vie afin d'améliorer l'attractivité du territoire,
- Avoir un projet politique et social cohérent, sur lequel communiquer (*ibid.*).

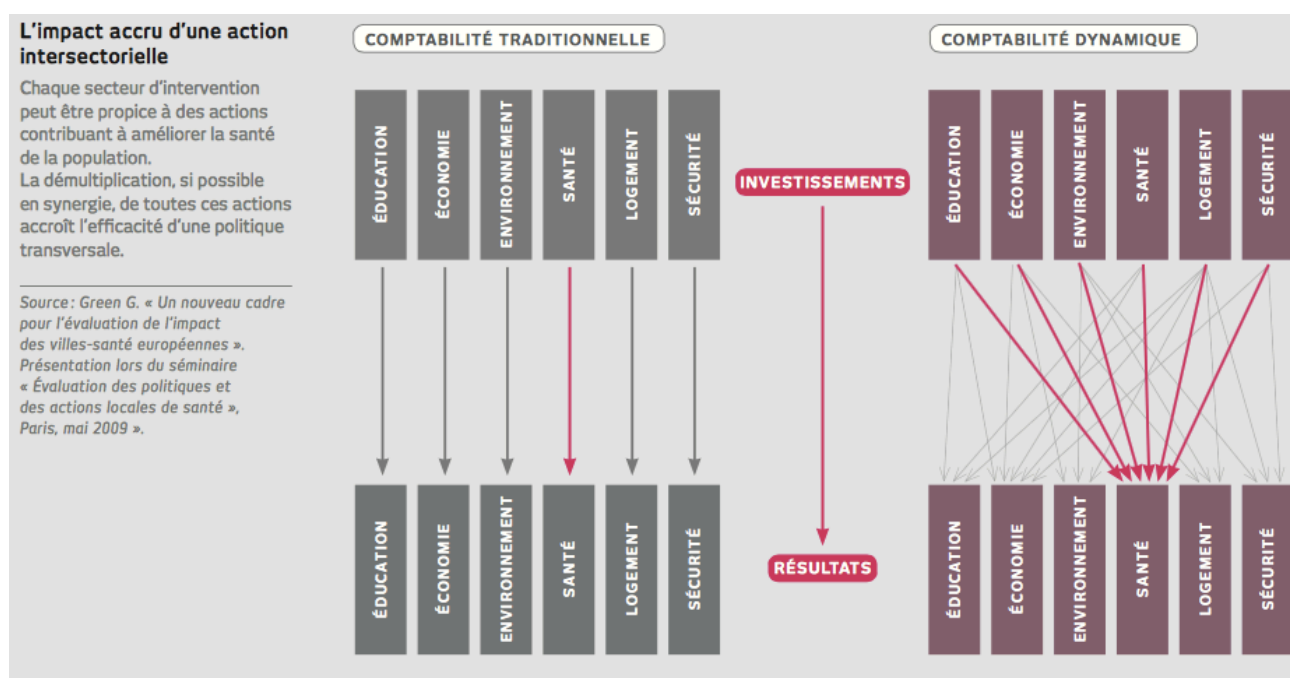


Figure 5 : Les bénéfices d'interventions transversales (INPES, association « Elus, santé publique territoires » et le réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2013).

Ainsi, un travail partenarial entre les secteurs, à l'échelle locale permettra notamment de contribuer à l'objectif d'« améliorer les conditions de vie quotidienne »<sup>20</sup>. L'éducation, l'environnement ou le logement sont des exemples de conditions de vie sur lesquels l'action locale peut avoir un impact (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS, 2008). En 2014, Rantala *et al.* ont mis en avant que la transversalité pouvait être appliquée à différents degrés avec quatre modes de relations entre les secteurs<sup>21</sup>. Différents instruments ont été

<sup>20</sup> « Améliorer les conditions de vie quotidiennes » est une des trois recommandations du rapport « Comblent les fossés en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

<sup>21</sup> L'action intersectorielle en santé au niveau local peut prendre 4 formes : « 1) le partage et l'échange d'informations entre les secteurs ; 2) la coopération grâce à l'optimisation de ressources entre les secteurs pour l'application ou la mise en œuvre de politiques ; 3) la coordination qui implique un travail conjoint entre les secteurs, généralement par la création et l'intégration de relations synergiques et d'un financement partagé ; et 4) l'intégration » (Ridde V., Béland S., Lacouture A., in Breton *et al.*, 2017).

développés en France pour favoriser cette approche transversale tels que les agendas 21 ou les Ateliers Santé Ville (ASV) (Ridde V., Béland S., Lacouture A., in Breton *et al.*, 2017).

## **2.1.2 Regard des signataires du Contrat Local de Santé**

### **Une intervention en santé publique peut creuser les inégalités sociales de santé**

Les acteurs rencontrés rejoignent les données de la littérature en affirmant qu'une intervention en santé publique peut ne pas réduire les inégalités sociales de santé, voir même les creuser. L'importance d'être vigilant à ces inégalités et de les inscrire comme un objectif à part entière de l'intervention est une nécessité. Pour certains, la prise en compte des inégalités sociales de santé doit se faire dès le diagnostic (en amont de la construction d'une politique publique ou d'un programme). Pour d'autres, cette nécessité s'est justifiée pour assurer la pérennité de l'action en cas de changement d'acteurs en charge d'une intervention. Inscrire explicitement l'objectif et les explications nécessaires pour comprendre l'intérêt et la manière de lutter contre ces inégalités est identifié comme un levier pour garder une continuité à l'arrivée de nouveaux acteurs, qu'ils soient décideurs ou techniciens. Enfin, l'importance de l'approche de l'intervention (ciblée, universelle, universalisme proportionné), dont la perception fera l'objet de la partie 3.1 de ce mémoire a été soulignée.

### **L'importance des déterminants sociaux de la santé dans la réduction des inégalités sociales de santé**

Lorsque le sujet des inégalités sociales de santé a été abordé avec les acteurs, une partie d'entre eux a soulevé la nécessité de penser la santé avec une vision large telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé. La place des déterminants sociaux de la santé dans la lutte contre ces inégalités de santé a été soulignée par l'ensemble des acteurs : *« ce sont les déterminants qui nous échappent puisque ce sont les conditions économiques et sociales qui font qu'il y a des inégalités », « pour moi la question central c'est l'emploi. Par exemple, si tout le monde a du travail, avec une somme établie, chacun peut aller faire ses courses, se nourrir, etc. »*. Les « causes des causes » des inégalités sociales de santé et le lien entre les différents déterminants de la santé ont été abordés par les représentants des institutions signataires rencontrés.

### **Agir sur des politiques publiques saines**

En soulignant l'importance des déterminants sociaux de la santé, les acteurs mettent en avant les limites des politiques de santé pour agir seules sur les inégalités sociales de santé : *« ce n'est pas uniquement le CLS ou notre vision d'acteurs avec un regard sur les soins de santé qui vont réduire les inégalités sociales de santé ; nous ne pourrons rendre la personne plus riche ou lui donner du*

*travail. Par contre, nous pouvons agir sur certains déterminants qui ne sont pas ceux de la santé ».* Ainsi, l'environnement (l'accès à l'eau potable, l'action sur la qualité de l'air intérieur et extérieur), le cadre de vie, le développement urbain, les transports, le logement, l'accompagnement affectif, l'éducation, l'accès aux soins et les questions de comportements ont été les principaux sujets proposés pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

### **L'importance du partenariat et de l'action intersectorielle pour développer les politiques publiques saines**

La mise en avant par les acteurs rencontrés des limites des soins de santé dans la lutte contre les inégalités sociales de santé implique un travail en transversalité avec des partenaires dépendants d'autres secteurs ; *« par exemple, si nous ne réussissons pas à faire prendre conscience aux acteurs de l'urbanisme que la façon de penser le quartier et de l'aménager peut avoir un impact sur la santé (...) nous n'arriverons pas à agir sur les déterminants. C'est pour cela que la vision globale de la santé est indispensable et que le travail entre les directions de la ville mais aussi entre les services publics, ou de manière générale avec les partenaires des différents secteurs est essentiel. C'est pour cette raison, qu'au sein du CLS, nous avons cherché à travailler avec d'autres partenaires que la santé ».* Les notions de partenariat et de transversalité ont aussi été abordées dans l'optique de mener des politiques publiques coordonnées, de pouvoir orienter les personnes en fonction de leurs besoins ou encore soulignant la nécessité de mettre en place des relais sur le terrain pour identifier les besoins et demandes des populations cibles et adapter ainsi les interventions.

#### **2.1.3 Une volonté politique de réduction des inégalités sociales de santé : les inégalités sociales de santé comme objectif transversal du CLS**

La volonté politique est un préalable à la contribution d'une politique publique à réduire des inégalités sociales de santé (voir à ne pas les aggraver). Concernant le territoire Valentinois, cette dynamique était déjà enclenchée en amont du Contrat Local de Santé avec notamment l'engagement de la ville de Valence depuis 2010 en tant que membre du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS ainsi que la mise en place d'un Atelier Santé Ville depuis 2004<sup>22</sup>. La signature du Contrat Local de Santé a confirmé cet engagement avec les six autres signataires. En effet, le CLS comprend deux objectifs transversaux visant « à améliorer la qualité de vie des valentinois et réduire les inégalités de santé » (CLS de Valence, p.10). En outre, le Contrat Local de Santé est inscrit dans le Contrat de Ville de Valence Romans Agglo.

---

<sup>22</sup> Les Ateliers Santé Ville sont des dispositifs au croisement de la politique de santé et de la politique de la ville qui ont été créés en 1999 avec la réduction des inégalités sociales de santé comme mission première (Joubert M., Chauvin P. Richard C., in Potvin L. et al., 2010).

En plus de cette inscription de la réduction des ISS comme un objectif à part entière, les entretiens menés auprès des personnes en charge de la construction du CLS en 2012 mettent en avant que cet objectif avait été réfléchi, révélant ainsi une vraie volonté de la part de la ville de Valence et de l'Agence Régionale de Santé), volonté partagée avec les institutions signataires. Au-delà de l'objectif transversal, la lutte contre les inégalités sociales de santé est inscrite explicitement dans différents axes du CLS (axe 1, 7, 8, 9).

#### **2.1.4 L'élaboration de politique publique saine et le développement d'une approche intersectorielle, exemple de l'axe « santé environnement »**

L'axe santé environnement du Contrat Local de Santé est une illustration pertinente de la recommandation de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé préconisant de : « faire de la santé et de l'équité des préoccupations centrales dans l'urbanisme et l'administration des villes ». En effet, la réalisation des différentes actions de cet axe s'est faite en lien avec de nombreux partenaires à la fois institutionnels, associatifs (associations de prévention et promotion de la santé, associations d'usagers, associations de professionnels, etc ...) ou encore d'autres acteurs de la société civile. Différents niveaux de partenariats ont été développés : acteurs associés à titre informatif, en tant que financeur, en tant que concepteur de la stratégie et du pilotage de l'action ou encore à titre opérationnel (tableau 1). L'intersectorialité nécessaire à l'élaboration de politiques publiques saines s'illustre notamment par la diversité des directions de la ville associée aux réalisations. On y retrouve des directions traitant de l'urbanisme et du développement urbain, des espaces verts, de l'enseignement, des sports, de la prévention des risques (périls), de l'informatique, de la police municipale, des commerces ainsi que le cabinet du maire. Cette association est soit à titre informative, soit financière, soit stratégique ou soit opérationnelle.

*Tableau 1 : Tableau récapitulatif du nombre et du type d'acteurs associés dans les réalisations de l'axe n°2 « santé environnement », Contrat Local de Santé de Valence (2012-2017)*

Réalisation de l'axe n°2 « santé environnement »***	Nombre d'acteurs associés					
	(DV)	(A)	(F)	(C)	(O)	Tot
R1 : Développement du logiciel ESABORA	2	1	1	2	2	4
R2 : Amélioration du repérage et du nombre de logement visités	2	3*	5	8*	4	9*
R3 : Participation au comité plomb départemental	1	0	2	4	4	4
R4 : Sensibilisation sur la qualité de l'air intérieur	1	1	2	2	4	5
R5 : Surveillance de la qualité de l'air intérieur dans les lieux accueillants les enfants	3	1	1	3	3	4
R6 : Mise en place de déplacements doux (amélioration attractivité transports en communs, favoriser les modes de déplacement doux, PARCOURA)	5	9**	3	9**	4	19
R7 : Participation au réseau Air Rhône-Alpes au niveau local	1	2*	10*	19*	0	21*
R8 : Actions pour améliorer la qualité de vie des personnes allergiques à l'ambroisie	3*	10*	2	5	5	11

R9 : Mise en place et suivi de bruits du voisinage	3	6	1	1	1	7
R10 : Contrôle des établissements recevant du Publique avec diffusion de musique, mise en place d'actions de sensibilisation au bruit des jeunes et réalisation d'une Charte de la vie nocturne (en cours) avec un volet « bruit »	3	4	-	3	3	4
R11 : Contribution au Plan Local d'Urbanisme sur le volet santé et santé environnement – Plan Déplacement Urbain – Plan Climat Air Energie Territorial	2	4*	3*	4*	3*	7*
R12 : Membre de plusieurs instance (ex : Plan d'intérêt général, Comité de pilotage du Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne)	-					
R13 : Actions de sensibilisation en accompagnement des étudiants de l'IFSI	1	4	-	4	4	4

Données issues de tableaux complété par le service Santé Environnement, Direction Santé Publique de la ville de Valence, 2017.

(DV) Nombre de direction de la ville de Valence associées (y compris la Direction Santé Publique, (A) Associé à titre informatif (courrier informatif, invité à des réunions d'informations), (F) Financier, (C) Concepteur de la stratégie et du pilotage de l'action (choix des objectifs, appartenance au Comité de Pilotage...), (O) Opérationnel : mises-en œuvre de l'action, animation, organisation concrète des actions, (Tot) Nombre d'acteurs associés.

\* Chiffres sous-représentatifs du nombre d'acteurs (par exemple : « diverses entreprises soumises à des taxes de pollution » est compté comme un seul financier).

\*\* Les services de la ville ont été considérés comme « un seul acteur » alors qu'ils ont comptés comme des « acteurs différents » dans les autres catégories.

\*\*\* Le détail des réalisations et de leur atteinte est disponible dans le rapport d'évaluation du Contrat Local de Santé

L'axe « santé environnement » présente ainsi différents exemples d'élaboration de politiques publiques saines permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé tels que l'habitat (lutte contre l'habitat indigne et le saturnisme infantile), l'aménagement urbain (développement de modes de déplacement doux, Evaluation d'Impact en Santé à l'Epervière (EIS), étude parcours urbains pour améliorer la qualité de l'air et favoriser la qualité de l'air intérieur) ou encore l'environnement naturel et sonore.

## 2.2 Du diagnostic à l'évaluation : « mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action »

### 2.2.1 Bases théoriques<sup>23</sup>

#### Du diagnostic à l'évaluation : connaître pour agir et évaluer les politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé

La nécessité de connaître l'état du problème et de mesurer son évolution sont des recommandations retrouvées dans une grande majorité des rapports traitant de inégalités sociales de santé. Ainsi la Commission des Déterminants sociaux de la Santé invite les acteurs à « mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action » (CDSS, OMS, 2008). De même, une des six propositions formulées dans le rapport « les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », est de « se donner les moyens de mesurer les évolutions » (Haut Conseil de la

<sup>23</sup> « Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action » correspond à la troisième recommandation du rapport « Comblent les fossés en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

santé publique, 2010). Pour cela, un des leviers qu'il propose est le développement de moyens de production de données aux différentes échelles territoriales, notamment à l'échelle locale voir à des échelons inférieurs comme les zones IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique). Le fait de connaître la situation à une échelle aussi fine, peut se justifier par le lien existant entre les inégalités sociales et territoriales de santé (HCSP, 2010).

Comme défini par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, « l'évaluation participe à la compréhension des politiques et programmes par la réalisation d'un recueil systématique de données selon une méthode scientifique qui décrit et explicite les opérations, les effets, les justifications et implications sociales de ces politiques et programmes » (Potvin L., Moquet M.-J., Jones M., 2010). Ainsi l'évaluation d'une politique publique présente notamment des intérêts pour légitimer une intervention tant auprès des décideurs que du grand public et de s'assurer ainsi que celle-ci va bien dans le sens de la réduction des inégalités sociales de santé ou du moins n'en crée pas de nouvelles. Cela permet par la suite d'arrêter, de réorienter et/ou de pérenniser l'intervention en question.

### **Evaluation et inégalités sociales de santé**

L'évaluation pour lutter contre les inégalités sociales de santé est reconnue comme essentiel, sans pour autant être évidente à mettre en œuvre, celle-ci incluant une notion de jugement, sur des interventions complexes. L'évaluation des inégalités sociales de santé peut être abordée sous différents critères de besoins, de pertinence, de processus, d'efficacité, d'impact, d'efficience et d'équité. Malgré la complexité d'évaluer la question des inégalités sociales de santé, certains principes ont été identifiés. Ainsi, il est nécessaire que l'intervention bénéficie d'une logique d'action disposant d'un potentiel pour réduire les inégalités sociales de santé, que l'intervention agisse ainsi dans une approche d'universalisme proportionné<sup>24</sup> ou encore qu'il existe des indicateurs prenant en compte les inégalités sociales de santé. D'autres recommandations s'appliquent à l'évaluation en elle-même qui peut également avoir un impact sur les inégalités sociales de santé. Il est conseillé de définir une question évaluative relative aux inégalités sociales de santé, de mettre en œuvre une démarche participative, de prendre en compte le contexte socio-économique et politique dans lequel les populations concernées évoluent et enfin, prévoir

---

<sup>24</sup> Il est à noter que quelque soit la définition de l'universalisme proportionné sélectionnée (concept défini dans la troisième partie du présent document), l'évaluation de ce concept doit se faire en prenant les différentes politiques publiques. Par exemple si une politique locale est menée avec une approche ciblée en complément d'une politique nationale inscrite dans une approche universelle, la démarche peut être considérée comme celle d'universalisme proportionné. L'évaluation de l'intervention doit donc veiller à réfléchir au contexte dans lequel elle s'inscrit.

un mode de partage des résultats, accessibles aux personnes concernées, dans une logique d'appropriation des ces derniers.

Bien que l'évaluation des inégalités sociales de santé soit complexe, notamment en terme d'impact, certaines méthodes montrent un intérêt particulier comme les méthodes « mixtes » ou l'Evaluation d'Impact en Santé (Ridde V., Pommier J., Jabot F., *in* Potvin *et al.*, 2010). L'Evaluation d'Impact en Santé a, en effet, été démontrée comme un moyen de réduction d'inégalités sociales de santé. St-Pierre L. a défini l'Evaluation d'Impact en Santé comme « une démarche structurée et collaborative qui, à l'aide de différents outils et méthodes, mobilise les savoirs de santé publique et d'autres types de savoirs pertinents, afin d'estimer les effets potentiels d'un projet ou d'une politique sur la santé de la population, et la distribution de ces effets au sein de celle-ci, afin de fournir des informations utiles aux décideurs » (Prisse. N, 2010).

### **2.2.2 Regard des signataires du Contrat Local de Santé**

Pour une majorité des acteurs rencontrés, le diagnostic est un prérequis indispensable pour agir sur les inégalités sociales de santé. En effet, connaître la situation de manière fine est perçue comme nécessaire pour agir dessus. En outre, un élément repéré par la majorité des acteurs est de recueillir les demandes de la population cible : *« pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, il faut aussi se mettre à la portée des habitants concernés, il faut les écouter et entendre leurs besoins. C'est essentiel de ne pas arriver avec notre envie de parler d'une chose si les gens sont perturbés par d'autres choses »*. Les acteurs ont illustré leurs propos par différents exemples d'expériences professionnelles antérieures et ont souligné l'importance d'être dans une démarche participative dès le diagnostic. Un autre point soulevé sur la mise en place des interventions et politiques publiques, notamment dans les quartiers politique de la ville, est la co-construction des actions. En effet, tant les acteurs rencontrés dans le cadre des entretiens auprès des signataires du CLS que ceux entendus pour répondre aux différentes questions évaluatives, ont souligné l'importance de la co-construction dans les interventions sur ces quartiers : *« régulièrement, on voit des associations qui nous disent, nous on veut travailler sur tel sujet, donnez-nous du public. Sauf que cela ne marche pas de cette manière, la co-construction dès le début c'est primordial »*.

### **2.2.3 Présence d'une démarche diagnostique et d'observation continue de la santé des valentinois : connaître la situation pour agir (axe n°1)**

L'axe n°1 du Contrat Local de Santé porte sur l'observation continue de la santé des Valentinois, dans l'objectif « d'identifier les besoins en matière de santé à Valence, pour améliorer la santé et

réduire les inégalités sociales de santé ». Ainsi, la démarche d'observation a été mise en œuvre dans une optique de programmer des actions prenant en compte ces inégalités.

Le diagnostic local de santé de la ville de Valence publié en juillet 2013 par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) illustre cet objectif. En effet, il cherche à étudier les déterminants sociaux de la population valentinoise en comparaison au département de la Drôme et à la région Rhône-Alpes (logement, scolarité et niveau d'études, emplois et professions, revenu, précarité...). Certains déterminants environnementaux de l'état de santé ont également été repérés en plus de l'offre de soins et de l'état de santé de la population. Par ailleurs, afin de mieux connaître les disparités, plusieurs approches ont été menées dans ce diagnostic : une approche populationnelle (petite enfance, adolescence et jeunes, adultes, personnes âgées) et une approche par quartier. Concernant les quartiers, une comparaison des données socio-démographiques et de l'état de santé quantitative a été réalisée. En outre, une analyse qualitative de l'accès aux soins des publics les plus précaires a été proposée.

Ainsi, la construction du CLS a pu s'appuyer sur les premiers résultats fournis par ce diagnostic pour orienter et/ou appuyer les priorités partagées. Par exemple, pour l'axe du CLS relatif à l'accès aux soins *via* le développement d'un pôle de santé pluridisciplinaire dans les Hauts de Valence, le diagnostic a confirmé qu'un tel projet répondait bien à un besoin de la population. Le développement de ce pôle de santé pluriprofessionnel visait de maintenir (voir renforcer) l'accès aux soins en faveur des habitants de deux quartiers politiques de la ville (les deux quartiers du Plan et de Fontbarlettes constituant les Hauts-de-Valence font partie des cinq quartiers définis comme appartenant à la politique de la ville à Valence).

Au-delà du diagnostic initial, l'observation de la santé des Valentinois contient des outils de collectes de données permanentes pour assurer un suivi dans le temps et des états des lieux ponctuels sur des thématiques spécifiques (cf. rapport d'évaluation du CLS de Valence, 2017). C'est le cas, par exemple, de l'état des lieux de la santé mentale à Valence effectué par l'Observatoire Régional de Santé avec le soutien de la ville de Valence (janvier 2013 – décembre 2014) qui a permis de poser les bases sur lesquels s'appuie le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM). Il a aussi alimenté la démarche participative réalisée lors du séminaire de préparation du CLSM.



## **2.2.4 Evaluation et évaluation d'impact en santé**

### **Evaluation du Contrat Local de Santé de la ville de Valence**

Une démarche évaluative du Contrat Local de Santé de Valence (2012-2017) a été initiée par la ville de Valence et l'Agence Régionale de Santé en 2016. Lors du cadrage de l'évaluation, le choix a été fait de réaliser une sous-question évaluative sur les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS), allant dans le sens de leurs prises en comptes. En outre, les réponses à d'autres sous-questions évaluatives, portant sur les pistes d'actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé, peuvent nourrir la réflexion sur leur réduction. Il convient de souligner que l'évaluation du Projet Régional de Santé Rhône-Alpes 2012-2017 comporte également une question évaluative sur les ISTS.

Au delà de l'existence d'une sous question évaluative relative aux ISTS, l'évaluation réalisée cherche à :

- Questionner et mettre en avant la théorie d'intervention,
- Réfléchir sur les approches de l'intervention et les stratégies mises en œuvre.

Une approche participative de l'évaluation auprès des populations concernées n'a par contre pas été mise en œuvre. De même, l'approche qualitative a été bien plus développée que l'approche quantitative.

### **Evaluation d'Impact en Santé**

Une Evaluation d'Impact en Santé de l'aménagement du Parc de nature en ville de sept hectares de l'Epervière est en cours depuis 2015 (réalisation entrant dans l'axe n°1 du Contrat Local de Santé). Cette démarche, dont la littérature a mis en avant la plus-value dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, est orientée autour de quatre éléments :

- L'accessibilité au parc,
- Les activités physiques, ludiques et pédagogiques au sein du parc,
- Le bien-être et bien vivre ensemble,
- L'environnement physique et naturel

## **2.3 Développer les connaissances et compétences des acteurs**

### **2.3.1 Bases théoriques**

La formation des acteurs comme le lien entre la recherche et les acteurs de terrain sont des points retrouvés. Ainsi, au niveau mondial, le rapport « Comblent les fossés en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé » pose comme recommandation d'« étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé » (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de

l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008). Au niveau national, l'IGAS en 2012 émet les recommandations de « mettre les connaissances et la recherche au service de l'action » et de « former les acteurs pour qu'ils intègrent le modèle des inégalités sociales de santé dans leurs décisions et leurs pratiques » (Moelleux M., Schaetzel F., Scotton F., Igas, 2011). La démarche de concertation ouverte de la Société Française de Santé Publique de 2015, « Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé » cherche également à faire le lien entre les interventions de terrains, mises-en œuvre par les acteurs, avec un regard de différentes équipes de recherches (Drouot N., SFSP, 20115).

La nécessité de bénéficier de connaissances diverses semble prépondérante pour agir sur les déterminants distaux de la chaîne causale des inégalités sociales de santé. Pour prendre un exemple concret, l'élaboration de politiques publiques saines (stratégie de la Charte d'Ottawa) invite à développer des actions de plaidoyer auprès des décideurs, tel que le lobbying. Il nécessite néanmoins de développer des compétences particulières, permettant de déposer « le bon dossier, au bon moment, sur le bon bureau », dans l'optique de contribuer aux évolutions politiques et sociétales nécessaires pour agir sur « les causes des causes » des inégalités sociales de santé (Société Française de Santé Publique, Fradeau. J.M., 2015).

### **2.3.2 Présence d'une culture commune sur les inégalités sociales de santé : regard des signataires du Contrat Local de Santé**

La présence d'une culture commune sur les inégalités sociales de santé est ressentie entre les différents signataires du Contrat Local de Santé valentinois<sup>25</sup>, relatée dans les propos recueillis : « *les inégalités sociales de santé, j'ai vraiment l'impression que c'est porté sur ce territoire, même si tout le monde ne connaît peut être pas le bon mot. Ce qui est important c'est ce qu'on met derrière et quand on regarde de près dans le CLS j'ai l'impression qu'on retrouve la démarche de réduction des inégalités sociales de santé du début à la fin* ». Sans affirmer que le Contrat Local de Santé a un impact sur la culture commune, certains acteurs soulèvent qu'il permet de s'assurer que les signataires vont dans le même sens en fonction d'un diagnostic et de principes d'actions. De manière générale, la définition d'une stratégie commune, impliquant la présence d'une culture commune, est également considérée comme essentielle pour élaborer des politiques publiques saines. Les acteurs rencontrés précisent que cela implique le développement de partenariats sur les territoires concernés. La place des Collectifs sur les différentes thématiques et l'organisation

---

<sup>25</sup> La même démarche a été faite auprès des référents des différents signataires des axes et sera présente dans les résultats de l'évaluation (cf rapport d'évaluation).

régulière de colloques et conférences a été soulignée comme favorable au développement d'une culture commune. Plusieurs acteurs témoignent cependant que l'existence d'une réflexion commune et le développement d'une stratégie ne peuvent être considérés comme des acquis, invitant ainsi à poursuivre le développement de ces espaces d'échanges.

En outre, quelques acteurs ont souligné l'importance de la formation des acteurs, de manière générale avant de mettre des interventions en place, notamment en éducation pour la santé : « *Dans nos actions on peut être contre-productif, par exemple créer des angoisses en stressant les populations locales. Le message « 5 fruits et légumes par jour » peut être très mal vécu pour quelqu'un qui n'a pas les moyens de le mettre en place, c'est culpabilisant de se dire « je ne suis pas une bonne mère ». On n'est pas tous suffisamment formés aux conséquences des messages qu'on transmet et partout, ce n'est pas spécifique à Valence* ». Cette notion peut également faire référence à la légitimité de l'acteur en éducation pour la santé à agir notamment en ce qui concerne les interventions sur les représentations individuelles.

### **2.3.3 La formation et les échanges sur les inégalités sociales de santé, une dynamique présente au sein de la Direction Santé Publique de la ville de Valence**

Le développement des connaissances et d'espaces d'échanges est une dynamique qui se retrouve dans les pratiques de la Direction Santé Publique de la ville de Valence, sur différentes thématiques. La réponse à la sous-question évaluative relative au Conseil Local de Santé Mentale<sup>26</sup> en est un exemple. Elle met en avant la sensibilisation d'acteurs et l'évolution de leurs représentations sur la santé mentale lors des groupes de travail, de la cellule de veille en santé mentale, des Semaines d'Informations en Santé Mentale ou encore de conférences.

Cette démarche de formation et de réflexion sur les pratiques se retrouve également au sein de la Direction Santé Publique de la ville de Valence sur le sujet des inégalités sociales de santé :

- Par des formations individuelles : par exemple en 2017 formation à la gestion de projet en promotion de la santé d'une référente, participation à l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon sur un module abordant les inégalités sociales de santé d'une autre référente.
- Par des formations collectives : en 2016-2017 l'Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé (IREPS) Auvergne-Rhône-Alpes est intervenue une demi-journée au sein de

---

<sup>26</sup> Sous-question évaluative 2.2 : « *Dans quelle mesure le Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) influe-t-il le partenariat local entre les acteurs sur les questions de santé mentale ?* »

la Direction Santé Publique sur le thème des déterminants de l'état de santé, abordant la question des inégalités sociales de santé.

Enfin, il convient de souligner la participation d'un représentant de la Direction Santé Publique de la ville de Valence au colloque « Villes, CLS et Inégalités sociales de Santé » organisé le 21 juin 2012 par le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS (Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2012).

### 3 Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : des pistes d'actions

#### 3.1 L'universalisme proportionné : la prise en compte du gradient social

##### 3.1.1 Bases théoriques

###### Définition du gradient social de santé

Des différences d'états de santé sont observées entre les personnes de statuts socioéconomiques différents (SSE). Les causes de ces disparités peuvent être dues à un accès moins facile aux différents déterminants de l'état de santé (Centre de collaboration des déterminants de la santé, 2013). Black dans son rapport de 1980 a défini le gradient social de santé comme : « le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en-dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons » (Sen. A, 1980 in Ferron C., 2015). Depuis, les différentes recherches ont confirmé que le lien entre la position sociale et l'état de santé ne concernait pas uniquement les groupes sociaux les plus défavorisés. L'écart en matière de santé se retrouve à chaque échelon socio-économique, formant ainsi le gradient de santé (figure 6 et 7), (Centre de collaboration des déterminants de la santé, 2013).

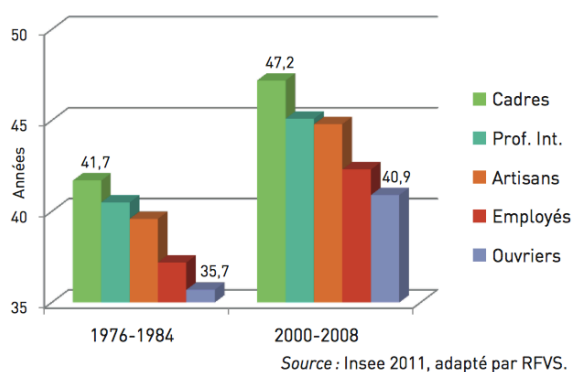


Figure 6 : Espérance de vie des hommes à 35 ans selon la catégorie socio-professionnelle en France 1976-1984 2000-2008 (Réseau français des Villes-santé de l'OMS, 2015).

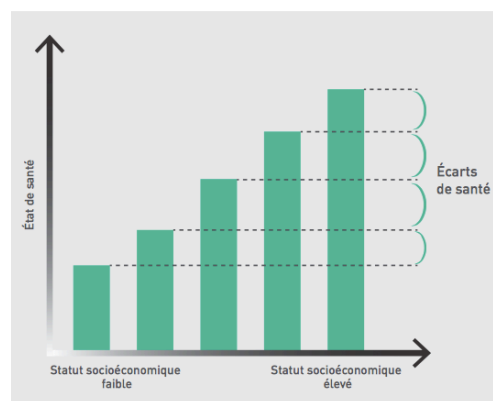


Figure 7 : Représentation théorique des écarts de santé (Centre de collaboration nationale et des déterminants, 2013).

### Approche ciblée et approche universelle/populationnelle

Différentes approches existent pour mener des actions, programmes et politiques de santé publique. L'approche ciblée consiste à mettre en place une intervention<sup>27</sup> à destination d'un public cible. Ce public est souvent défini en fonction de données épidémiologiques ou, de manière plus globale, de données issues d'un diagnostic : l'analyse de la triade « besoins, offres, demandes » étant une démarche classique pour aborder un problème de santé publique (Raimondeau J., 2016). Néanmoins, différentes limites ont été mises en avant pour l'utilisation exhaustive de cette approche. Tout d'abord, le manque de prise en compte de la notion de gradient social de santé est à soulever. Les actions ciblant généralement les populations les plus défavorisées peuvent aller à l'encontre des groupes présentant une situation intermédiaire. Cela pose donc plusieurs questions éthiques : la non prise en compte d'une partie de la population présentant potentiellement des situations de fragilités, le risque de stigmatisation des publics ciblés, accompagné d'une culpabilisation de ces personnes. Le risque d'utiliser exclusivement cette démarche est d'agir principalement sur les déterminants individuels avec une prise en compte moindre des déterminants sociaux et structurels : cela reviendrait à agir sur les conséquences des inégalités et non sur « les cause des causes » (Guichard A., Dupéré S., in : Breton E. *et al*, 2017).

Une deuxième approche que peuvent prendre les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé est l'approche universelle. Cette modalité d'intervention vise à toucher l'ensemble de la population<sup>28</sup>. Elle repose « sur la croyance que tous les membres d'une société devraient avoir un accès équitable aux services de base comme l'éducation et les soins de santé » (Centre de collaboration nationale des déterminants de santé, 2013). Cependant, une intervention universelle ne touche pas l'ensemble de la population de la même manière, pouvant avoir comme conséquence l'augmentation des inégalités sociales de santé<sup>29</sup> (*ibid.*).

---

<sup>27</sup> Une intervention peut être définie comme un « *terme générique désignant une action ou un ensemble organisée d'actions (politique, programme, projet) visant à modifier une situation jugée problématique* » (Breton E., Jabot F., Pommier J., Sherlaw W., 2017).

<sup>28</sup> Ensemble de la population sous-entend sans distinction en fonction du gradient social. L'action peut cependant cibler une population d'un certain âge par exemple, comme c'est le cas dans l'illustration prise dans le paragraphe suivant axé sur la petite enfance (Human Early Learning Partnership., 2011).

<sup>29</sup> Le Centre de collaboration nationale des déterminants de santé illustre l'importance des déterminants influençant le public touché par une action par un exemple concret : « *L'universalisme en principe ne se traduit pas nécessairement par l'universalisme en pratique. Par exemple, l'accès aux espaces verts et à l'activité physique est influencé par des déterminants comme l'éducation, le revenu, le sexe, l'ethnicité et le lieu de vie et de travail* » (Centre de collaboration nationale des déterminants de santé, 2013).

Les limites de ces deux premières approches apparaissent de manière claire dans l'illustration faite dans le cadre des travaux de l'Université de la Colombie Britannique sur l'intégration des principes d'universalisme proportionnée chez les enfants (figure 8), (Human Early Learning Partnership, 2011).

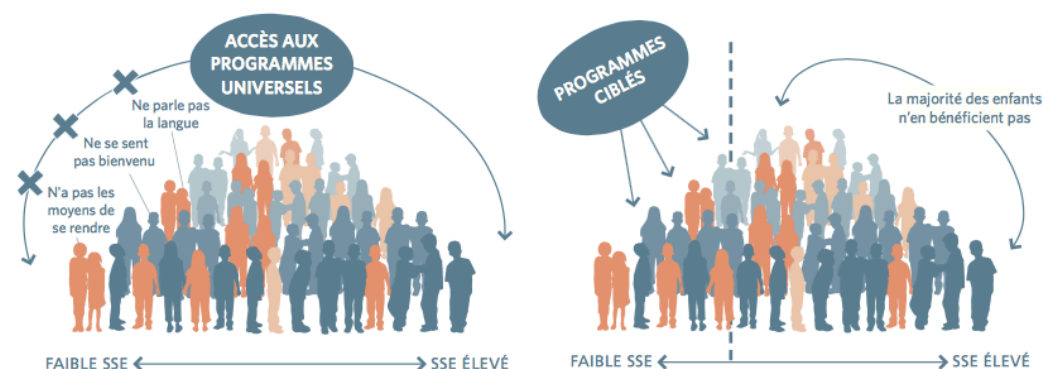


Figure 8 : Programmes universels comparativement aux programmes ciblés (Human Early Learning Partnership, Université de la Colombie Britannique, 2011)

### Approche universalisme proportionnée

Une troisième approche, développée par Sir Michael Marmote en 2010 est celle de l'universalisme proportionné (figure 9)<sup>30</sup>. Selon lui : « viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de la défaveur sociale » (Ferron, 2015).

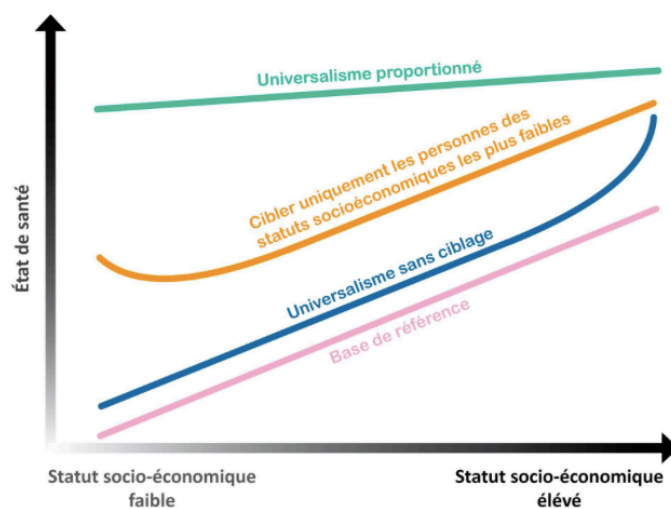


Figure 9 : Représentation théorique de l'effet des diverses stratégies d'atténuation des iniquités en santé (Ferron, 2015)

La mise en place d'interventions d'universalisme proportionné ne se joue pas nécessairement sur le plan quantitatif mais surtout sur le plan qualitatif via une « action différenciée, adaptée,

<sup>30</sup> Le concept d'universalisme proportionné a été développé dans le cadre d'un rapport commandé par le gouvernement britannique à M. Marmot (« Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010 »).

appropriée, sur les déterminants de la santé » (Ferron, 2015). Prenons l'exemple d'une campagne de communication sur les bienfaits de manger des fruits et légumes. Si un groupe de population n'adopte pas un comportement favorable car elle ne comprend pas la langue ou n'a pas les moyens d'acheter les produits conseillés, redoubler le message de communication à destination du groupe n'aura pas plus d'impact qu'auparavant (hormis éventuellement le développement d'un sentiment de culpabilité). Cela rejoint donc la question des leviers et des déterminants sur lesquels agir.

Enfin, il est nécessaire de souligner l'absence de consensus sur la définition précise et l'application concrète du principe d'universalisme proportionné : s'agit-il d'interventions universelles couplées à des interventions ciblées ou d'interventions universelles dont l'intensité est fonction des besoins ou encore de la mise en place d'actions ciblées et/ou proportionnelles aux besoins des sous-groupes de population dans l'objectif d'atteindre la santé pour tous<sup>31</sup> ? (Guichard A., Dupéré S., in : Breton E. *et al.*, 2017).

### **3.1.2 Les différentes approches pour aborder les inégalités sociales de santé : Regard des signataires du Contrat Local de Santé**

#### **L'universalisme proportionné : une notion abordée par tous les professionnels rencontrés avec différentes terminologies et des nuances dans sa mise en œuvre**

Malgré une diversité de terminologie employée pour en parler, l'universalisme proportionné est une approche préconisée par les différents acteurs afin de lutter contre les inégalités sociales de santé. Ainsi le fait de réaliser des interventions « *pour toute la population valentinoise* », avec une attention particulière « *pour les populations les plus démunies* », « *pour les personnes qui ont une vulnérabilité identifiée* » ou encore « *pour certains habitants des quartiers politiques de la ville* » a été soulevé. La notion de gradient sociale de santé est rarement abordée sous ces termes, par contre la prise en compte de l'ensemble des groupes sociaux est notamment préconisée par les acteurs relevant certaines limites à l'approche par quartier politique de la ville.

L'ensemble des acteurs ont affirmé le lien entre inégalités sociales et territoriales de santé. L'intérêt de l'approche par quartier politique de la ville a également été reconnu au vu des indicateurs retenus pour définir ces quartiers (indicateurs prenant en compte les déterminants sociaux de l'état de santé. Certains acteurs insistent particulièrement sur l'importance « *de ne pas stigmatiser et de développer de la mixité sociale* ». La majorité des personnes rencontrées semble

---

<sup>31</sup> Dans cette dernière approche proposée par Powell *et al.*, la définition de l'universalisme proportionnée est d'abord centrée sur l'objectif pour tous avec des possibilités de concrétiser cette objectif par différentes approches dans les interventions mises en œuvre pour l'atteindre Guichard A., Dupéré S., in : Breton E. *et al.*, 2017).

par contre en accord pour affirmer qu'il « *n'y pas pas des pathologies ou des problèmes exclusivement pour les groupes sociaux défavorisés, il s'agit d'un cumul de facteurs défavorables dont la conséquence est la nécessité d'agir sur certaines populations en mettant plus de moyens, plus d'énergie, en développant des actions complémentaires* ».

Enfin la place du Contrat Local de Santé par rapport aux actions ciblées n'est pas exprimée spontanément de la même manière par tous les acteurs. Pour certains, la question de l'universalisme proportionné se pense au sein des différents axes du Contrat Local de Santé. Ceux-ci permettent de mettre en place l'universalisme proportionné soit par des interventions universelles couplées à des interventions ciblées soit par des interventions universelles dont l'intensité est fonction des besoins.

Pour d'autres, l'universalisme proportionné est expliqué à une échelle plus large que le Contrat Local de Santé. Celui-ci permet une intervention universelle dont l'intensité est renforcée sur les populations dans le besoin, principalement par l'approche des habitants des quartiers politiques de la ville. Ces actions du CLS doivent être couplées d'interventions ciblées spécifiquement dans les quartiers politiques de la ville, justifiant notamment d'une réorientation des budgets de la politique de la ville en 2016. En effet, dans cette optique, les actions d'un Atelier Santé Ville devraient être bien distinctes des actions d'un Contrat Local de Santé avec une approche universelle, celui-ci représentant des financements et actions de droit commun.

D'autres acteurs abordent d'eux-mêmes les deux manières de voir l'universalisme proportionné. Quelles que soient les approches proposées, les acteurs estiment qu'il est nécessaire de « *mobiliser le droit commun et si le droit commun ne suffit pas ou que des besoins complémentaires sont identifiés, il faut agir dessus* ». De plus, l'importance d'agir de manière globale, en développant des relais de proximité, n'appartenant pas exclusivement au domaine de la santé à été soulevé, notamment pour les approches ciblées : « *pour atteindre les gens il faut travailler avec les relais de proximité qui ne sont pas les professionnels de santé, par exemple les maisons de quartiers, les assistantes maternelles ou les instituteurs par exemple* ». Le travail mené par la médiatrice santé de la ville de Valence est un exemple d'« *aller vers* » a été retrouvé dans plusieurs entretiens.

### **3.1.3 La prise en compte du gradient social de santé via une approche par l'universalisme proportionnée**

La prise en compte du gradient social nécessite d'interroger le public cible des différentes réalisations du Contrat Local de Santé (tableau 2). On peut observer que différents



Tableau 2 : Tableau récapitulatif des populations cibles des différents axes du Contrat Local de Santé de Valence (2012-2017) avec le détail des réalisations de l'axe n°1.

	Tout public	Public en situation de vulnérabilité sociale	Personne porteuse de maladie chronique	Personnes exposées à des facteurs de risque environnementaux*	Personnes en situation de handicap	Universalisme proportionné	Professionnels
Axe n°1 : Observation continue de la santé des Valentinois	x	x	x	x	x	x	x
R1 : Diagnostic local de santé de la ville de Valence	x	x	x	x		x	x
R2 : Etat des lieux de la santé mentale	x	x	x		x	x	x
R3 : Cartographie de l'exposition aux ondes électromagnétiques	x						
R4 : Suivi de l'évolution de la démographie médicale (approche quantitative)	x	x					x
R5 : Participation aux groupes de travail sur les tableaux de bord départementaux de l'ORS	x	x	x	x	x	x	x
R6 : Evaluation d'Impact en Santé à l'Epervière	x	x	x			x	
R6 : Etat des lieux des besoins et offre pour l'accès à la prévention et aux soins dans les quartiers politiques de la ville (médiatrice santé)		x					x
R7 : Observation locale de la santé par les données de la base BALISES (ARS/ORS)	x	x	x	x	x	x	x
R8 : Suivi de l'évolution du taux de participation au DO du cancer du sein par zone IRIS (DAPC)	x	x				x	
R9 : Suivi par thématique <i>via</i> les rapports d'activités des services de la Direction Santé Publique de la ville	x	x	x	x		x	x
R10 : Fonctionnement des Collectifs thématiques	x	x	x	x		x	x
Axe n°2 : Santé environnement	x	x		x	x	x	x
Axe n°3 : Santé des jeunes	x	x	x	x	x	X	x
Axe n°4 : Politique vaccinale	x	x	x			x	X
Axe n°5 : Actions « parentalité et santé »	x	x				x	X
Axe n°6 : Santé mentale	x	x	x		x	x	X
Axe n°7 : Promotion de la santé	x	x	x	x	x	x	X
Axe n°8 : Accès aux soins - Maison de Santé Pluriprofessionnelle		Ind.	Ind.	Ind.	Ind.		x
Axe 9 : Accompagnement thérapeutique – Maison Relais Santé	x		X		x	x	
Axe 10 : Santé des personnes âgées	x	x	x		x	x	X

\* Environnement est entendu au sens écologique du terme (qualité de l'air, habitat...)

(Ind.) : Indirectement. Le CLS concerne l'accompagnement des professionnels dans un projet qui touchera ces publics cibles.

Charlotte DECROIX

types d'approche sont utilisés dans les différents axes du Contrat Local de Santé. L'ensemble des axes a des interventions à destination de toute la population valentinoise et une approche d'universalisme proportionné, hormis l'axe relatif à l'accès aux soins dans les Hauts de Valence. La mise en œuvre de l'universalisme varie d'un axe à un autre. Ainsi, l'axe relatif à la politique vaccinale met en place des interventions universelles (séances de vaccinations publiques gratuites) avec une intensité en fonction des besoins (séances de vaccinations supplémentaires auprès des Sans Domicile Fixe). L'axe observation continue de la santé lui couple différents types d'approches dans ces réalisations (tableau 2). Le diagnostic local de santé de la ville de Valence prend en compte tous les quartiers de la ville, avec une intensité plus importante pour les quartiers politiques de la ville. En l'occurrence, l'état des lieux des besoins et offres pour l'accès à la prévention et aux soins dans les quartiers politiques de la ville est une intervention ciblée qui vient compléter le diagnostic réalisé dans une approche universelle.

## **3.2 Agir dès le plus jeune âge et tout au long de la vie**

### **3.2.1 Bases théoriques**

#### **Les inégalités sociales de santé, une construction tout au long de la vie**

Différentes études ont montré que les inégalités sociales de santé se développent de manière importante dès les premières années de l'individu puis se perpétuent par un enchaînement de causalité liées à l'influence des déterminants les uns sur les autres (Lang T., 2012). Ainsi, la présence ou l'absence de différents facteurs dans l'enfance (état de santé dans l'enfance, accès aux soins, niveau socio-économique des parents, etc.) aurait des conséquences aux étapes suivantes de la vie de l'individu (accès aux études, relations sociales, etc.), (Lang T., 2010).

Les résultats d'une recherche publiée en 2007 par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), traitant de l'influence de la profession et de l'état de santé des parents sur l'état de santé des enfants à l'âge adulte illustrent ces propos. Les auteurs de cette étude ont posé trois hypothèses afin de tester :

- Directement et indirectement l'association entre le milieu social des parents et la santé des enfants,
- Directement le lien entre la santé des parents et celle de l'enfant (figure 10).

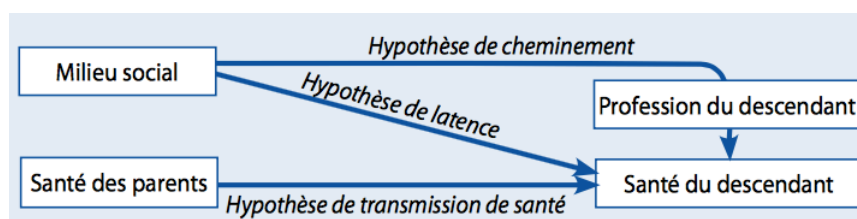


Figure 10 : Représentation schématique des trois hypothèses testées, *Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents* (Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S., 2007)

Les résultats de cette étude ont montré que l'état de santé de l'individu était directement influencé par la profession de la mère et indirectement par celle du père (la profession du père, influençant celle du descendant ayant des conséquences sur son état de santé). L'état de santé des deux parents a également un effet direct sur celui du descendant adulte. Le poids d'autres déterminants et l'enchaînement de causalité sont également mis en avant puisque l'éducation est montrée comme un levier pour rompre ou atténuer l'inégalité sociale de santé à l'âge adulte (Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S., 2007). Différents modèles permettent de montrer l'enchaînement complexe de facteurs de risques entremêlés tout au long de la vie (modèle des périodes critiques, de l'accumulation des risques, des trajectoires)<sup>32</sup> (Lang T., 2010).

### **Agir des l'enfance**

Parmi les stratégies que peut mettre en place une Agence Régionale de Santé pour réduire les inégalités sociales de santé, la périnatalité et la petite enfance ont été identifiées comme l'une des trois entrées clés (INPES, 2008). En effet, les expériences négatives sur la santé dans l'enfance ont un poids pour la suite, d'autant plus que les désavantages se cumulent au cours de la vie. L'enfance est donc une période critique sur lequel il est pertinent d'agir en amont de la construction des difficultés ressenties à l'âge adulte. De plus, comme l'explique T. Lang, le fait de ne pas agir dès l'enfance « revient à déplacer vers les individus le lieu de la responsabilité alors que leurs comportements s'inscrivent dans une perspective de vie, depuis une période de leur vie où la notion de choix individuel ne peut guère être évoquée ». (Lang, 2010).

### **3.2.2 Regard des acteurs sur le développement des inégalités sociales de santé au cours de la vie des individus**

Une majorité des acteurs ont considéré que les inégalités sociales de santé se développaient tout au long de la vie avec des moments décisifs sur lesquels il serait nécessaire d'agir. Les différentes périodes citées, de manière plus ou moins régulières, retracent toute la vie de l'individu : la

<sup>32</sup> Il est important de souligner une simplification que T. Lang suggère de ne pas réaliser en opposant le « processus de sélection » (le mauvais état de santé est déterminant du niveau social défavorisé) et le « processus de causalité » (le niveau social est déterminant dans l'état de santé).

natalité et la périnatalité, les jeunes, les adultes présentant des caractéristiques particulières (parentalité, difficultés sociales, isolement) et les personnes âgées.

La période de l'enfance et la jeunesse prédomine cependant dans les réponses apportées. L'intérêt soulevé d'intervenir précocement est d'agir en amont du développement de ces inégalités : *« les difficultés à l'âge adulte sont bien souvent liées aux difficultés à l'adolescence et les difficultés à l'adolescence sont aussi liées à celles de la petite enfance. Donc plutôt que de rattraper le problème, il faut vraiment intervenir chez les tous petits et aider les parents »*. Dans cette logique, les interventions sur les jeunes ont aussi été estimées importantes, notamment à l'adolescence, *« période où on remet tout en question, (...) où l'individu peut adopter des comportements à risque. C'est vraiment une période essentielle au cours de laquelle on peut encore faire évoluer les trajectoires »*.

Concernant les périodes de vie des adultes et des personnes âgées, elles ont souvent été citées pour certaines périodes charnières sur lesquelles il est possible d'agir. Ainsi dans la trajectoire de l'individu, des moments clés ont été proposés pour agir en fonction de l'environnement et de la situation socio-économique et culturelle de la personne.

### **3.2.3 Agir dès le plus jeune âge, axe n°5 relatif à la parentalité et la santé**

Le Contrat Local de Santé cherche à agir aux différentes périodes de la vie avec des axes transversaux à toutes les tranches d'âges de population (axe 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9) et trois axes spécifiques à des périodes particulières : l'axe n°3 (santé des jeunes), l'axe n°5 (santé parentalité) et l'axe n°10 (personnes âgées).

L'axe n°5 « Santé et parentalité » du Contrat Local de Santé cherche à agir dès le plus jeune âge en accompagnant les parents dans leurs fonctions parentales. La logique de l'action, reprise dans le modèle logique (figure 11) s'articule autour de trois objectifs opérationnels, estimés atteints dans le bilan du Contrat Local de Santé (bilan des objectifs réalisés en amont de l'évaluation). Le premier objectif était de coordonner le réseau de professionnels et bénévoles œuvrant auprès des enfants et des familles pour une meilleure efficacité de l'accompagnement apporté aux familles (mettre les parents au cœur des actions, valoriser les compétences parentales). Cela se fait par l'animation du Collectif Familles, regroupant l'ensemble des partenaires qui travaillent en direction des familles. Ce groupe de travail se réunit régulièrement pour partager des questionnements, organiser des actions répondant aux besoins des usagers, accompagner les équipes de professionnels dans la réflexion et la mise en place d'une politique des familles, selon les principes sous-jacent à ce groupe de travail.

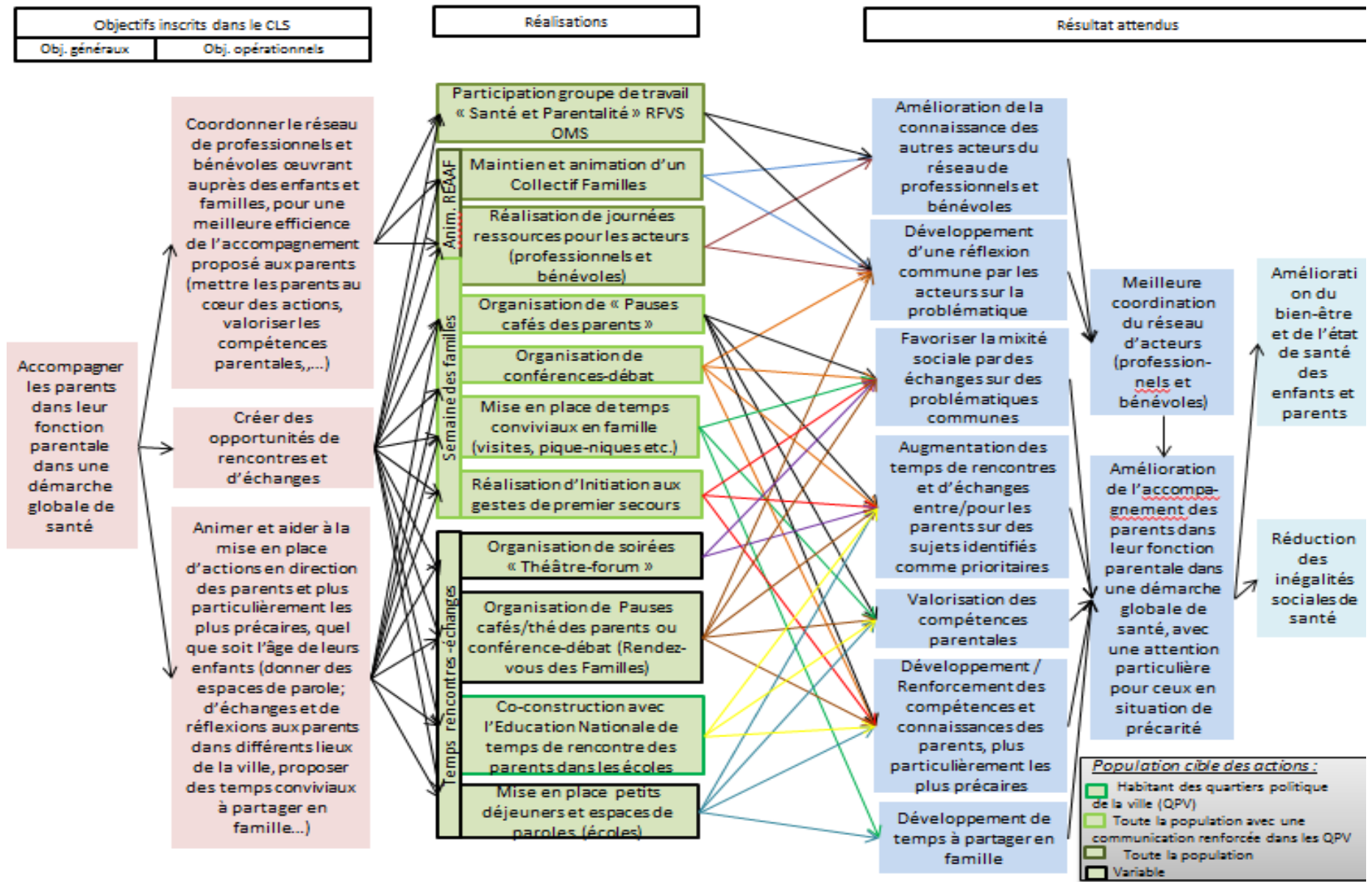


Figure 11 : Modèle logique, axe n°5 « Santé et Parentalité », Contrat Local de Santé de la ville de Valence (2012-2017), (Rapport d'évaluation, 2017)

Charlotte DECROIX



Un autre levier permettant le développement de nombreux partenariats est l'existence du réseau d'Adultes Relais, inscrit dans le cadre des actions de prévention des comportements à risques et à l'usage des toxiques chez les jeunes. Le public de ce dispositif comprend tous les adultes professionnels et/ou bénévoles de la commune, interlocuteurs des jeunes et des familles. Les objectifs de ce dispositif sont :

- Renforcer les capacités d'écoute, de dialogue et d'orientation des adultes (interlocuteurs naturels des jeunes) dans le cadre de la prévention primaire des conduites à risques des jeunes,
- Permettre aux adultes-relais de prendre en charge les situations difficiles auparavant confiées à des professionnels plus spécialisés,
- Mettre en œuvre un facteur démultiplicateur pour la mise en place d'actions de terrain auprès des jeunes et des familles (Ville de Valence, 2014).

Le deuxième objectif était de créer des opportunités de rencontres et d'échanges entre les acteurs locaux, entre les parents, entre les parents et professionnels de l'éducation, de la santé et/ou du secteur social, et entre les parents et enfants. Le troisième objectif était d'animer et aider à la mise en place d'actions en direction des parents, et plus particulièrement les plus précaires, quel que soit l'âge de leurs enfants (donner des espaces de parole, d'échanges et de réflexion aux parents dans différents lieux de la ville, proposer des temps conviviaux à partager en famille). Différents types de réalisations ont permis de réaliser ces deux objectifs opérationnels (figure 11 ci-dessus). Dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé, il est intéressant de souligner que la grande majorité de ces actions est adressée à tous les parents avec une attention particulière pour les familles des quartiers politique de la ville par le renforcement de la communication ou le choix du lieu de réalisation de l'action. Pour certaines, le contenu de l'action a été aussi adapté aux besoins soulevés par les relais locaux.

### **3.3 Inégalités sociales de santé et accès aux soins**

#### **3.3.1 Bases théoriques**

##### **Inégalités sociales de santé et accès aux soins**

Le système de soins peut être considéré comme peu prioritaire dans la lutte contre les inégalités sociales de santé face à d'autres déterminants macro-économiques ou de politiques sociales telles que l'emploi et le logement. Néanmoins, l'accès à la prévention et aux soins est un déterminant social de la santé<sup>33</sup> pour lequel il est nécessaire d'agir dans un objectif d'équité

---

<sup>33</sup> Comme le rappelle la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS : « *Le système de santé est lui-même un déterminant social de la santé ; il influe sur les effets d'autres déterminants sociaux et il est influencé par eux. Le sexe, le niveau d'instruction, la prévention, le revenu, l'appartenance ethnique et le lieu* »

sociale (Lombrail P., Moquet M.-J., in Potvin L., *et al.*, 2010). Deux facettes de l'accès aux soins peuvent être analysées afin de réduire ces inégalités :

- L'accès « potentiel » (la possibilité de se faire soigner),
- L'accès « effectif » (l'utilisation qui est faite de cette potentialité) qui concerne à la fois l'accès aux soins primaires et l'accès aux soins secondaires (Lombrail P., 2010).

Quatre axes peuvent être intéressants à analyser dans l'optique d'interroger l'accès au système de soins : l'accessibilité, la globalité, la continuité ainsi que l'efficacité et la sécurité des soins (Schapman-Ségalié, 2013). Concernant l'accès aux soins, il convient tout d'abord de souligner que les comportements de soins varient suivant les niveaux sociaux notamment pour l'accès à la prévention et aux spécialistes, en défaveur des groupes les plus vulnérables. Les dimensions géographiques, organisationnelles, financières et socio-culturelles semblent avoir une influence particulière sur l'accessibilité au système de santé (*ibid.*). Un défaut d'accessibilité au système de soins peut se traduire par le renoncement aux soins, dont la variation en fonction du gradient social a été montrée. Le renoncement aux soins renvoie à l'idée qu'une personne ne bénéficie pas de soins qui auraient été justifiés par son état de santé. Ces besoins de santé non satisfaits peuvent être jugés nécessaires par la personne elle-même ou par un professionnel de santé. Deux types de renoncements ont été décrits et sont à prendre en compte pour agir : « le renoncement barrière » et « le renoncement refus », en fonction des causes de ce renoncement (Després C, Dourgnon P, Fantin R, Juscot F., 2011), (Légal R, Vigrard A., 2015).

Un autre levier concernant l'accès au système de soins, est la prise en compte de la personne dans sa globalité, c'est à dire dans toutes ses dimensions : biologique, psychologique, socio-culturelle et économique (Schapman-Ségalié, 2013). La prise en compte de ces dimensions est nécessaire pour ne pas influencer les deux types de renoncement suscités<sup>34</sup>.

### **3.3.2 Regard des acteurs : le rôle de l'accès aux soins dans les inégalités sociales de santé**

Les acteurs des institutions signataires rencontrées ont mis en avant que le système de soin n'était pas la cause principale des inégalités sociales de santé. Néanmoins, l'importance de l'accès aux soins a été soulignée comme un enjeu éthique pour le système de santé et comme un levier

---

*de résidence déterminent tous l'accès aux soins, leur efficacité et l'expérience individuelle en tant que patient » (Commission des Déterminants sociaux de la Santé, OMS, 2008).*

<sup>34</sup> La prise en compte de la globalité de la personne peut influencer le renoncement-barrière (exemple : non remboursement de prise en charge de soins concernant la dimension psychologique de l'individu) comme le renoncement-refus (exemple : absence de prise en compte par les soignants des croyances ou de la culture de l'individu).



pour lutter contre les inégalités sociales de santé en parallèle des autres déterminants sur lesquels il faut agir : « *ce ne sont pas les soins qui vont permettre de régler le problème des inégalités sociales de santé : ils ne vont pas rendre les personnes plus riches ou leur trouver du travail. Par contre, nous savons quand même qu'une population plus défavorisée va moins vers les soins, et c'est important de permettre l'accès aux soins* ».

Le fait que chacun puisse accéder aux soins est ainsi perçu comme nécessaire « *pour que les gens se fassent le moins de mal possible tant que les différents problèmes comme l'emploi ou le logement persistent* ». Un cercle vicieux a été décrit montrant que l'accès aux soins fait partie d'une dynamique défavorable globale pour les personnes présentant des difficultés sociales. Ainsi, si une personne est en situation de précarité (impliquant des difficultés financières), elle risque d'avoir un moins bon état de santé, dont la conséquence peut être une difficulté à s'insérer dans le monde du travail. Dans cette logique, favoriser l'accès aux soins pour tous, avec une attention particulière pour les groupes socio-économiques les plus défavorisés permettra de rompre ce schéma. L'importance de réorienter les personnes dans le temps vers un parcours de droit commun a cependant été soulignée, montrant que l'idée d'universalisme proportionné est bien ancrée dans les cadres d'interventions.

### **3.3.3 Agir pour l'accès aux soins, exemple de l'évolution de l'Espace Santé Jeune en Centre Santé Jeunes la santé des jeunes (axe n°3 du Contrat Local de Santé)**

Remarque : Les éléments de contexte sont issus de données recueillies dans le cadre de l'évaluation du Contrat Local de Santé (2012-2017) de Valence. Les méthodologies de recueil de ces données et des limites inhérentes sont exposées dans le rapport d'évaluation (partie 2.1 : « Dans quelle mesure les nouvelles missions du Centre Santé Jeunes mettent-elles en place les conditions favorisant un meilleur accès aux soins et à la prévention pour les jeunes de la mission locale et de l'université ? »). Les données présentées viennent d'entretiens semi-directifs (professionnels du Centre Santé Jeunes, de la mission locale, du chef de service des éducateurs de prévention de la ville de Valence, du directeur de l'Agence de Développement Universitaire Drôme-Ardèche, annexe 3), de rapports d'activités du Centre Santé Jeunes et de l'Espace Santé Jeunes (2012 à 2015) et des Enquêtes Vie Etudiante en Drôme Ardèche réalisées annuellement par l'Agence de Développement Universitaire Drôme-Ardèche (2012-2017). La prise en compte des vigilances méthodologiques exposées dans le rapport d'évaluation est indispensable pour considérer les propos ci-dessous.

### **Renforcer l'accès des soins aux jeunes, un besoin identifié**

C'est devant l'aggravation des problèmes de mal-être et de conduites à risques chez les jeunes ; mais aussi les difficultés qu'éprouvent parents, professionnels et bénévoles qui les côtoient ; ainsi que les problèmes de santé révélés dès les premiers bilans proposés aux jeunes en recherche d'emploi, que la municipalité de Valence s'est impliquée dans la santé des jeunes dès 1985 (réseau d'Adultes Relais en 1985, Point Relais Oxygène 1988, Espace Santé Jeunes en 1993). En amont de la construction du Contrat Local de Santé, différents constats ont donné naissance au projet de transformation de l'Espace Santé Jeunes en Centre de Santé Jeunes (transformation inscrite dans l'axe n°3 du Contrat Local de Santé) :

- Plus d'un tiers des consultations de prévention de l'Espace Santé Jeunes aboutissait à une orientation soit vers un médecin spécialiste ou un examen de laboratoire, soit nécessitait de réaliser une prescription médicale.
- Constat d'une pénurie croissante des médecins généralistes, amenant certains à refuser de nouveaux patients. Ainsi, certains jeunes rencontrés à l'Espace Santé Jeunes n'avaient pas de médecin traitant. Il s'agissait pour beaucoup d'étudiants ou de jeunes en recherche d'emploi, venant de la Drôme ou l'Ardèche.
- Les jeunes font partie des premiers touchés par la crise économique. Une augmentation du renoncement aux soins pour des raisons économiques a été constatée avec des difficultés croissantes pour avancer les frais de consultations et des remboursements par les mutuelles souvent tardifs.

### **Evolution de l'Espace Santé Jeunes en Centre Santé Jeunes**

La transformation de l'Espace Santé Jeunes en Centre Santé Jeunes (CSJ) est un axe fort du Contrat Local de Santé dont l'objectif général concernant les jeunes était de promouvoir la santé des jeunes de 13 à 25 ans. Le CSJ a tout d'abord permis aux jeunes de bénéficier de consultations de médecine générale, de médecine du sport, de soins infirmiers, de gynécologie, de psychologie et de diététique. Le public cible s'est élargi puisque ces consultations se sont ouvertes à tous les jeunes de 16 à 25 ans. Le tiers-payant est réalisé pour tous les jeunes et ceux-ci peuvent déclarer leur médecin traitant. En outre, les actions collectives se sont poursuivies pour les jeunes en recherche d'emploi et les étudiants. Cette évolution s'est accompagnée d'un déménagement du CSJ dans le centre-ville. L'évaluation du Contrat Local de Santé a permis de mettre en avant différents facteurs favorisant l'accès aux soins des jeunes valentinois depuis l'évolution de l'Espace Santé Jeunes en Centre de Santé Jeunes.

### Accès aux droits

Les jeunes venant au Centre Santé Jeunes ont la possibilité de faire un point sur leurs droits (réalisés systématiquement avec les secrétaires) puis ils sont accompagnés dans une optique d'aller vers un parcours de droits communs. Il est constaté que les démarches administratives sont difficilement réalisées par les jeunes qui « *ne savent pas où ils en sont dans leurs droits* ». Différentes causes ont été citées. Tout d'abord, cela peut être dû à des périodes de transition dans la vie du jeune : si jusque-là leurs parents s'occupaient de leurs papiers, certains ont d'importantes difficultés à comprendre le fonctionnement, ainsi un travail presque éducatif est proposé par les secrétaires du CSJ. L'éloignement du domicile ou des périodes de rupture avec les parents peuvent être des freins pour rassembler les pièces nécessaires à la constitution des demandes de droits. Pour d'autres jeunes, la difficulté vient des ruptures de droits liés à des changements de statut (salarié, étudiant, ...). Qu'il s'agisse de reprise d'études, d'une période de recherche d'emploi à la fin de la scolarité ou d'emplois précaires, les parcours des jeunes sont loin d'être linéaires pour tous et nécessitent de l'information sur leurs droits, voir un accompagnement dans leurs démarches. Il est constaté que les informations ne sont pas toujours données ou intégrées, faisant de l'accompagnement une part importante du travail dans l'accueil des jeunes afin d'effectuer le travail administratif de fond correspondant. Les aides à l'ouverture des droits sont également proposées par d'autres acteurs du territoire tel que les assistantes sociales de quartiers ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Certains dispositifs sont accessibles à tous publics, d'autres renforcés pour certains comme les jeunes en recherche d'emploi (exemple du dispositif de la garantie jeune).

En outre, l'accès aux mutuelles pose des questions spécifiques chez les jeunes (notamment étudiants et en recherche d'emploi), dont quatre ont été mises en avant grâce aux entretiens menés :

- Une difficulté pour comprendre les droits que leur ouvrent leurs mutuelles chez de nombreux jeunes,
- Le fait que certains jeunes dépendent encore du foyer fiscal de leurs parents et n'ont pas le droit aux aides (Couverture Médicale Universelle complémentaire, Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé) sans pour autant bénéficier du soutien parental pour acquérir une complémentaire,
- Certaines mutuelles ne comprennent pas dans leur contrat la pratique du tiers-payant. Alors que le jeune cotise pour une mutuelle, le Centre Santé Jeunes ne peut bénéficier de remboursements complémentaires pour les soins effectués,

- L'obligation de souscrire à certaines mutuelles d'entreprise fait que les jeunes concernés ont des couvertures complémentaires pas toujours adaptées à leurs besoins.

La facilitation de l'accès aux droits des jeunes sur le territoire valentinois peut s'illustrer par des données quantitatives relatives aux étudiants. En 2017, parmi les 70 étudiants ayant répondu à la question relative aux droits de « l'Enquête de Vie Etudiante, Etudiants de Drôme-Ardèche » de l'ADUDA, 38,6% qualifiaient l'aide reçue pour mettre à jours leurs droits sociaux comme excellente, 48,2% comme bonne et 10,3% comme passable. Il convient de souligner que les acteurs rencontrés ont mis en avant que la santé n'est pas une priorité chez les jeunes. Ceux-ci semblent en effet recourir tard aux soins et « restent dans l'instant. Une fois qu'un problème de santé est passé, ils ne s'en occupent plus ». Ainsi, quand une démarche d'ouverture des droits est en cours, les jeunes ne se mobilisent pas systématiquement pour qu'elle aboutisse.

### **Accès financier : le tiers-payant pour tous les jeunes de 16 à 25 ans**

Tous les acteurs rencontrés mettent en avant l'intérêt du tiers-payant pour permettre aux jeunes d'accéder aux soins. L'intérêt de la prise en charge intégrale des soins se retrouve pour les consultations de médecine générale (notamment soulevé par les médecins exerçant/ayant exercé une activité libérale) mais aussi pour les consultations hors médecine générale pouvant présenter des dépassements d'honoraires importants (gynécologie) ou ne bénéficier d'aucun remboursement (psychologue) dans le secteur libéral. L'évolution des raisons du renoncement aux soins exprimées lors des « Enquêtes de vie étudiante – Etudiants de Drôme-Ardèche » menées par l'ADUDA vont dans ce sens. Elle montre que, pour les jeunes, le facteur financier a baissé dans les causes de renoncement aux soins. Parmi les répondants à l'enquête ayant déclaré avoir renoncé aux soins en tant qu'étudiant, 53,8% attribuait le renoncement aux soins à des raisons de coût en 2013. En 2015 et 2017, où la question portait sur le renoncement à voir un médecin, le facteur « coût » représentait 16,5% des causes en 2015 et 16,9% en 2017 (sur un nombre respectif de 93 étudiants ayant renoncé/484 répondants, 102/368 et 126/36). Les informations disponibles quant à la méthodologie de collecte des données (modification de la question posée) et les facteurs explicatifs éventuels ne permettent pas de commenter l'évolution du renoncement aux soins.

### **Accès géographique, temporel aux soins**

D'autres leviers ont été identifiés pour favoriser l'accès aux soins des jeunes : l'accès géographique.

Le déménagement du Centre de Santé Jeunes en centre-ville est estimé favorable pour l'accès **géographique** aux soins (à proximité du centre-ville, desservi par les bus, accessible en vélo, avec un parking gratuit, et à proximité de lieux fréquentés par les jeunes). Pour les professionnels de santé du CSJ, le déménagement en centre-ville ne représente pas un frein pour les jeunes de Fontbarlettes<sup>35</sup> qui se déplacent dans le centre. De plus, quelques professionnels estiment que c'est un lieu plus anonyme pour les jeunes filles du quartier de Fontbarlettes souhaitant venir pour des questions de sexualité et de planification familiale. En l'occurrence, les professionnels soulignent que l'ancienne localisation du centre à Fontbarlettes pouvait représenter un frein pour certains jeunes venant des autres quartiers de Valence. Ces propos sont nuancés par un des acteurs pour qui la proximité est toujours un facteur favorisant l'accès aux soins des jeunes du quartier dans lequel il est implanté.

Concernant les **horaires**, les retours des différents professionnels, notamment ceux assurant l'accueil téléphonique des jeunes, peuvent laisser penser qu'ils sont adaptées aux besoins des jeunes : « *c'est sûr, si on était plus ouvert, ils viendraient plus mais on assure déjà des amplitudes horaires assez larges et on trouve toujours un créneau quand ils veulent vraiment un rendez-vous, surtout que nous sommes ouvert entre 12h et 14h deux jours par semaine* ».

Les **délais** de rendez-vous pour bénéficier d'une consultation, notamment pour certaines spécialités médicales sont également considérés comme un point favorable pour l'accès aux soins des jeunes.

### **Représentation des jeunes de leur santé**

La majorité des acteurs rencontrés soulignent la **relation particulière des jeunes avec leur santé**, relation identifiée comme liée à leur âge. Ils décrivent un recours aux soins tardif demandant une consultation dans des délais particulièrement courts. Plusieurs raisons ont été identifiées par les professionnels qui indiquent que « *les jeunes ne sont pas des gros consommateurs de soins* ». Les raisons majoritaires sont que la santé n'est pas une priorité pour les jeunes et qu'ils vont souvent attendre que les symptômes disparaissent. Il peut y avoir aussi un blocage culturel « *lorsque la cellule familiale n'a pas habitué l'enfant à se soigner* » ou un blocage psychologique « *je ne veux pas me reconnaître malade, je suis jeune et fort* ». L'estime de soi a aussi été abordée comme un obstacle aux soins : « *les jeunes qui se négligent, prennent souvent moins soin d'eux. Mais là ce n'est même plus qu'une question de soins, on touche par exemple à l'isolement* ». Enfin, le

---

<sup>35</sup> Fontbarlette est un des cinq quartiers politiques de la ville de Valence, dans lequel était implanté l'Espace Santé Jeunes jusqu'à sa transformation en Centre de Santé Jeunes

manque de temps et la « peur du médecin » sont également des freins évoqués. L'« Enquête de vie étudiante, Etudiants de Drôme-Ardèche » va dans le même sens, puisqu'en 2017, les deux premiers facteurs de renoncement à un médecin évoqués étaient « par manque de temps » (37%) et « j'ai attendu que les symptômes disparaissent » (27,9%).

Un point soulevé régulièrement est **l'aspect éducatif** de l'accompagnement pour responsabiliser le jeune par rapport à sa santé, par rapport à ses droits. Cet aspect se retrouve par exemple dans les rendez-vous donnés. Lorsqu'un jeune prend un rendez-vous, il le demande souvent dans les meilleurs délais. S'il annule le rendez-vous quel que soit le motif, il lui est demandé de prévenir afin de libérer le créneau. Beaucoup de jeunes oublient d'annuler leur rendez-vous non honoré. L'annulation des rendez-vous est un axe sur lequel travaillent les professionnels du Centre de Santé Jeunes dans l'optique de responsabiliser les jeunes. Ainsi, ils sont systématiquement rappelés lors d'un oubli. S'ils ont oublié plusieurs rendez-vous, lors de la prise du prochain, ils sont invités à l'honorer ou à prévenir en cas d'imprévu en expliquant les conséquences de l'absence (place prise pour un autre jeune dans le besoin, respect des professionnels). Par contre un rendez-vous ne peut être refusé pour un jeune en demande sous prétexte d'oubli.

### **Prise en charge globale des jeunes et continuité des soins**

En outre, le fait de travailler en équipe **pluridisciplinaire** permet d'avoir une vision **globale** du jeune, de proposer des bilans de santé par les professionnels de la structure, de déclarer un médecin traitant et d'orienter la personne d'un professionnel à l'autre. Les jeunes venant pour un problème précis peuvent donc être amenés vers une prise en charge adaptée à leurs besoins, notamment sur des démarches qu'ils n'auraient pas entreprises de lui-même. C'est le cas notamment de la diététique, la psychologie ou la gynécologie. Il existe un bon réseau de soins pour orienter les jeunes, notamment au niveau hospitalier. Néanmoins les professionnels soulignent des difficultés d'orientations vers certaines spécialités médicales, notamment lorsque le jeune n'a pas ses droits à jour. Les difficultés concernent principalement l'ophtalmologie et dans une moindre mesure la santé bucco-dentaire.

### **Accès aux soins des jeunes : une variable liée à l'offre de soins sur le territoire**

Il est possible de penser que la démographie de professionnels sur le territoire a une influence sur la consommation de soins. Ainsi, la diminution du temps de psychologue a pu aller en défaveur de l'accès à ses prises en charge<sup>36</sup>. A l'inverse, le développement du temps de médecine générale ou

---

<sup>36</sup> Il est à noter une augmentation de l'activité jusqu'au second semestre 2015 : le nombre d'entretiens a augmenté de 60% entre 2010 et 2015. A partir de 2015 l'activité du Point Relais Oxygène assuré jusque-là par deux psychologues à temps plein s'est restructurée en un seul poste.

de gynécologie favorise l'accès à ces soins. De même, une diminution des effectifs du nombre d'éducateurs de prévention sur le territoire entre 2012 et 2017 ne va pas en faveur d'un meilleur accompagnement des jeunes les plus éloignés du système. Par contre, la mise en place d'une médiatrice santé permet d'accompagner les populations les plus en difficulté sur les quartiers du contrat de ville. Attention, les éducateurs de prévention et la médiatrice santé, tout comme le médecin généraliste, la gynécologue et la psychologue ne font pas un travail que l'on peut comparer mais qui est complémentaire. Il est d'autant moins pertinent de les comparer que les sources de financements ne sont pas les mêmes.

Le Centre Santé Jeunes permet actuellement des prises en charge dans des délais relativement rapides par l'ensemble des professionnels proposés. Si le développement de ce centre se poursuit, il faudra être vigilant à ce qu'il puisse tout de même absorber la demande pour continuer de favoriser l'accès aux soins des jeunes comme il le fait actuellement.

**Une volonté de la ville de Valence en partenariat avec l'université : permettre à tous les jeunes d'avoir accès aux soins, vers une logique d'universalisme proportionnée ?**

Aucune avance de frais n'est demandée aux jeunes, qu'ils aient leurs cartes vitales et papiers de sécurité sociale/mutuelle sur eux ou pas, qu'ils aient souscrit une couverture complémentaire ou non. Pour les jeunes atteignant l'âge de vingt-cinq ans, ou n'ayant pas de droits ouverts une flexibilité existe si aucune solution n'est possible pour leur permettre d'accéder à des soins. Cela montre une volonté politique afin de permettre aux jeunes d'accéder aux soins. Le fait d'avoir ouvert les consultations médicales à tous les jeunes est un vecteur intéressant pour lutter contre les ruptures de parcours lors des changements de statut, le jeune pouvant bénéficier d'informations sur ses droits et accéder aux mêmes professionnels. De plus, cela permet de proposer des soins à tous les jeunes de la population cible (approche universelle) avec une approche renforcée pour certains groupes de jeunes présentant des besoins supplémentaires identifiés (approche ciblée pour les jeunes en recherche d'emploi par exemple). La question de l'accès aux soins des jeunes en situation de grande précarité a été peu approfondie et mériterait d'être creusée afin de pouvoir observer l'universalisme proportionné dans toutes les dimensions des groupes ayant des besoins spécifiques.

### **3.4 Agir pour lutter contre les inégalités sociales de santé : pistes d'actions complémentaires**

**Pistes d'actions complémentaires : exemple du Conseil Local en Santé Mentale**

D'autres pistes d'actions existent pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Certaines d'entre elles ont été interrogées dans le cadre de l'évaluation du CLS et les recommandations

inhérentes sont exposées dans le rapport d'évaluation de la ville de Valence. C'est le cas notamment de la question des partenariats abordée dans la seconde question évaluative : « *Dans quelle mesure le CLS influe-t-il sur la coordination des acteurs locaux ?* »<sup>37</sup>. Une des sous-questions évaluatives a interrogé l'intérêt du développement du Conseil Local en Santé Mentale sur le partenariat local. Le cadre d'action de cet axe est reconstitué dans le modèle logique (figure 12).

Remarque : Des données principalement qualitatives ont été recueillies, en fonction du référentiel d'évaluation pour répondre à cette sous question évaluative. Ainsi, huit entretiens semi-directifs ont été menés auprès de treize acteurs : la coordinatrice du CLSM, un représentant administratif et un médecin du Centre Hospitalier le Valmont, un représentant de l'Agence Régionale de Santé, des représentants d'associations ayant intégré à différents moments le CLSM depuis sa création (associations d'usagers, de familles d'usagers, de professionnels accompagnant des usagers, association d'éducation et de promotion de la santé). En complément, des données ont été extraites des rapports d'activités et documents mis à disposition.

La prise en compte des éléments exposés ci-dessous nécessite la lecture des précisions méthodologiques inscrites dans le rapport d'évaluation, présentant les limites de la démarche.

Les conclusions de cette sous-question évaluative permettent tout d'abord de montrer que Le Conseil Local en Santé Mentale est un moyen de renforcer la connaissance des acteurs entre eux et leurs rôles sur un territoire déjà très dynamique. Il permet d'inclure les élus dans le partenariat afin d'inscrire la santé mentale à l'agenda politique, même si le renforcement de leur participation aux groupes de travail est recommandé afin d'aller plus loin dans le décloisonnement entre les secteurs d'activités (et l'élaboration de politiques publiques saines). En outre, l'association de certains acteurs tels que les médecins généralistes et les personnes présentant des problèmes de santé mentale serait à renforcer. Le rôle pivot de la coordinatrice du CLSM pour fédérer les acteurs a également été souligné.

Ensuite, l'évolution des représentations de la santé mentale et de la psychiatrie par les acteurs du CLSM, les professionnels et la population générale a été soulevée comme un levier d'intervention pour aller vers l'intégration du citoyen dans la cité. L'évolution des représentations des différents

---

<sup>37</sup> Les trois sous-questions évaluatives portent sur :

- Le rôle des référents de chaque axe pour fédérer les acteurs sur les actions de l'axe concerné,
- L'influence du Conseil Local en Santé Mentale sur le partenariat local entre les acteurs sur les questions de santé mentale,
- L'influence de la Maison Relais Santé sur les liens entre les acteurs locaux dans une approche globale et pluridisciplinaire.



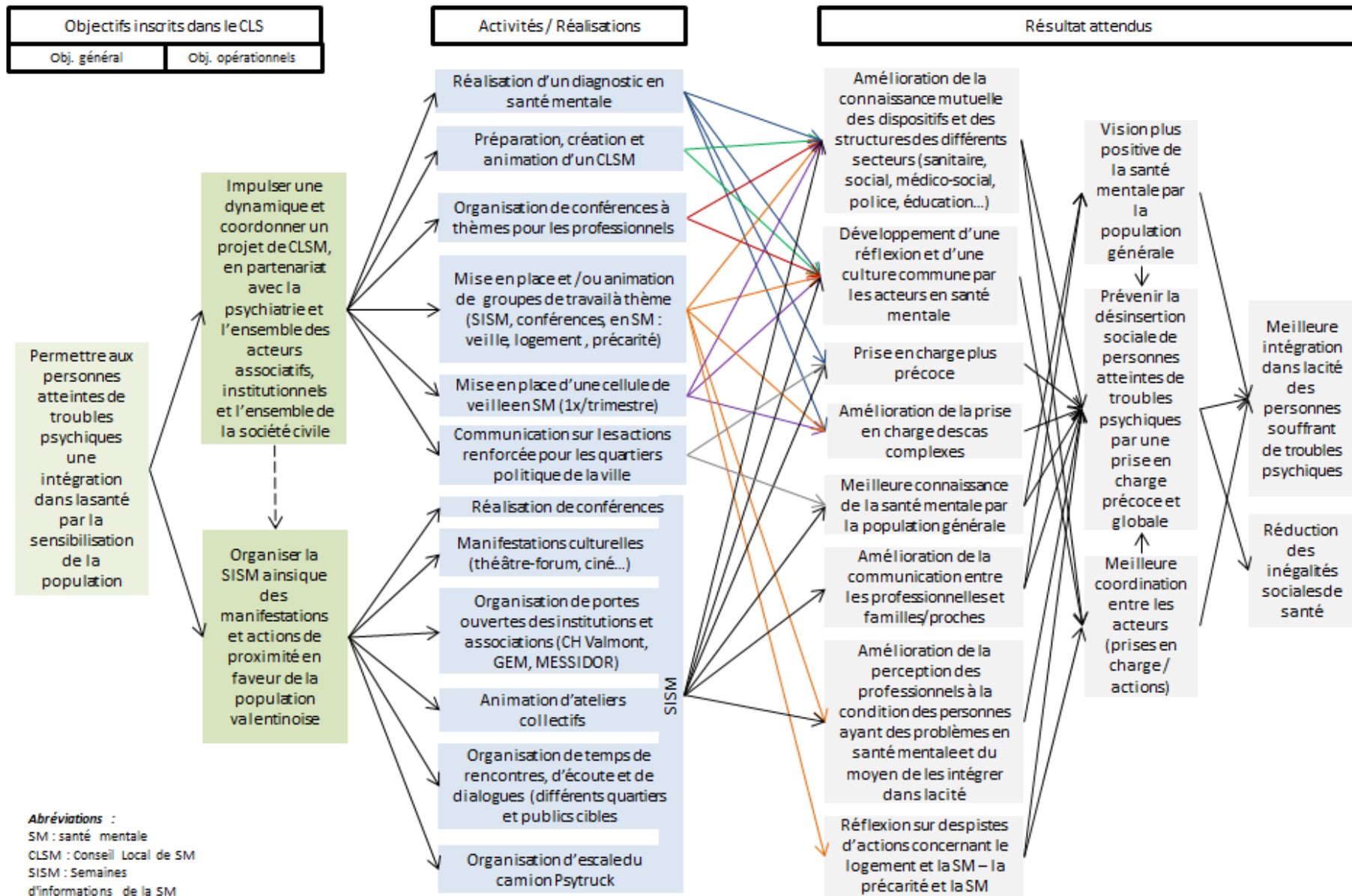


Figure 6 : Modèle logique de l'axe n°6 « santé mentale » du Contra Local de Santé de Valence (2012-2017), (Rapport d'évaluation du Contrat Local de Santé, 2017)

Charlotte DECROIX

acteurs du CLSM et les regards complémentaires semblent être une réelle plus-value du Conseil Local en Santé Mentale. Le fort investissement du CLSM par les acteurs locaux montre qu'il répond bien à un besoin. La création du CLSM a cherché, à partir des problématiques ciblées par les participants, à penser ensemble les questions de santé-mentale et développer des actions de co-construction, comme celles réalisées lors des Semaines d'Informations sur la Santé Mentale. Pour les différents groupes de travail mis en place, notamment les plus nombreux (exemple : celui relatif au logement et à la santé mentale), il serait pertinent d'orienter le CLSM vers des actions opérationnelles afin de ne pas essouffler la dynamique actuelle en cherchant des solutions concrètes<sup>38</sup>. Enfin l'intérêt et les limites de la cellule de veille en santé mentale ont pu être mis en avant. Celle-ci permet de coordonner les acteurs autour de situations complexes afin de réfléchir à des solutions et de permettre aux participants de mieux comprendre la situation. Il est cependant nécessaire que les acteurs rassemblés autour de cette cellule de veille (surtout ceux n'appartenant pas au champ de la santé mentale) aient conscience de certaines limites des solutions trouvées face à la réalité du terrain et aux problématiques de santé mentale pour lesquels il est essentiel de définir des objectifs atteignables.

Ainsi, l'axe santé mentale du CLS dans lequel était inscrit la création d'un CLSM à Valence semble aller dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé tant par les leviers exposés dans les parties précédentes de ce travail (exemple : agir sur des déterminants de la santé tel que le travail, le logement, le lien social) que sur d'autres leviers comme le partenariat (figure 12).

### **Autres pistes d'interventions pour lutter contre les inégalités sociales de santé complémentaires**

De même que la question du partenariat dans le Contrat Local de Santé, certaines stratégies d'actions de promotion de la santé, ont été très peu abordées dans les entretiens avec les acteurs et/ou n'ont pas été mises en avant dans ce mémoire. C'est notamment le cas de la cinquième stratégie définie dans la charte d'Ottawa, la réorientation des services de santé. Cette stratégie trouve son application dans le développement de la Maison Relais Santé, dispositif novateur en France. La notion d'*empowerment* et le renforcement de l'action communautaire sont également des pistes d'actions qui ont été peu développées, pourtant présente dans le CLS. Les résultats de l'évaluation ont néanmoins cherché à interroger les différentes stratégies d'éducation pour la santé mise en œuvre dans le cadre de la prévention des cancers féminins. Les résultats de l'évaluation, non exposés dans leur intégralité dans ce document, sont donc complémentaires à ce travail.

---

<sup>38</sup> Détail de la recommandation disponible dans le rapport d'évaluation du CLS de Valence.

## Conclusion

La lutte contre les inégalités sociales de santé, inégalités non seulement « inutiles et évitables » mais aussi considérées comme « injustes et inéquitables » (Wihthead 2006 cité par Pascal J., Lombrail P., 2016) doit être un objectif à part entière des interventions mises en œuvre. La diversité et l'interconnexion des déterminants sur lesquels agir pour réduire ces inégalités ainsi que la complexité des interventions concernées rendent l'impact des politiques publiques sur les inégalités sociales de santé difficilement évaluable. Néanmoins, les différents travaux de recherche ont permis de mettre en avant certains faits sur lesquels s'appuyer comme la nécessité de prendre en compte le gradient social de santé dans les interventions mises en place.

Le Contrat Local de Santé de la ville de Valence semble aller dans le sens de la réduction des inégalités sociales de santé par différents leviers. En effet, l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé est clairement affiché dans le CLS et partagé par les signataires. Ceux-ci estiment avoir une certaine culture commune sur ce sujet. Il existe actuellement des espaces d'échange et de partenariat sur le territoire qui sont essentiels à conserver.

Si au premier abord certains acteurs ont perçu le Contrat Local de Santé comme un outil limité pour réduire les inégalités sociales de santé, se questionnant sur ses capacités à agir sur les déterminants sociaux et structurels de la santé ; l'approfondissement du sujet montre que ces déterminants sont pris en compte dans différents axes. Par exemple, la problématique du logement se retrouve dans l'axe relatif à l'environnement et la santé mentale ou encore la question de l'éducation est abordée dans l'axe parentalité et santé. Le fondement du Contrat Local de Santé sur un diagnostic local de santé et la mise en place d'une démarche d'observation de la santé des valentinois en fonction de certains objectifs sont également des éléments clés.

Concernant l'approche des interventions, la notion d'universalisme proportionné est bien présente même si son interprétation peut varier suivant les acteurs. En effet, encore actuellement, il semble difficile de trancher sur cette interprétation puisque les données probantes ne semblent pas favoriser une manière d'appliquer sur le terrain ce principe.

Enfin, il convient de souligner que le Contrat Local de Santé cherche à agir tout au long de la vie des individus avec une attention particulière pour certaines populations dont la petite enfance et la parentalité.

Dans la perspective d'un Contrat Local de Santé 2 sur le territoire valentinois, la poursuite de la dynamique actuelle semble donc à privilégier, même si des éléments d'évaluations complémentaires seraient nécessaires afin de pouvoir être plus précis dans l'analyse de certaines pistes d'actions. De plus, il serait pertinent d'explicitier dès l'écriture du Contrat Local de Santé la logique d'intervention et les déterminants ciblés par celle-ci.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrage :

Alla F. (2016), « Les déterminants de la santé », in Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (dir.), *Traité de santé publique (3<sup>ème</sup> Ed.)*, Paris, Lavoisier.

Basset B. (dir.), (2008), *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*, Saint-Denis, INPES « Varia ».

Breton E., Jabot F., Pommier J., Sherlaw W. (dir.), (2017), *La promotion de la santé Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Pascal J., Lombrail P., (2016), « Inégalités sociales de santé », in Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (dir.), *Traité de santé publique (3<sup>ème</sup> Ed.)*, Paris, Lavoisier.

Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (dir.), (2010), *Réduire les inégalités sociales de santé*, Saint-Denis, INPES « La santé en action ».

Pourtois J.-P., Desmet H., (2013), *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines : Réflexions sur les méthodes à adopter dans l'étude de la psychologie sociale*, Mardaga « Psychologie Et Sciences humaines ».

Raimondeau J., (2016), *L'épreuve de la santé publique (2<sup>ème</sup> Ed.)*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Réseau français des Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (2015), *Agir sur les déterminants de la santé, les actions des Villes-Santé*, Rennes, Presses de l'EHESP.

## Articles de revues :

Blanpain N. (2016), « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *Insee Première, Institut national de la statistique et des études économiques*, n°1584, 4p.

Després C., Dourgnon P., Fantin R., Juscot F. (2011), « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *IRDES Questions d'économie de la Santé*, n°169, 7 p.

Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. (2011), « Le renoncement aux soins pour des raisons financières : une approche économétrique », *IRDES Questions d'économie de la santé*, n°170, 6 p.

Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. (2007), « Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parnts », *IRDES Questions d'économie de la Santé*, n°118, 5p.

Dupin C. M., Breton E., Kivits J. *et al.* (2015), « Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique », *Santé Publique*, vol. 27, n°5, pp. 653-657.

Lacouture A., Satilmis L. (2017), « L'après 30 ans de la Charte d'Ottawa : « gueule de bois » ou bonnes résolutions ? », *Santé Publique*, vol. 29, n°3, pp. 309-310.

Lang T. (dir.), (2010), « Les inégalités sociales de santé », *Actualité et dossier en santé publique*, vol n°73, 57p.

Marmot M., Allen J. (2014), « Inégalités en matière de santé en Angleterre : politique récente et éléments de preuve », *Les Tribunes de la santé*, vol. 43, n°2, pp. 23-30.

Migaud D. (2013), « *Les cinq défis de l'évaluation* », *Revue française d'administration publique*, vol. 148, N°4, pp 849-858.

Rochaix L., Tubeuf S. (2009), « Mesures de l'équité en santé : Fondements éthiques et implications », *Revue économique*, vol. 60, n°2, pp. 325-344.

### **Rapports et actes de colloques :**

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (2011). *Universalisme proportionnée (synthèse)*. Human Early Learning Partnership, Université de la Colombie-Britannique, 4p.

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013). *Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en*. Antigonish (N. É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 6p.

Centre de ressources et d'échanges pour le développement social urbain en Rhône-Alpes (2010). *De l'Atelier santé ville au Plan local de santé, vers une consolidation des dynamiques territoriales en santé. Synthèse des Ateliers permanents Janvier-Juin 2010*. Lyon, CRDSU, 19p.

Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, (2009), *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 260 p.

Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, (2015). *Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé*. Canada, Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, 80p.

Ferron, C. (2015) *L'universalisme proportionné : De quoi parle-t-on ? Comment peut-il être mis en œuvre concrètement ?* Diaporama de séminaire d'échange entre acteurs « partageons nos expériences pour agir sur les inégalités de santé ». Société Française de Santé Publique.

Haut Conseil de la santé publique, (2009), *Les inégalités sociales de la santé : sortir de la fatalité*. Paris, Haut Conseil de la santé publique, 99p.

Institut National de santé publique du Québec, (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent ?* Québec, 95p.

INPES, Elus, Santé Publique & Territoires, Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé, (2013). *Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale*, 12 p.

Moelleux M, Schaetzel F., Scotton C. (2011). *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'actions*. Inspection générale des affaires sociales, 124 p.

Organisation Mondiale de la Santé, (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève, OMS, 6 p.

Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS (2012). *Villes, CLS et Inégalités Sociales de Santé. Actes du colloque du 21 juin 2012*. RFSV de l'OMS, 42p.

Schapman-Ségalié, S. et Lombraïl, P. (2014). *Etude sur l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les inégalités Sociales et territoriales de santé en Ile de France : Résumé de la phase d'analyse du contenu des contrats. Résultats de la phase Qualitative*. Paris. Université Paris 13, 116 p.

Société Française de Santé Publique (2015). *Séminaire d'échanges entre acteurs « partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé »*. Actes de séminaire du 17 et 18 mars 2015. Société Française de Santé Publique, 68p.

Société Française de Santé Publique (2014). *Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé*. Société Française de Santé Publique, 57p.

### **Textes législatifs :**

République Française. *Constitution*. Disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution> [consulté le 16 aout 2017]

République Française. *Constitution. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789*.

Disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789> [consulté le 16 aout 2017]

République Française. *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. Disponible sur Internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> [consulté le 16 aout 2017]

République Française. *Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. Disponible sur Internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> [consulté le 16 aout 2017]

Ministère de la Santé et des Sports et Secrétariat d'Etat à la politique de la ville. *Lettre- Circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n°2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé*. Disponible sur Internet :

[http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir\\_2781.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_2781.pdf) [consulté le 16 aout 2017]

### **Sites internet :**

La documentation française, « Egalités – inégalités : comment construire une société plus juste ».

Disponible sur internet :



<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/d000561-egalite-inegalites-comment-construire-une-societe-plus-juste/introduction> [consulté le 16 aout 2017]

Santé Publique France, « Inégalités sociales de santé : recommandations et liens avec les interventions ». Disponible sur internet :

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/recommandations.asp> [consulté le 16 aout 2017]



---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Référentiel d'évaluation du Contrat Local de Santé de la ville de Valence

Annexe 2 : Tableau récapitulatif de rapports officiels préconisant des leviers d'actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé

Annexe 3 : Liste des acteurs rencontrés lors des entretiens semi-directifs exploités dans ce mémoire

## Annexe 1 : Référentiel de l'évaluation du Contrat Local de Santé 2012-2017

Question évaluative 1 : Dans quelle mesure le CLS met-il en place les conditions permettant de favoriser l'accès aux soins et à la prévention de tous les Valentinois (inégalités sociales / territoriales / populationnelles) ?

Sous-questions Dans quelle mesure... ?	Critères	Indicateurs	Sources
<p><b><u>1.1 Les nouvelles missions du Centre Santé Jeunes mettent-elles en place les conditions favorisant un meilleur accès aux pour les jeunes de la mission locale et de l'université ?</u></b></p>	<p><b>Connaissance du Centre Santé Jeunes</b> Connaissance du centre santé jeune et de son fonctionnement par les jeunes</p> <p><b>Accès aux droits</b> Favoriser l'accès financier aux soins via l'accès aux droits : connaissance des droits par les jeunes, aide pour faire valoir leurs droits</p> <p><b>Accès au lieu</b> Horaire d'ouvertures adaptées aux besoins des jeunes (notamment étudiants – mission locale) Lieu adapté géographiquement : accessibilité (transport en commun, choix du quartier)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lisibilité et connaissance du lieu et de son fonctionnement par les jeunes : connaissance de l'existence du CSJ, des professionnels disponibles, de la non avance des frais</li> <li>- Nombre de jeunes accompagnés dans l'accès aux droits (si donnée disponibles), orientation prévue/accompagnement des jeunes pour faire valoir leurs droits (entretien acteurs du CSJ sur les avantages et limites de leur accompagnement). Existence d'un parcours des jeunes au sein de la structure.</li> <li>- Apport du statut du centre de santé dans l'accessibilité aux soins</li> <li>- Accessibilité du lieu : présence de transport en commun, provenance des jeunes de l'ensemble de Valence, présence d'arguments ayant justifié le choix de ce lieu lors du déménagement. Avis des représentants étudiants/accompagnateur mission local par rapport à la connaissance du CSJ, aux horaires d'ouverture. Accessibilité concernant les activités de prévention.</li> <li>-</li> </ul>	<p>Entretiens semi-directifs : membres l'équipe intervenant au CSJ, les personnes orientant les jeunes : mission locale (référénte santé et sociale), membre de l'ADUDA, le chef de service des éducateurs au niveau politique de la ville</p> <p>Entretien de groupe avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un groupe de 5 étudiants recrutés par ADUDA / (CSJ ?)</li> <li>- Un groupe de 5 jeunes de la mission locale (recrutés par mission locale)</li> </ul> <p>Reprise indicateurs des rapports d'évaluation, bilan d'activités, de l'observatoire de l'ESR en sud Auvergne-Rhône-Alpes, documents complémentaires</p>

<p><b><u>1.2 Le déploiement d'actions de promotion de la santé prévues dans le CLS est-il favorable à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?</u></b></p>	<p><b><u>Diagnostic et connaissance des ISTS :</u></b>          Connaissance fine de la population de la ville de Valence : état de santé, situation socio-économique, etc.          Vision partagée de ce que sont les ISTS par les signataires et les leviers d'actions</p> <p><b><u>Universalisme proportionné</u></b>          Réalisation d'actions à la fois à destination de l'ensemble de la population et à la fois à celles en situation de précarité</p> <p><b><u>Stratégie d'intervention</u></b>          Le CLS cherche à agir sur les différents axes de la Charte d'Ottawa</p> <p><b><u>Stratégie d'intervention sur les comportements individuels</u></b>          Les actions de prévention et promotion de la santé mise en place dans le CLS permettent d'agir à la fois sur les savoirs, pouvoir-faire, savoir-faire, savoir-être et sur les compétences psychosociales, aptitudes et habiletés personnelles ?</p>	<p>Premier niveau : sur tous le CLS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observation du diagnostic</li> <li>- Définition spontanée par les signataires de ce que sont les ISTS</li> <li>- Vision partagée avec la médiatrice santé et les référents des axes du CLS</li> <li>- Reprendre l'ensemble du CLS pour voir sa dynamique générale, quels axes s'adressent à qui ? Quels axes répondent à quelles stratégies d'intervention (lien Charte d'Ottawa) ? Y-en-a-t-il spécifiquement pour les publics les plus précaires ? Quel lien avec les politiques de la ville ?</li> </ul> <p>Deuxième niveau : sur les actions concernant les cancers féminins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revenir sur les 4 indicateurs précédents</li> <li>- Nombre de personnes touchées par les actions en situation de précarité et QPV, en population générale</li> <li>- Répartition sur le territoire</li> <li>- Lien avec les comportements individuels : en quoi les actions du thème étudié agissent-elles sur les 5 axes d'une stratégie d'Education Pour la Santé</li> </ul>	<p>Diagnostic de la ville de Valence          CLS de Valence signé          Entretien semi-directif</p> <p>Faire valider les populations cibles des axes aux référents          Rapport d'activité du CLS          Entretien semi-directif pour la transversalité des politiques.</p> <p>Détails des rapports d'activités en lien avec le thème choisis.          Entretien semi-directif : mettre en évidence la vision des acteurs de la stratégie choisie pour réduire les ISTS, si ca agit sur toutes les composantes, les axes.          Acteurs ressources pour prévention cancers féminins</p>
<p><b><u>1.3 L'accompagnement des professionnels de santé dans le cadre du CLS a-t-il facilité leur installation en maisons de santé pluri professionnelles ?</u></b></p>	<p><b><u>Adéquation accompagnement proposé et besoins des professionnels</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correspondance entre l'accompagnement proposé par les différents partenaires institutionnels et les attentes et besoins des professionnels pour monter la MSP : accompagnement financier, méthodologique, administrative, sur la construction de l'équipe et de son projet, etc.</li> <li>-</li> </ul>	<p>Reprise des rapports d'activités, CR de réunions, documents complémentaires          Entretiens semi-directifs avec les professionnels de la MSP Valence Europe          Entretien semi-directif avec acteurs de l'accompagnement</p>

Question évaluative 2 : Dans quelle mesure le CLS influe-t-il sur la coordination des acteurs locaux ?

Sous-question : Dans quelle mesure... ?	Critères	Indicateurs	Sources
<p><b><u>2.1 Le référent de chaque axe du CLS a-t-il permis de fédérer les acteurs autour des actions de l'axe concerné ?</u></b></p>	<p><b><u>Existence d'une diversité d'acteurs sollicités pour la réalisation des actions inscrites dans les fiches des différents axes</u></b></p> <p><b><u>Influence du rôle des référents de chaque axe sur la coordination des actions</u></b></p>	<p>Nombre d'acteurs et natures des acteurs sollicités pour réaliser les différentes actions. Par nature on entend à la fois une approche pluridisciplinaire et une approche associant différentes institutions, associations, structures composant l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale aux différentes échelles (locale, départementale, régionale). Sous réserve de disponibilité de l'information évolution entre 2012 et 2017.</p> <p>Présence d'arguments montrant que le référent des axes ont permis de fédérer les acteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les référents sont identifiés comme tels par les acteurs. Ils ont permis d'impliquer les partenaires et les bénéficiaires dans les actions (construction, mise en œuvre)</li> <li>➤ Par la mise en place de groupes de travail, d'espaces de concertation : données quantitative sur la fréquence des réunions et la diversité des partenaires</li> <li>➤ Données qualitatives sur le ressenti des acteurs et des référents : permet de mettre en place un cadre, de coordonner des actions, de formaliser les choses.</li> </ul>	<p>Reprise des bilans d'activités des axes 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.</p> <p>Tableaux des partenariats pour la réalisation des actions inscrites dans les fiches des différents axes.</p> <p>Tous les entretiens semi-directif de l'évaluation : identification des référents comme tels – Pour certains axes (CLSM, prévention des cancers féminins et MRS) questions sur l'intérêt, le rôle et les limites d'avoir un référent de l'axe sur la coordination des actions</p> <p>Entretien semi-directif avec chaque référent sur leur rôle, l'intérêt et les limites sur la coordination des actions</p>

<p><b><u>2.2 Le Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) influe-t-il le partenariat local entre les acteurs sur les questions de santé mentale ?</u></b></p>	<p><b><u>Vision partagée des objectifs du CLSM et des concepts sous-jacents à ces objectifs</u></b></p> <p><b><u>Connaissance des acteurs entre eux et de leurs rôles</u></b>  Elus, services hospitaliers de psychiatrie, professionnels de santé, usagers, ARS, associations, professionnels des services sociaux et des services de la justice, bailleurs sociaux, représentant des forces de l'ordre, représentants des administrations déconcentrées et décentralisées</p> <p><b><u>Partenariat effectif dans la réalisation d'actions en santé mentale</u></b></p> <p><b><u>Influence de la cellule de veille de cas complexe sur la coordination des acteurs pour ces prises en charge</u></b></p>	<p>Définition spontanée par les acteurs de ce qu'est la santé mentale, du CLSM, de ses objectifs, des stratégies à utiliser pour mieux intégrer les personnes dans la cité.</p> <p>Influence du CLSM sur la connaissance des acteurs entre eux (déclaratif lors d'entretiens semi-directif sur des questions ouvertes : Le CLSM a-t-il amélioré la connaissance des acteurs locaux entre eux ? Si oui, en quoi-a-t-il eu une influence ? ...). Evolution du nombre et de la diversité des acteurs impliqués.</p> <p>Co-financement et co-animation effective d'actions pour répondre aux objectifs posés par le CLSM. Nombre de groupe de travail constitués, fréquence des réunions, diversité des participants (sources : bilans d'activités). Evolution et réorientation des actions depuis la création du CLSM, existence de moments d'échanges pour co-construire les actions (sources : entretiens).</p> <p>Influence sur la prise en charge/ le parcours de santé des patients et sur leurs orientations (source : entretien). Nombre de personnes prises en charge par la cellule de cas complexe et orientations (si disponible).</p>	<p>Voir dans les 33 acteurs pour faire un échantillon théorique de dix entretiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 référent axe du CLS,</li> <li>2 associations de patients (1 la depuis le début, 1 ayant rejoint le CLSM récemment, dont 1 très / 1 peu impliqué),</li> <li>1 élu,</li> <li>1 représentant du CH Valmont,</li> <li>1 professionnel de santé,</li> <li>1 ARS,</li> <li>1 représentant professionnels des services sociaux et justice,</li> <li>1 pour bailleur sociaux,</li> <li>1 pour force de l'ordre,</li> <li>1 pour autres administrations impliquées</li> </ul> <p>Etude des rapports d'activités</p>
---	---	--	---

<p><b><u>2.3 La Maison Relais Santé influe-t-elle sur les liens entre les acteurs locaux dans une approche globale et pluridisciplinaire ?</u></b></p>	<p><b><u>Vision partagée des objectifs de la MRS et possibilité de partager/développer une culture commune entre les acteurs sur le sujet</u></b></p> <p><b><u>Vision de la MRS comme un lieu ressource pour les maladies chroniques et connaissance de la MRS</u></b></p> <p><b><u>Influence de la MRS sur la connaissance des acteurs entre eux et de leurs rôles dans une approche pluridisciplinaire</u></b></p> <p><b><u>Partenariat effectif dans la réalisation d'actions dans une démarche pluridisciplinaire</u></b></p>	<p>Définition spontanée par les acteurs des objectifs et de l'intérêt de la MRS. (source : entretiens). Existence de lieu de partage entre les acteurs (collectif, formation) pour que les acteurs puissent échanger sur le sujet (source : bilans d'activités). Adéquation des moments d'échanges aux attentes des professionnels et bénévoles + pour les bénévoles apports et limites du renforcement des compétences (source : entretiens).</p> <p>Evolution du nombre d'associations d'usagers/professionnels. Estimation via les entretiens de la connaissance de la MRS par les professionnels orientant et par les usagers.</p> <p>Influence de la MRS sur la connaissance des acteurs entre eux (déclaratif lors d'entretiens semi-directif). Evolution du nombre et de la diversité des acteurs impliqués (nature /discipline).</p> <p>Mutualisation de moyens, co-financement et co-animation effective d'actions. Implication dans le comité de pilotage, fréquence des réunions, diversité des participants par leur nature/discipline. Sur le plan déclaratif, l'influence d'un lieu commun sur le partenariat et les limites de ces influences.</p>	<p>Entretien semi-directif avec les membres du COPIL de la MRS (environ 10).</p> <p>Entretiens semi-directif avec trois représentants d'associations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 étant très présentes et là depuis le début de la MRS</li> <li>- 1 étant très présente et arrivées récemment</li> <li>- 1 étant peu présente</li> </ul> <p>Bilans et rapports d'activités.</p>
--	--	---	---



## Annexe 2 : Tableau récapitulatif de rapports officiels préconisant des leviers d'actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé

Institution	Echelon principal Année de publication	Titre du rapport	Recommandations et pistes d'actions principales pour agir (formulées de la sorte dans les publications)
Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé	Mondial 2008	Comblent les fossés en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1) Améliorer les conditions de vie quotidienne, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent,</li> <li>- 2) Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes au niveau mondial, national et local,</li> <li>- 3) Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions de déterminants sociaux de la santé.</li> </ul>
Haut Conseil de la Santé Publique	National 2010	Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 à 3) Afficher clairement l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé,</li> <li>- 4 à 6) Se donner les moyens de mesurer les évolutions,</li> <li>- 7 à 10) Mettre en place des interventions et des politiques publiques,</li> <li>- 11 à 13) Accroître certains efforts en recherche</li> <li>- 14 à 16) Concrétiser la volonté de réduire les inégalités sociales de santé</li> </ul>
Inspection générale des affaires sociales	National 2011	Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1) Expliquer la stratégie d'action et la doter d'un petit nombre d'objectifs,</li> <li>- 2) S'inspirer des cadres d'action utilisés à l'étranger,</li> <li>- 3) Se donner les moyens d'évaluer l'impact des politiques publiques sur les inégalités Sociales de santé,</li> <li>- 4) Soutenir les initiatives régionales et locales,</li> <li>- 5) Mettre les connaissances et la recherche au service de l'action,</li> <li>- 6) Former les acteurs pour qu'ils intègrent le modèle des inégalités sociales de santé dans leurs décisions et leurs pratiques.</li> </ul>

Institution (s)	Echelon principal Année de publication	Titre du rapport	Recommandations et pistes d'actions principales pour agir (formulées de la sorte dans les publications)	
Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé (INPES)	Régional 2008	Agences régionales de santé Les inégalités sociales de santé	Principes d'actions*	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation vers les dispositifs de droit commun,</li> <li>- Opportunité de la mise en place de dispositifs spécifiques,</li> <li>- Validité scientifique et technique de l'action mise en œuvre,</li> <li>- Participation des usagers,</li> <li>- Renforcement des capacités, « <i>empowerment</i> »,</li> <li>- Existence et sélection d'opérateurs,</li> <li>- Capacité à s'inscrire dans une démarche plurisectorielle,</li> <li>- Rapport coût/efficacité,</li> <li>- Capacité à bénéficier à une partie significative de la population concernée.</li> </ul>
			Entrées particulières	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les territoires, car la lutte contre les inégalités de santé nécessite une action de proximité en cohérence avec les autres politiques publiques.</li> <li>- L'environnement, car l'exposition à des risques environnementaux a une dimension sociale encore insuffisamment prise en compte.</li> <li>- La petite enfance et la périnatalité, car c'est la période de la vie où se joue une grande partie du destin de chacun.</li> </ul>
INPES, Association « Elus, santé publique territoires », Réseau français des Villes-Santé de l'OMS	Local** 2013	Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé Intérêts d'une approche locale et transversale	Levier d'actions des élus locaux**	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intérêts d'une approche locale et transversale</li> <li>- Agir sur l'aménagement urbain et le transport</li> <li>- Agir sur le logement</li> <li>- Agir sur l'animation locale et la vie associative</li> </ul>
<p>* Dans ce rapport, différents principes ont été évoqués comme une grille d'analyse des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé (n'impliquant pas l'application systématique de l'ensemble des principes).</p> <p>** Ce document de plaidoyer est à destination des élus des communes et de leurs groupements.</p>				

**Annexe 3 : Liste des acteurs rencontrés lors des entretiens semi-directifs relatif menés avec des représentants des institutions signataires et des personnes ressources sur l'accès aux soins des jeunes.**

**Inégalité sociales et territoriales de santé et CLS (+/-) enjeux du CLS**

- **Agence Régionale de Santé, Délégation départementale de la Drôme**
  - Catherine Pallies-Maréchal - Directrice départementale
  - Brigitte Vitry - Responsable du pôle de santé publique
  - Maxime Lagleize - Responsable prévention et promotion de la santé
  - Joëlle Puzin - Responsable Prévention Promotion de la santé au moment de la signature du CLS
  
- **Caisse Primaire d'Assurance**
  - Anne Bernié - Directrice adjointe
  - Astrid Caddoux - Responsable du service prévention
  
- **Conseil Départemental de la Drôme**
  - Martine Chalayer - Direction des Territoires – Médecin directrice de la Santé Publique et de la Protection Maternelle et Infantile
  - Marie-Pierre Duboeuf - Chef de projet santé au sein de la Direction Générale adjointe des Solidarités
  
- **Direction Départemental de la Cohésion Sociale de la Drôme**
  - Oriane Jumeaux - Chef de service des politiques de solidarité
  
- **Préfecture**
  - James Guerin - Délégué du Préfet à la politique de la ville
  
- **Ville de Valence - Elus**
  - Lionel Brard - Adjoint au Maire en charge de la Santé, de l'Environnement, de l'Ecologie urbaine et de la Participation
  - Kerha Amiri - Conseillère Municipale Déléguée aux Affaires Sanitaires et Sociales
  
- **Ville de Valence – Direction Santé Publique**
  - Lucile Vercoutère - Médecin directeur
  - Sylvaine Boige-Faure - Médecin directeur jusqu'en 2016
  - Emeline Drevetton - Coordinatrice Pôle Promotion Santé

**Accès aux soins des jeunes/ étudiants et jeunes en recherche d'emploi**

- **Agence de Développement Universitaire de la Drôme Ardèche**
  - Florent Michalon – Directeur
  
- **Centre Santé Jeunes**
  - Johana Benizri - Médecin généraliste
  - Sylvie Bonnefoy – Secrétaire
  - Marie-Jo Cramon - Secrétaire
  - Fabienne Moulon – Psychologue, co-référente axe n°3
  - Anne Pezzi - Médecin, co-référente axe n°3
  - Nadette Poulard - Infirmière
  
- **Institut Universitaire et de Technologie**
  - Carole Fougairolle – Enseignante, adulte relais
  
- **Mission locale**
  - Mélanie Dimino - Conseillère et référente santé
  - Gérard Roberton - Chef de service
  
- **Ville de Valence**
  - David Buisson - Chef de service de la prévention spécialisée





DECROIX	Charlotte	29/08/2017
<b>Master 2</b> <b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>Etude de la prise en compte des inégalités sociales de santé dans le Contrat Local de Santé 2012-2017 de la ville de Valence</b>		
<b>Promotion 2016-2017</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Les inégalités sociales de santé sont un construit social, résultant de l'interaction entre de nombreux déterminants de l'état de santé, dont les déterminants sociaux. Pour qu'une intervention contribue à la réduction des inégalités sociales de santé, une réelle volonté d'agir est nécessaire. Ce mémoire a cherché à interroger la prise en compte des inégalités sociales de santé dans le Contrat Local de Santé de Valence (2012-2017).</p> <p>Ce travail s'est construit en prenant en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certaines recommandations issues de rapports officiels visant à orienter les actions pour réduire les inégalités sociales de santé,</li> <li>- Les données recueillies lors d'entretiens semi-directifs auprès de représentants des institutions signataires du Contrat Local de Santé, permettant d'interroger leur perception des différentes recommandations.</li> </ul> <p>Dans une approche de promotion de la santé, différentes pistes d'actions ont été explorées : expliciter l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, agir en fonction d'un diagnostic et d'évaluations, élaborer des politiques publiques saines, prendre en compte le gradient social de santé, agir dès le plus jeune âge et tout au long de la vie et faciliter l'accès aux soins.</p> <p>Bien qu'il soit impossible de trancher sur l'impact du Contrat Local de Santé de Valence sur la réduction des inégalités sociales de santé, leur prise en compte semble être une volonté de la part des acteurs interrogés. Sans être exhaustive, les différentes recommandations pour agir explorées dans ce mémoire, ont trouvé un écho dans le CLS de Valence.</p>		
<p><b>Mots clés :</b>  Inégalités Sociales de Santé, Contrat Local de Santé, Promotion de la Santé, Déterminants de l'état de Santé</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		