

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Une approche interdisciplinaire
de l'évaluation

Nadine HASCHAR-NOÉ et Thierry LANG (dir.)

Sommaire

Remerciements	7
Sommaire	9
INTRODUCTION	15
PARTIE I. RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	25
1. Les inégalités sociales de santé :	
un objet « frontière » entre sociologie et épidémiologie ?	26
1.1. Les inégalités sociales de santé du côté de la sociologie.....	27
1.1.1. <i>La place des inégalités sociales de santé dans le paradigme sociologique</i>	27
1.1.2. <i>Les inégalités sociales de santé comme problème public et objet d'étude</i>	28
1.1.3. <i>Définition sociologique des inégalités sociales de santé</i>	29
1.1.4. <i>Inégalités sociales de santé et santé, deux notions polysémiques : des marges d'interprétation pour l'action publique</i>	33
1.2. Les inégalités sociales de santé du côté de l'épidémiologie sociale.....	37
1.2.1. <i>De l'épidémiologie « classique » à l'épidémiologie sociale</i>	37
1.2.2. <i>De quoi parle-t-on lorsqu'on parle d'inégalités sociales de santé ?</i>	38
1.2.3. <i>Inégalités sociales, inégalités sociales de santé</i>	39
1.2.4. <i>De l'épidémiologie vers la santé publique</i>	40
1.2.5. <i>Du social au biologique</i>	41
1.3. Le système d'information statistique français et les inégalités sociales de santé.....	42
1.3.1. <i>Mesurer la santé : des précautions dans le domaine des inégalités sociales de santé</i>	43
1.3.2. <i>Mesurer le niveau socio-économique et les déterminants sociaux</i>	46
2. Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé	50
2.1. De la difficulté de décrire et transférer les interventions de réduction des inégalités sociales de santé.....	50
2.1.1. <i>Plusieurs axes de description des interventions</i>	50
2.1.2. <i>Une nomenclature multidimensionnelle</i>	53
2.1.3. <i>La nomenclature en pratique</i>	54
2.2. L'évaluation d'impact sur la santé et sur les inégalités sociales de santé.....	57
2.2.1. <i>Un champ émergent</i>	58
2.2.2. <i>Un moyen d'agir sur l'équité en santé</i>	60
2.2.3. <i>Un moyen d'évaluer les impacts dans le cadre du système de santé</i>	62
2.2.4. <i>De nombreuses questions de recherche soulevées</i>	63
2.3. Intervention et éthique : au-delà des inégalités sociales de santé, penser les rapports sociaux.....	67

2.3.1. <i>Sous les inégalités sociales de santé, les rapports sociaux</i>	71
2.3.2. <i>Introduire le concept de rapport social pour évaluer l'efficacité de l'intervention en santé</i>	74
2.3.3. <i>D'une pierre deux coups : penser les rapports sociaux permet aussi d'évaluer la portée éthique des interventions en santé</i>	78
Conclusion	81
PARTIE II. ÉVALUER LES POLITIQUES ET INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE	83
3. L'évaluation en santé publique :	
points de vue dans la littérature internationale	84
3.1. <i>Limites de l'essai expérimental. Vers de nouvelles méthodes ?</i>	84
3.1.1. <i>Les grands principes de l'essai expérimental</i>	84
3.1.2. <i>Les limites communes à différents domaines d'application</i>	85
3.1.3. <i>Limites spécifiques à certains domaines</i>	89
3.1.4. <i>Les pistes de recherche et les réflexions</i>	94
3.2. <i>Approches évaluatives en santé publique</i>	99
3.2.1. <i>Revue générale de cadres, concepts et tentatives de typologie de l'évaluation</i>	99
3.2.2. <i>Spécificité de l'évaluation des interventions en santé publique</i>	105
3.2.3. <i>Produire des connaissances sur les interventions complexes de santé publique</i>	110
3.3. <i>L'évaluation réaliste des programmes en santé publique : décrypter l'ADN des interventions pour mieux en expliquer les effets</i>	116
3.3.1. <i>Des interventions complexes s'inscrivant dans des systèmes qui le sont tout autant</i>	118
3.3.2. <i>Le concept de mécanisme dans le cadre de l'évaluation réaliste</i>	119
3.3.3. <i>Une contribution à l'amélioration de la définition du concept de mécanisme dans l'approche réaliste</i>	121
Conclusion.....	123
4. L'évaluation des politiques publiques :	
entre nécessités techniques, analyse scientifique et exigence politique	125
4.1. <i>L'évaluation : un concept élastique aux contours flous, un « OVNI » dans le paysage français</i>	125
4.1.1. <i>La voie française de l'évaluation des politiques publiques : quelques repères historiques</i>	127
4.1.2. <i>Une pluralité de définitions propre à une multitude de luttes symboliques</i>	133
4.1.3. <i>Les conceptions de l'évaluation comme analyseurs des transformations de l'action publique</i>	136
4.2. <i>Une institutionnalisation fragile, mouvante et dispersée : l'évaluation comme objet de savoirs et enjeu de pouvoirs</i>	138
4.2.1. <i>Une institutionnalisation difficile et complexe due à des effets de corps</i>	139
4.2.2. <i>Les traits spécifiques du système d'expertise français</i>	145

4.2.3. Une bataille de frontières entre les sciences sociales : <i>l'économie d'un côté, la science politique et la sociologie de l'autre</i>	148
4.3. Pour une évaluation de l'action publique à visée pragmatique : entre philosophie politique et théorie sociologique.....	155
4.3.1. <i>L'évaluation : entre analyse et mise en œuvre de l'action publique</i>	156
4.3.2. <i>Une épistémologie de l'évaluation au carrefour des connaissances scientifiques et de l'action publique</i>	160
4.3.3. <i>L'évaluation comme analyseur de l'action publique « en train de se faire »</i>	164
Conclusion.....	167
Conclusion	172
PARTIE III. ÉVALUATION ET SANTÉ PUBLIQUE : DES « MONDES SOCIAUX » À RAPPROCHER	175
5. L'agence régionale de santé à l'origine d'un dispositif d'observation des inégalités sociales de santé	178
5.1. Méthodes.....	178
5.1.1. <i>Indicateurs du recours aux soins et à la prévention</i>	179
5.1.2. <i>Indicateur de défavorisation : l'European Deprivation Index (EDI)</i>	180
5.1.3. <i>Indicateurs d'accessibilité spatiale potentielle à l'offre de soins</i>	181
5.1.4. <i>Constitution de la base de données individuelles</i>	182
5.2. Résultats.....	183
5.2.1. <i>Population de l'étude</i>	183
5.2.2. <i>Consommation de soins en Midi-Pyrénées et données nationales</i>	183
5.2.3. <i>Caractéristiques démographiques, accès théorique aux soins et défavorisation</i>	185
5.2.4. <i>Consommation de soins et défavorisation</i>	187
5.3. Discussion.....	191
Conclusion.....	196
6. Les contrats locaux de santé comme instrument de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé	197
6.1. Un contrat local de santé : un instrument de gouvernance sanitaire et territoriale.....	198
6.1.1. <i>Un contrat politique d'action publique : une entreprise de mobilisation des acteurs</i>	198
6.1.2. <i>Du contrat local de santé publique au contrat local de santé : un nouvel objet de santé publique mal identifié ?</i>	199
6.1.3. <i>Une mission nationale sur les contrats locaux de santé : fixer un cadre de référence et soutenir les agences régionales de santé dans leur mise en œuvre</i>	201
6.1.4. <i>Évaluer les processus d'action publique : construction des accords et négociations de compromis</i>	204
6.2. Les variations territoriales des contrats locaux de santé.....	206
6.2.1. <i>Temporalités des contrats locaux de santé et « pertinence » des territoires choisis</i>	206

6.2.2. Les axes d'intervention et les contenus des programmes d'actions : une polarisation entre approches thématiques et populationnelles.....	209
6.3. Les conditions favorables à la construction d'accords négociés entre l'agence régionale de santé et les collectivités territoriales :	
focus sur deux contrats locaux de santé contrastés	212
6.3.1. Cas A : pléthore d'acteurs et négociations sous tensions.....	213
6.3.2. Cas B : mobiliser des partenaires et ouvrir un dialogue social territorial	215
7. Du contrôle à l'évaluation : l'exemple des plans de lutte contre le cancer en France (2000-2012)	220
7.1. La nature des commandes et le choix des instances d'évaluation : d'un état des lieux d'un plan à l'évaluation d'une politique publique	226
7.2. « Qualités », « registres » et domaines des évaluations du plan cancer	230
7.2.1. De l'absence d'évaluation des « qualités » d'une politique publique à leur extension.	231
7.2.2. Les registres et domaines d'évaluation : de l'opérationnel au général, du spécifique au transversal	236
Conclusion	245
 PARTIE IV. LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN ŒUVRE AVEC LES PORTEURS DE PROJET	 247
8. Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé : le méta-programme AAPRISS.....	249
8.1. Contenu et logiques du programme AAPRISS	249
8.2. Mise en œuvre du programme.....	251
8.3. Choix des projets.....	252
8.4. Processus général.....	254
8.5. Les défis du programme.....	255
9. Les projets inclus	258
9.1. Atelier santé ville des quartiers nord de Toulouse.....	258
9.1.1. Le projet.....	258
9.1.2. Typologie de la participation en santé. La méthode de l'atelier santé ville des quartiers nord de Toulouse	259
9.2. Le projet « Bien manger et bouger dès l'école maternelle »	279
9.2.1. Le projet.....	279
9.2.2. La collaboration entre chercheurs et porteurs du projet.....	280
9.2.3. Analyse quantitative.....	297
9.3. Programme d'éducation thérapeutique pour patients obèses	303
9.3.1. Le projet.....	303
9.3.2. Une étude exploratoire : les questions posées par une équipe de psychologie.....	304
9.3.3. Une approche épidémiologique : la question de l'accessibilité au programme	313
9.4. Programme d'éducation thérapeutique pour patients diabétiques de type 2	321

9.4.1. <i>Le projet</i>	321
9.4.2. <i>Les « conditions » d'une recherche interventionnelle en milieu hospitalier</i>	322
9.5. <i>Le projet « Quatre repas par jour »</i>	337
9.5.1. <i>Le projet</i>	337
9.5.2. <i>L'impact sur les inégalités sociales de santé d'une action de promotion de la santé en matière de nutrition : la construction d'une démarche d'évaluation</i>	338
10. Décrire les interventions pour les transférer	354
10.1. <i>La complexité des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé</i>	354
10.2. <i>La transférabilité des interventions</i>	354
10.3. <i>Mieux décrire pour mieux transférer</i>	356
10.4. <i>Fonctions clés, implémentation et contexte dans le projet de l'atelier santé ville</i>	358
10.5. <i>Fonctions clés, implémentation et contexte du programme AAPRISS</i>	367
10.6. <i>Développements attendus et limites de la démarche</i>	372
11. Les apports du programme AAPRISS	375
11.1. <i>Acceptabilité du programme : analyse des témoignages des porteurs de projet</i>	375
11.2. <i>Résultats : les transformations des projets</i>	386
11.3. <i>Regards transversaux sur les différents terrains</i>	390
11.3.1. <i>Une analyse qualitative</i>	390
11.3.2. <i>Une analyse quantitative</i>	400
Conclusion	413
CONCLUSION GÉNÉRALE	417
Annexes	445
Bibliographie	463
Liste sigles, acronymes et abréviations	513
Les auteurs	519

Les auteurs

Gaëlle Albertus,

Ingénieure d'étude, biostatistique, équipe « Inégalités sociales de santé, cancer et maladies chroniques », UMR 1027 INSERM – université Toulouse III Paul-Sabatier, France.

Brigitte Almudever,

Professeure, psychologie, équipe « Psychologie sociale du travail et des organisations », laboratoire de psychologie de la socialisation-développement du travail (LPS-DT, EA 1967) « Laboratoire de psychologie de la socialisation – développement et travail », université Toulouse – Jean Jaurès, France.

Jean-Charles Basson

Maître de conférences, science politique, CRESCO (EA 7419), LaSSP (EA 4175), IFERISS (FR 4142), université de Toulouse, France.

Elsa Bidault,

Chargée de mission du programme AAPRISS, ingénieure d'étude, équipe « Inégalités sociales de santé, cancer et maladies chroniques », UMR 1027 INSERM – université Toulouse III Paul-Sabatier, France.

Éric Breton,

Enseignant-chercheur, titulaire de la chaire Inpes « Promotion de la santé » à l'EHESP, Centre de recherches sur l'action politique en Europe (CRAPE: UMR CNRS 6051), Rennes, France.

Lucie Brisset,

Docteure STAPS, CRESCO (EA 7419), université Toulouse III Paul-Sabatier, associée, laboratoire SantéSiH (EA 4614), université de Montpellier, consultante-chercheuse, ARIAC, Clermont-l'Hérault, France.

Marion Carayol,

Post-doctorante, Centre international de recherche sur le cancer, section nutrition et métabolisme, Lyon, France.

Aurélie Croiset,

Doctorante, psychologie de la santé, laboratoire de recherches CERPP-Octogone, EA 4156, université Toulouse – Jean Jaurès, France.

Cyrille Delpierre,

Directeur de recherche Inserm, épidémiologie, équipe « Inégalités sociales de santé, cancer et maladies chroniques », UMR 1027 INSERM – université Toulouse III Paul-Sabatier, France.

Pascal Ducournau,

Maître de conférences, sociologie, laboratoire interdisciplinaire solidarité, sociétés et territoires (LISST), UMR 5193 CNRS – université Toulouse – Jean Jaurès – EHESS, France.

Denis Ducros,

Responsable du pôle « Études et statistiques », direction des projets, Agence régionale de santé Occitanie.

Catherine Frasse,

Médecin, réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique, Toulouse.

Émilie Gaborit,

Docteure STAPS, CRESCO (EA 7419), post-doctorante, équipe « Inégalités sociales de santé, cancer et maladies chroniques » (UMR 1027 INSERM), université Toulouse III Paul-Sabatier, France.

Jean-Paul Génolini,

Maître de conférences, psychologie sociale, CRESCO (EA 7419), IFERISS (FR 4142), université Toulouse III Paul-Sabatier, France.

Pascale Grosclaude,

Praticien hospitalier, épidémiologiste, institut Claudius-Régaud, directrice du registre des cancers du Tarn, équipe « Inégalités sociales de santé, cancer et maladies chroniques », UMR 1027 INSERM – université Toulouse III Paul-Sabatier, France.

Anne Guichard,

Professeure adjointe, faculté des sciences infirmières, université Laval, Québec, Canada.

Nadine Haschar-Noé,

Maître de conférences, sociologie, centre de recherches sciences sociales sports corps (CRESCO, EA 7419) Toulouse III, associée au LaSSP (EA 4175) Toulouse I, IFERISS (FR 4142), université de Toulouse.

Michelle Kelly-Irving,

Chargée de recherche Inserm, équipe « Inégalités sociales de santé, cancer et maladies chroniques », UMR 1027 INSERM – université Toulouse III Paul-Sabatier, France.

Anthony Lacouture,

Ingénieur d'étude, chaire Inpes « promotion de la santé », EHESP, Rennes, France.

Sébastien Lamy,

Assistant hospitalo-universitaire, épidémiologie, équipe « Inégalités sociales de santé, cancer et maladies chroniques », UMR 1027 INSERM – université Toulouse III Paul-Sabatier et service de pharmacologie clinique, CHU de Toulouse, France.

Thierry Lang,

Professeur, épidémiologie, équipe « Inégalités sociales de santé, cancer et maladies chroniques », UMR 1027 INSERM – université Toulouse III Paul-Sabatier, directeur de l'institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS), Université Toulouse III Paul Sabatier et CHU Toulouse, France.

Benoit Lepage,

Maître de conférences universitaire, épidémiologie, équipe « Inégalités Sociales de Santé, cancer et maladies chroniques », UMR 1027 INSERM – université

Toulouse III Paul-Sabatier et service d'épidémiologie du CHU de Toulouse, France.

Pascale Manuello,

Sociologue, chercheuse associée au laboratoire de recherches LISST-Cers, UMR 5193 CNRS, université Toulouse – Jean Jaurès, France.

Christine Martin,

Maître de conférences, psychologie, équipe « Psychologie sociale du travail et des organisations », laboratoire de psychologie de la socialisation : développement et travail (LPS-DT, EA 1697), université Toulouse – Jean Jaurès, France.

Elisabeth Pons,

Coordinatrice atelier santé ville, service communal d'Hygiène et de santé, mairie de Toulouse.

Valery Ridde,

Professeur, santé publique, École de santé publique – département de médecine sociale et préventive, université de Montréal, Québec, Canada, chercheur à l'Institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal, Canada.

Émilie Salaméro,

Maître de conférences, sociologie, faculté des sciences du sports, laboratoire Cerege (EA1722), université de Poitiers, France.

Anne-Cécile Schieber,

Médecin de santé publique, docteur, épidémiologie, équipe « Inégalités sociales de santé, cancer et maladies chroniques », UMR 1027 INSERM – université Toulouse III Paul-Sabatier et service d'épidémiologie, CHU Toulouse, France.

Florence Sordes,

Maître de conférences, psychologie de la santé, laboratoire de recherches CERPP-Octogone, (EA 4156), université Toulouse – Jean Jaurès, France.

Damien Verbiguié,

Chargé de projet, Toulouse aviron sports et loisirs, Toulouse.

Mélanie Villeval,

Docteure, santé publique, ingénieure de recherche, équipe « Inégalités sociales de santé, cancer et maladies chroniques », UMR 1027 INSERM – université Toulouse III Paul-Sabatier, France.

L'IFERISS (Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société) est une fédération de recherche interuniversitaire (FR4142), rassemblant des équipes recherches de disciplines diverses (épidémiologie, sociologie, psychologie, sciences politiques, droit). Elle fonde ses questions de recherche sur la complexité inhérente à la santé publique et sur l'importance d'associer divers regards sur la multiplicité des déterminants de la santé.

<http://www.iferiss.org>

L'ensemble des auteurs toulousains de cet ouvrage font partie de l'IFERISS.