

# Prosiris

Promotion de la Santé et Items  
pour la Réduction des Inégalités  
sociales et territoriales de Santé

Une grille d'accompagnement  
de vos projets de santé

# Sommaire

Pourquoi la grille Prosiris ? .....	3
A qui s'adresse-t-elle ? .....	4
Comment l'utiliser ? .....	4
Comment a-t-elle été élaborée ? .....	5
Pour en savoir plus et vous guider dans son utilisation .....	6
Critère 1 · Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des ISTS .....	7
Critère 2 · Le projet est basé sur une analyse de situation globale y intégrant les ISTS .....	12
Critère 3 · Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des ISTS .....	18
Critère 4 · Le projet vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus .....	24
Critère 5 · Le projet prévoit une évaluation structurée qui interroge ses effets sur les ISTS .....	28
Synthèse des éléments à améliorer .....	32
Définitions .....	33
Bibliographie .....	37

## Utilisation et reproduction

L'Ireps Grand Est autorise l'utilisation et la reproduction du contenu de ce document, sous réserve de la mention de la source.

## Citation proposée

Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Grand Est,  
Prosiris : une grille d'accompagnement de vos projets. Laxou : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Grand Est ; 2023. 38 p.

Avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé Grand Est.

Mars 2023

# Pourquoi la grille Prosiris ?

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

Il existe plusieurs niveaux d'intervention à prendre en compte pour réduire les ISTS. Des études ont montré que la capacité à tirer profit des interventions est liée à l'appartenance à certains groupes sociaux (Peretti-Watel, 2013). Ces actions bénéficient souvent aux groupes sociaux les plus favorisés (par exemple, les membres d'une catégorie sociale située sur le haut de l'échelle des revenus), ce qui tend à aggraver les ISTS. Ainsi, dans la mise en place d'un projet, de nombreux critères sont à prendre en compte pour éviter ces écueils.

Plus précisément, pour permettre à des projets de **contribuer à la réduction des inégalités de santé**, ou du moins à **ne pas les renforcer**, des travaux recommandent de développer des stratégies s'inscrivant dans une démarche de **promotion de la santé** (Gaudrefroy et al., 2018 ; Guichard et al., 2018).

C'est pour permettre aux acteurs d'intégrer la démarche de promotion de la santé et ses effets sur les ISTS qu'a été élaborée la grille Prosiris (Promotion de la Santé et Items pour la Réduction des Inégalités sociales et territoriales de Santé).

# A qui s'adresse-t-elle ?

Cet outil s'adresse aux :

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

Plus largement, la grille Prosirir peut être utilisée par toute personne ou structure portant un projet<sup>1</sup> et souhaitant mener une réflexion relative à la réduction des ISTS.

## Comment l'utiliser ?

**Cette grille peut être utilisée en amont, au cours et en aval du projet.** Utilisée dans la phase d'élaboration, elle guidera les porteurs et porteuses sur l'intégration de la question des ISTS dans la construction du projet. Pendant la mise en œuvre, elle permettra à l'équipe de s'interroger sur les éventuelles réorientations à effectuer et les éléments à travailler prioritairement afin d'inscrire le projet dans une démarche de réduction des ISTS. Utilisée en aval, elle favorisera la réflexion sur les perspectives d'évolution des projets à mettre en œuvre ultérieurement, de façon à ce qu'ils puissent contribuer à la réduction des ISTS.

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

**La grille est élaborée autour de 5 critères de méthodologie de promotion de la santé**, chacun composé de plusieurs items :

- Critère 1 : Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des ISTS
- Critère 2 : Le projet est basé sur une analyse de situation globale y intégrant les ISTS
- Critère 3 : Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des ISTS
- Critère 4 : Le projet vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus
- Critère 5 : Le projet prévoit une évaluation structurée qui interroge ses effets sur les ISTS

---

<sup>1</sup> Le terme « Projet » est privilégié dans la grille pour faciliter la lecture, tout en sachant qu'il peut recouvrir des réalités d'ampleur différentes (programmes, dispositifs...) pour lesquelles la grille peut être appliquée.

**Il est proposé, pour chaque item, de se positionner sur une échelle.** L'objectif de cette échelle n'est pas de porter un jugement mais d'accompagner les porteurs à la priorisation des éléments à retravailler. Ainsi, la grille n'est pas un outil d'évaluation mais un outil de réflexion qui peut ouvrir à la discussion ou au débat au sein du collectif d'un projet, ou à servir de guide à travers les différentes étapes du projet. Elle définit un idéal vers lequel tendre, dont la mise en pratique dépend des contraintes et réalités propres à chaque projet.

L'appréciation de l'échelle signifie que :



A la fin de chaque critère, il est proposé de porter un regard global sur le respect de ce dernier et de mettre par écrit les points forts et les points à améliorer du projet, et à prioriser ces derniers. Ces éléments peuvent être synthétisés dans un espace de note en fin de document.

## Comment a-t-elle été élaborée ?

Cette grille a été élaborée dans le cadre du Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Lorraine, à l'occasion de la mise en place de six séminaires territoriaux sur la réduction des ISTS entre 2011 et 2013 (Ireps, 2013). Ces séminaires avaient pour objectif de permettre aux acteurs de terrain l'appropriation de la question des inégalités : que signifient les ISTS, comment se traduisent-elles au quotidien, comment les prendre en compte ? Il apparaissait essentiel d'outiller les acteurs quant à la réflexion menée au cours de ces journées, ce qui s'est concrétisé par l'élaboration d'une grille d'accompagnement des porteurs de projet. L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Lorraine a assuré le développement de la grille Lor'IS en lien avec un groupe multidisciplinaire et multi partenarial<sup>2</sup>. Suite à la création de l'Ireps Grand Est, la grille a fait l'objet d'un travail d'actualisation à partir d'une réflexion collective interne et des éléments disponibles dans la littérature existante (2022/2023). La grille

<sup>2</sup> Agence régionale de santé de Lorraine, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie Lorraine, Caisse régionale de sécurité sociale dans les mines Est, Collectif inter associatif sur la santé de Lorraine, Conseil régional de Lorraine, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Lorraine, Ecole de santé publique, Université de Lorraine, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale de Lorraine, Mutualité française Lorraine, Observatoire régional de la santé et des affaires sociales en Lorraine, délégués des préfectures de Lorraine, Sanofi France.

a été renommée Prosirir (Promotion de la Santé et Items pour la Réduction des Inégalités sociales et territoriales de Santé).

La grille se situe au croisement de trois outils existants : le guide d'autoévaluation de la qualité des actions en promotion de la santé de l'Inpes (Inpes, 2009), la grille Reflex ISS (Guichard, Ridde, 2010) et la Lentille ISS de la Fondation du Roi Baudoin. Elle est un outil complémentaire qui propose un format court et une déclinaison de la prise en compte des ISTS à travers les étapes de la méthodologie de projet.

## Pour en savoir plus et vous guider dans son utilisation



Les différents critères de la grille sont présentés et illustrés dans la « Synthèse des réflexions lorraines sur la réduction des ISTS entre 2011 et 2013 » (Ireps Lorraine, 2013).

[www.ireps-grandest.fr/images/Nos\\_productions/synthese\\_ISTS\\_2011-2013.pdf](http://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/synthese_ISTS_2011-2013.pdf)

**Accéder à la synthèse**

Les outils de référence sur lesquels s'appuient la grille Prosirir préconisent de croiser son utilisation **avec un accompagnement par un acteur tiers spécialisé en promotion de la santé** (Guichard, Ridde, 2010).

**Si vous voulez utiliser cette grille sans accompagnement**, il est recommandé de vous informer sur la question des inégalités sociales et territoriales de santé. Pour vous aider, les définitions sur lesquelles reposent la grille (**surlignés en vert** dans le document) et une bibliographie indicative sont mises à disposition en dernière partie de document.

**Si vous souhaitez un accompagnement en méthodologie de projet spécialisé sur les critères qualité en promotion de la santé**, vous pouvez faire une demande d'appui méthodologique à l'Ireps Grand Est en vous rendant sur : [www.ireps-grandest.fr](http://www.ireps-grandest.fr) / *Etre accompagné-e / Notre accompagnement.*

# Critère 1 - Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des ISTS



## En quelques mots

Ce critère porte sur les notions d'**intersectorialité** et de travail partagé. Le partenariat et les coopérations professionnelles permettent la complémentarité des compétences et missions d'intervenants œuvrant sur les différents **déterminants de la santé** (Spencer et al., 2008). Ces derniers étant multiples, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS indique que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé doit relever d'un travail concerté de secteurs diversifiés. Ce critère comporte deux dimensions à interroger :

- **L'existence et la composition de l'équipe projet (1.1 à 1.7)** : La mise en place d'une équipe projet permet d'appuyer l'animation et la gestion de l'action sur des méthodes, des compétences et des responsabilités déterminées. En fonction des objectifs du projet, elle doit autant que possible inclure une diversité d'acteurs dans le cadre d'un travail intersectoriel afin de brasser une diversité de déterminants de la santé (logement, emploi, éducation...) (Ireps Lorraine, 2013). La participation active de la **population cible** du projet à l'équipe est fortement recommandée et une attention doit être portée à ce que les personnes présentes au sein de l'instance soient représentatives de cette population.
- **L'élaboration d'une culture commune (1.8 à 1.9)** : A la création d'une équipe projet, des représentations diverses de l'approche de promotion de la santé peuvent exister. Par exemple, si aucun travail n'est fait sur la définition de la notion de **santé**, des professionnels de certains secteurs tels le logement ou le transport pourraient ne pas se sentir concernés par les objectifs d'un projet de santé. Des échanges sur ces représentations peuvent contribuer à la construction d'une culture commune.



## Par exemple ?

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

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

## Critère 1 - Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des ISTS

**1.1 Une équipe projet a été constituée dès le début du projet.**



Commentaires

**1.2 L'équipe projet a évolué au cours du projet.**

*Exemple : De nouvelles personnes ressources ont intégré l'équipe suite au diagnostic mené permettant de définir des priorités.*



Commentaires

**1.3 Il a été recherché des personnes ressources de différents secteurs dans la composition de l'équipe projet : sanitaire, social, éducation, environnement, logement, milieu du travail, transports...**



Commentaires



## Critère 1 - Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des ISTS

**1.4 Dans la mesure du possible, les professionnel·les de la petite enfance ont été associé·es à l'équipe projet.**

*Si le projet touche l'enfance et la parentalité ou la population générale.*



Commentaires

**1.5 Le public est présent dans l'équipe projet.**



Commentaires

**1.6 Si le public est présent dans l'équipe projet, il participe à la construction et aux décisions du projet au même titre que les autres parties prenantes.**



Commentaires

## Critère 1 - Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des ISTS

### 1.7 Le public cible intégré dans l'équipe projet tend vers une représentativité.

Le groupe de personnes le composant est dans la mesure du possible aussi diversifié que la population de base à laquelle s'adresse le projet (caractéristiques sociales, démographiques...).



#### Commentaires

### 1.8 Les parties prenantes du projet (équipe professionnelle de la structure porteuse, publics, partenaires...) partagent une culture commune.

Elles ont une connaissance commune des valeurs de la promotion de la santé.

*Approche globale et positive de la santé, définition de la participation, complémentarité des stratégies d'intervention, vision du partenariat...*



Elles reconnaissent que la santé est impactée par différents déterminants de santé.

*Exemples : stress, isolement, chômage, conditions de travail, conditions de vie, habitat...*



Elles ont une culture commune sur les thématiques et les publics liés au projet.

*Exemple : dans le cadre d'un projet sur l'accès au soin des publics en situation de précarité, l'équipe projet s'est réunie pour échanger sur la manière dont ses membres définissent la notion de précarité, le public en situation de précarité, etc.*



#### Commentaires

## Critère 1 - Le projet intègre un travail intersectoriel et partagé sur la question des ISTS

### 1.9 Les différentes parties prenantes se connaissent et se reconnaissent entre elles.

*Exemple : lors des réunions de l'équipe projet, des échanges sont prévus pour connaître l'organisation, la politique, les missions, les activités mais aussi les contraintes de chaque partenaire.*



#### Commentaires

#### Points forts

#### Points à améliorer

#### Priorités d'action

# Critère 2 - Le projet est basé sur une analyse de situation globale y intégrant les ISTS



## En quelques mots

Un ensemble de références dans le champ de la promotion de la santé préconisent de fonder le projet sur une analyse de situation globale, structurée et formalisée (Ireps Lorraine, 2012).

**Trois types de données sont à recueillir : les besoins, les demandes et les réponses (2.1 à 2.5) :**

- **Deux types de besoins** peuvent être distingués : besoins objectivés et besoins perçus.
  - **Les besoins objectivés** sont mis en évidence par des mesures scientifiquement validées ou par des données de littérature existantes (par exemple : portraits de territoire existants, données socioéconomiques ou en lien avec la problématique du projet sur le territoire concerné).
  - **Les besoins perçus** sont les problématiques de santé des populations repérées par les professionnels.
- **Les demandes** sont les attentes exprimées par la population.
- **Les réponses** constituent l'ensemble des biens et services mis à disposition de la population en lien avec la thématique du projet.

Le croisement de ces trois types de données pourra faire émerger des problématiques spécifiques.

L'analyse de la situation permet d'élaborer **les priorités à mener (2.6 à 2.8)**, en privilégiant si cela est possible la **participation** de la population.

**Pour prendre en compte les inégalités sociales et territoriales de santé (2.9 à 2.11)**, l'analyse de la situation inclut le repérage des **déterminants de la santé** susceptibles d'avoir un effet sur ces inégalités. Elle identifie dans la mesure du possible si différents **sous-groupes** de la **population cible** sont concernés par des déterminants et/ou des problématiques différents. Les résultats de cette analyse sont communiqués à l'ensemble des parties prenantes **(2.12)**.



## Par exemple ?

**Dans le cadre d'un diagnostic lié à un chantier d'insertion**, l'équipe professionnelle fait état de problématiques importantes de consommation d'alcool observées chez les publics accompagnés : le besoin repéré est relatif aux addictions. La personne référente santé de la structure décide, au-delà du recueil de ces besoins observés, d'interroger le public. Le recueil des demandes met en évidence que la majorité du public ne « se sent pas bien » sur ce chantier et appréhende de s'y rendre chaque matin. Ce sentiment de mal-être est lié à une mésentente et des tensions entre travailleurs.

Les éléments du diagnostic montrent que les comportements addictifs observés par l'équipe professionnelle encadrante peuvent en partie être reliés au mal-être régnant entre travailleurs du chantier d'insertion. Aussi, le double recueil demandes/besoins a permis de mettre en évidence que la priorité d'actions, avant d'agir sur les addictions, serait de travailler sur le climat au sein du chantier. Ce dernier étant un déterminant des comportements addictifs.

## Critère 2 - Le projet est basé sur une analyse de situation globale y intégrant les ISTS

### 2.1 L'analyse de situation s'appuie sur un recueil des « besoins objectivés ».

Elle repose sur des données chiffrées (issues de la littérature, de la structure, du territoire...) recueillies par les acteurs et les actrices (professionnel·les, bénévoles, parents, aidant-es...) en lien avec les publics.

*Exemples : données épidémiologiques, données sociologiques, données démographiques, diagnostics locaux/régionaux, études nationales...*



Les données chiffrées recueillies sont récentes (moins de 5 ans).



Les sources d'informations sont clairement identifiées.

*Les sources utilisées sont fiables. Par exemple, elles sont issues de données de la statistique publique.*



#### Commentaires

### 2.2 L'analyse de la situation repose sur les observations des acteurs et actrices (« besoins perçus ») en lien avec le public cible du projet (professionnel·les, bénévoles, parents, aidant-es...)

*Exemples : habitudes de vie, consommations, utilisation des services, relations dans la communauté, aménagement du cadre de vie...*



#### Commentaires

## Critère 2 · Le projet est basé sur une analyse de situation globale y intégrant les ISTS

### 2.3 L'analyse de la situation s'appuie sur les demandes et/ou constats exprimés par le public destinataire du projet.

*Le public a été interrogé (entretiens individuels, réunion collective, questionnaire...).*



#### Commentaires

### 2.4 Si le public a été interrogé, il tend vers une représentativité du public cible du projet.

*Le groupe de personnes interrogées est dans la mesure du possible aussi diversifié que la population de base à laquelle s'adresse le projet (caractéristiques sociales, démographiques...).*



#### Commentaires

### 2.5 Un état des lieux a été mené recensant les réponses existantes en lien avec la thématique du projet sur le territoire ou la structure (offre de soins, de services, d'activités, projets, professionnels en place...).



#### Commentaires

## Critère 2 · Le projet est basé sur une analyse de situation globale y intégrant les ISTS

**2.6 Les questions, outils et méthodes pour recueillir les données du diagnostic sont élaborés avec le public.**



Commentaires

**2.7 Les priorités du projet sont définies à partir de l'analyse des besoins identifiés, des demandes exprimées et des réponses existantes.**



Commentaires

**2.8 Les priorités sont définies avec le public.**

*Exemple : le public participe aux groupes de travail qui décident des priorités retenues.*



Commentaires

## Critère 2 - Le projet est basé sur une analyse de situation globale y intégrant les ISTS

### 2.9 L'analyse de la situation interroge l'ensemble des déterminants de la santé et les facteurs d'influence de ces déterminants.

*Exemple : Dans le cas d'un projet autour de l'alimentation des élèves, le recueil des données ne se centre pas uniquement sur les comportements alimentaires des enfants, mais explore les différents déterminants de la thématique de santé étudiée (environnement lié à la cantine scolaire, accessibilité à l'offre alimentaire, déterminants socioéconomiques, etc.).*



#### Commentaires

### 2.10 Les différents groupes ciblés concernés par la problématique sont clairement définis et décrits.

#### Commentaires

### 2.11 Dans la mesure du possible, le public « petite enfance » est ciblé par le projet.

*Si le projet touche l'enfance et la parentalité ou la population générale.*



#### Commentaires



## Critère 2 - Le projet est basé sur une analyse de situation globale y intégrant les ISTS

2.12 Les résultats du diagnostic sont communiqués à l'ensemble des parties prenantes (équipe professionnelle de la structure porteuse, publics, partenaires, financeurs, etc).



### Commentaires

### Points forts

### Points à améliorer

### Priorités d'action

# Critère 3 - Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des ISTS



## En quelques mots

Ce critère interroge la mise en œuvre du projet au regard des stratégies de promotion de la santé à travers plusieurs dimensions :

- **L'approche du projet et les stratégies développées (3.1 à 3.2)** : ces items cherchent à savoir si le projet s'inscrit dans une « approche positive de la santé ». Cette notion est développée dans le champ de la promotion de la santé et les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle met l'accent sur les stratégies visant les facteurs protecteurs de la santé plutôt que les facteurs de risque. Par exemple, il s'agit de savoir si le projet se positionne à partir de la question : « *qu'est-ce qui crée de la santé* » ? plutôt que « *qu'est ce qui fait qu'une personne est malade* » ? (INPES, 2009). L'approche en promotion de la santé préconise également de diversifier les stratégies d'intervention (par exemple : formation des professionnels, modification de la politique d'un établissement, travail sur le partenariat...) et de ne pas se centrer uniquement sur des stratégies liées aux comportements individuels, qui ne peuvent, à elles seules, agir sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
- **Des actions adaptées aux sous-groupes de la population (3.3)** : la littérature de référence de cette grille recommande de prévoir des activités adaptées à chacun des sous-groupes de la population éventuellement identifiés. Il s'agit de moduler l'intensité de l'intervention selon le niveau socio-économique et en fonction des besoins, suivant une approche dite « d'universalisme proportionné ».
- **La communication autour du projet (3.4)** : cette dernière doit être adaptée au niveau de « littératie » des publics destinataires du projet, c'est-à-dire à « leur capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie » (Ferron, 2017).

**Enfin, le contexte du projet est interrogé (3.5 à 3.7)** : ce dernier doit être pensé dans une perspective dynamique, en lien avec l'ensemble des actions, dispositifs, mesures et acteurs existants sur le territoire qu'il couvre.



## Par exemple ?

**Au sein d'un établissement scolaire**, une problématique de surpoids chez les élèves a été constatée. Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) a décidé de faire un diagnostic plus approfondi, qui montre plusieurs éléments :

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

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

**Un diagnostic réalisé par une Maison sport santé** montre la nécessité de travailler sur l'augmentation de la pratique d'activités physiques chez les jeunes. Un plan d'action visant une approche globale de la santé pourrait poursuivre les objectifs suivants : rendre lisible l'offre d'activité physique à destination des jeunes sur le territoire ; renforcer l'accessibilité financière des jeunes à une adhésion à une association sportive ou à une licence sportive ; renforcer la motivation des jeunes à pratiquer une activité physique ; renforcer les collaborations entre jeunes et professionnels au sein de la Maison sport santé.

### Critère 3 - Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des ISTS

#### 3.1 Le projet privilégie une approche positive de la santé.

Il n'est pas exclusivement fondé sur le risque ou la maladie.

Il inclut les facteurs protecteurs de la santé.

Exemples : approche favorisant l'estime de soi, l'alimentation équilibrée, la pratique d'une activité physique, le soutien social...



#### Commentaires

#### 3.2 Le projet articule différentes stratégies d'intervention (tenant compte des déterminants questionnés).

Exemples : individuels, collectifs, sur les organisations, dans les lieux de vie, au niveau de la politique de santé, sur le climat et lien social.

Les actions centrées sur l'individu ne reposent pas uniquement sur de l'apport d'information.

Le projet porte sur d'autres stratégies d'intervention que sur les compétences individuelles de la population :

- Implantation des ressources (accessibilité physique et financière à l'offre de soin et d'accompagnement existante, compréhension et visibilité de l'offre, formation des professionnel·les, création d'environnements favorables à la santé...)
- Stratégies politiques (coordination avec d'autres acteurs, partenariat, collaborations)
- Potentiel social : mobilisation sociale de la population, médiateurs pairs, pouvoir d'agir communautaire...



#### Commentaires

### Critère 3 - Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des ISTS

#### 3.3 Les actions portées par le projet sont adaptées en fonction des différentes populations ciblées.

Exemple : La mise en place de stratégies différenciées pour le dépistage organisé des cancers envers :

- la population générale d'un département ;
- la population isolée d'un territoire rural de ce département avec l'instauration d'un service mobile ;
- les publics migrants avec l'instauration d'un service d'interprétariat ;
- certains publics en situation de précarité avec la mise en place de médiateurs-santé.



#### Commentaires

#### 3.4 La communication autour du projet est organisée.

Des actions de communication sont prévues dans le projet.



Les outils et supports de communication sont adaptés aux différents publics concernés par le projet.

Par exemple, ils reposent sur la méthode FALC (Facile à lire et à comprendre), permettant l'accessibilité de la lecture pour les personnes en situation de handicap intellectuel ; ou sur des dispositifs d'interprétariat pour les personnes ne maîtrisant pas ou peu la langue française.



Les supports sont co-construits avec les publics auxquels ils sont destinés.



#### Commentaires

### Critère 3 - Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des ISTS

**3.5 Les rôles, tâches et responsabilités des différents acteurs et actrices du projet (porteurs du projet, partenaires et publics) sont clairement définis.**

*Exemple : plan opérationnel définissant qui fait quoi, auprès de qui...*



Commentaires

**3.6 Le projet s'articule à l'offre territoriale existante (il n'est pas une intervention isolée auprès d'un individu ou d'un groupe).**

*Exemple : identification des relais possibles sur le territoire et sur les différents domaines d'intervention (soins, social, loisirs...).*



Commentaires

**3.7 La continuité/pérennisation du projet (financement et animation) est prise en compte dès la planification.**

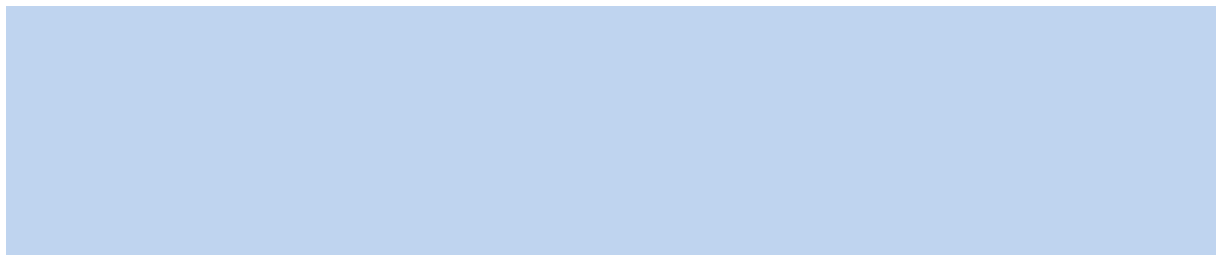
*Exemples : implication de la population aux différentes étapes du projet, soutien du projet par une équipe projet au sein d'un établissement, communication sur les possibilités de poursuite du projet, identification des aides financières pour poursuivre le projet...*



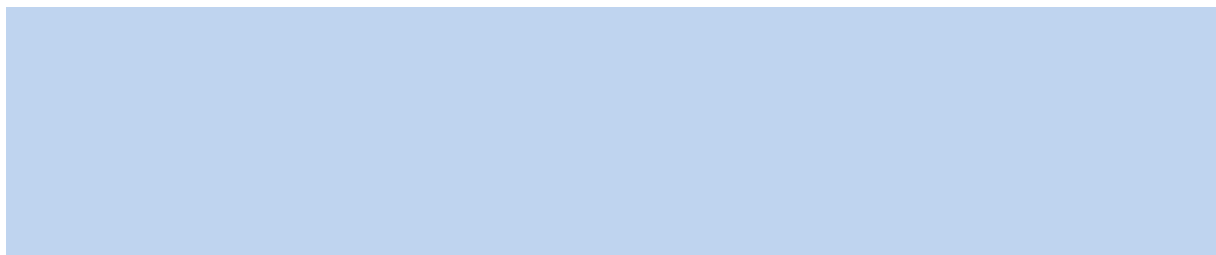
Commentaires

**Critère 3 - Le projet privilégie une approche positive et globale de la santé visant la réduction des ISTS**

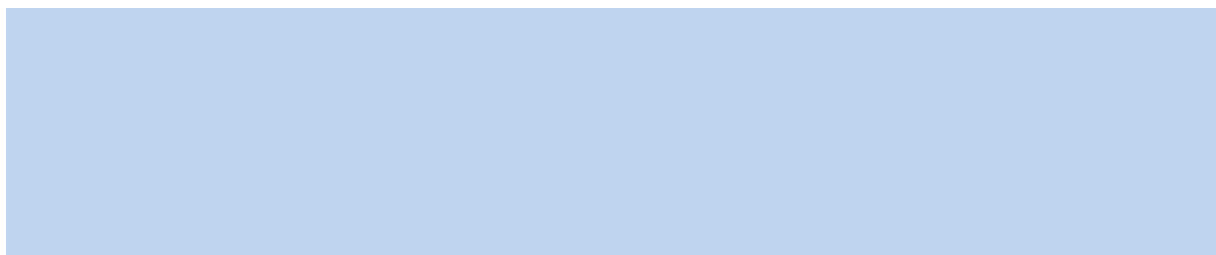
**Points forts**



**Points à améliorer**



**Priorités d'action**



# Critère 4 - Le projet vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus



## En quelques mots

Ce critère interroge les mesures entreprises afin de renforcer le « pouvoir d'agir » des populations destinataires du projet à travers :

- **Le renforcement des ressources personnelles et sociales de ces populations (4.1).**
- **Les conditions de la participation des publics (4.2 et 4.3).**

De manière générale, ce critère valorise des modalités qui permettent aux bénéficiaires de disposer d'un plus grand pouvoir d'action et de décision au sein du projet (par exemple, en les positionnant à des niveaux de conception, d'organisation ou d'animation d'ateliers), tout en veillant à ce que tous les sous-groupes identifiés puissent y avoir accès. La littérature sur la participation des publics (perçue ici comme un des leviers du pouvoir d'agir) préconise d'intégrer la participation à toutes les étapes de la méthodologie de projet. Il s'agit également de développer des activités permettant d'améliorer la « conscience critique » de la population (Ridde, Queuille, 2006), notamment : être capable d'identifier les causes du problème que l'on cherche à résoudre, de comprendre que les causes et les solutions du problème vécu ne relèvent pas de la seule responsabilité du public cible.



## Par exemple ?

**Suite à des demandes répétées des bénéficiaires de l'épicerie solidaire d'un centre social**, ce dernier a mis en place un atelier cuisine. Au début du projet, il a été proposé à l'ensemble des personnes fréquentant le centre social de s'impliquer, pour celles et ceux qui le souhaitent, dans la gestion et l'animation de l'atelier cuisine. Un noyau de personnes s'est alors constitué. Avec l'aide de l'animatrice, il a élaboré le projet et défini le mode de fonctionnement de l'atelier. Les recettes cuisinées sont décidées par les participant·es. L'atelier est animé en binôme par une personne utilisatrice du centre social et une diététicienne : la première apportant ses connaissances et savoir-faire relatifs à la recette cuisinée, l'autre proposant des variantes afin de cuisiner autrement et de travailler sur l'équilibre alimentaire.

L'atelier cuisine aurait pu être entièrement géré par le centre social et animé par une diététicienne proposant, elle-même, des recettes. Dans ce projet, ce sont les personnes utilisatrices du centre social qui se sont emparées de l'atelier cuisine, la structure s'occupant uniquement du volet organisationnel et financier. Cet atelier permet ainsi de valoriser les bénéficiaires et de renforcer leur capacité d'agir.



## Critère 4 : Le projet vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus

### 4.1 Le projet privilégie le renforcement des ressources personnelles et sociales des populations.

Le projet est respectueux des personnes et attentive à leurs croyances, comportements et habitudes. Il exclut toute forme de jugement, de stigmatisation et de culpabilisation.

*Exemples : les stratégies d'intervention ne sont pas basées sur la menace ou l'usage de la peur, la posture des professionnel·les est adaptée aux spécificités du public...*



Les intervenant·es sont formé·es aux spécificités du **public cible** ou détiennent une bonne connaissance du public cible.



Le projet comprend des activités visant à renforcer le développement des connaissances et des **compétences psychosociales**.

*Exemples : savoir faire des choix, faire face à ses émotions, être capable de s'affirmer ou de résister à la pression, savoir identifier une difficulté, savoir envisager des solutions.*



Le projet comprend des activités qui s'appuient sur les ressources des personnes ou des populations et les valorisent.

*Exemple : Dans le cadre d'un projet sur l'environnement, une habitante d'une commune propose à d'autres habitant·es un atelier sur la conception de produits d'entretien naturels ; lors d'un atelier sur la nutrition, les personnes échangent sur leurs solutions d'achats alimentaires à bas prix.*



Le projet comprend des activités qui permettent aux publics de développer une conscience critique.

*Exemples : formations, jeux de rôle, discussions de groupe permettant de repérer les déterminants de la problématique de santé travaillée.*



### Commentaires

## Critère 4 : Le projet vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus

### 4.2 Des conditions favorables à la participation aux activités ont été envisagées.

Les contraintes économiques pour que les publics puissent participer ont été prises en compte (mesures incitatives).

*Exemple : Il est prévu un remboursement des frais de déplacements et/ou un mode de garde des enfants.*



L'accessibilité physique des actions du projet (accès handicapé, distance) a été prise en compte.



Les messages, outils et méthodes sont définis avec le public à toutes les étapes du projet (définition avec leurs propres mots, leur propre usage).



#### Commentaires

### 4.3 La participation des populations concernées est favorisée autant que possible à toutes les étapes du projet.

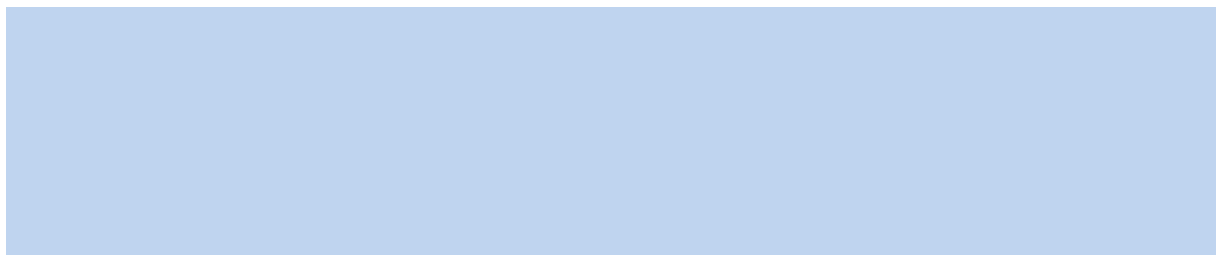
*La participation ne se limite pas à la présence du public : autant que possible, le public est intégré dans l'équipe projet au même titre que les autres parties prenantes, il participe à la construction du projet, à la définition des stratégies, à la mise en place du projet et à son évaluation.*



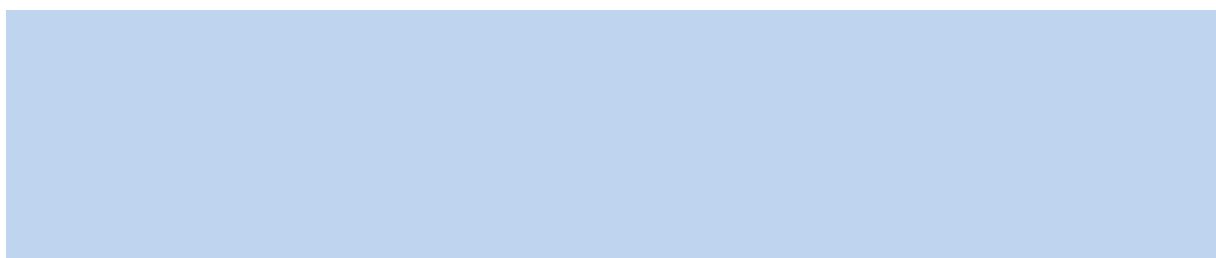
#### Commentaires

## Critère 4 : Le projet vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus

### Points forts



### Points à améliorer



### Priorités d'action



# Critère 5 - Le projet prévoit une évaluation structurée qui interroge ses effets sur les ISTS



## En quelques mots

Ce dernier critère s'intéresse à la façon dont l'évaluation du projet va intégrer la question des inégalités sociales et territoriales de santé à travers :

- **Sa conception (5.1 à 5.3)**
- **Son contenu (c'est-à-dire ce qu'elle va interroger) (5.4 à 5.6)**

Dans les grilles existantes, la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé dans l'évaluation intègre, autant que possible, la contribution de la population du projet – et de ses différents **sous-groupes** éventuels - à la conception et la mise en œuvre de l'évaluation (la dimension participative peut également être interrogée en elle-même).

Des indicateurs d'évaluation spécifiquement liés aux inégalités sociales et territoriales de santé peuvent être élaborés, visant, dans la mesure du possible, à évaluer si la situation des groupes les plus défavorisés s'est améliorée en comparaison d'autres groupes, ou si les différences entre les groupes se sont réduites (par exemple, pour un projet sur le dépistage organisé des cancers : évolution du taux de participation au dépistage selon la catégorie socioprofessionnelle ; cf. illustration suivante). D'autres indicateurs peuvent interroger plus spécifiquement le projet sur **les déterminants de santé** affectant des sous-groupes spécifiques. Dans le cas où le projet ne s'adresse qu'à un groupe déterminé, il peut être intéressant, si les conditions le permettent, de comparer les résultats du projet avec des données disponibles concernant d'autres groupes sociaux.



## Par exemple ?

**L'évaluation d'un projet lié au dépistage organisé du cancer du sein peut s'intéresser aux indicateurs de résultats suivants** (pour une évolution T0 / T1) :

- Evolution du taux de participation au dépistage et plus spécifiquement évolution du nombre de femmes en situation de précarité participant au dépistage ;
- Evolution des représentations de ces dernières quant à la mammographie ;
- Evolution de l'accessibilité du cabinet de radiologie ;
- Evolution de l'accès géographique et financier au dépistage ;
- Evolution des représentations des médecins et radiologues autour du dépistage organisé ;
- Evolution du taux de dépistage selon la catégorie socioprofessionnelle.

**Les indicateurs de processus** peuvent quant à eux concerner le nombre d'affiches distribuées, les types de supports utilisées et adaptées aux personnes en situation d'illettrisme, le nombre de relais sociaux formés, *etc.*

## Critère 5 : Le projet prévoit une évaluation structurée qui interroge ses effets sur les ISTS

### 5.1 L'évaluation est formalisée dès la conception du projet.



Commentaires

### 5.2 L'évaluation est élaborée avec les différentes parties prenantes (équipe professionnelle de la structure porteuse, publics, partenaires...).

Un protocole d'évaluation comprenant les indicateurs d'évaluation, les moyens humains pour la mise en œuvre de l'évaluation et le calendrier est élaboré avec les parties prenantes.



Les outils d'évaluation (questionnaires, grilles d'entretien, observations...) sont élaborés avec les parties prenantes.



Commentaires

### 5.3 L'évaluation interroge les différentes parties prenantes (professionnels de la structure porteuse, publics, partenaires...).



Commentaires

## Critère 5 : Le projet prévoit une évaluation structurée qui interroge ses effets sur les ISTS

### 5.3 L'évaluation prévoit d'apprécier le degré de participation du ou des publics tout au long du projet.

Exemples : repérage de temps de consultation, de co-construction et/ou de restitution à différentes phases du projet, appréciation du nombre de personnes participant aux réunions et événements organisés, assiduité, diversité, satisfaction...



#### Commentaires

### 5.4 L'évaluation permet de mettre en avant des résultats au regard des objectifs du projet.



#### Commentaires

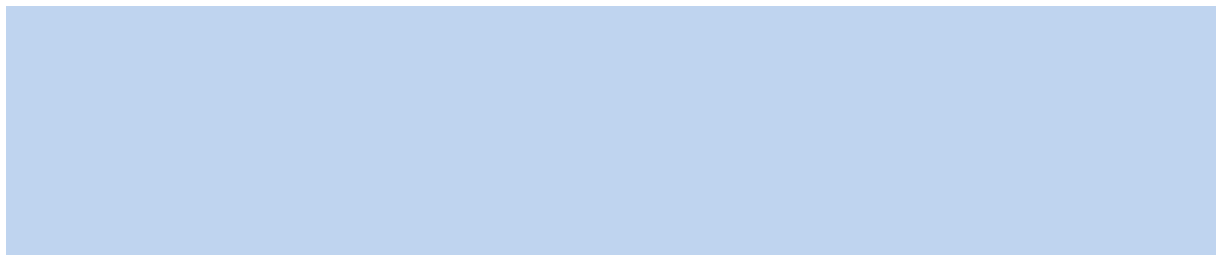
### 5.5 L'évaluation comprend des indicateurs qui permettent d'apprécier les résultats de l'intervention sur différents sous-groupes (si différents sous-groupes au sein de la population cible ont été repérés).



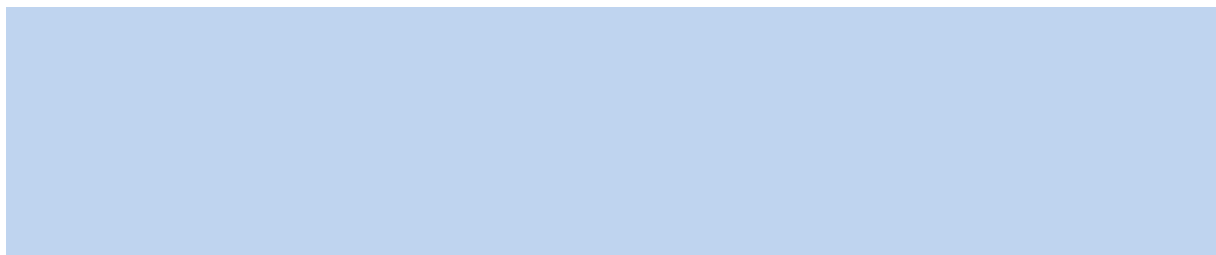
#### Commentaires

**Critère 5 : Le projet prévoit une évaluation structurée qui interroge ses effets sur les ISTS**

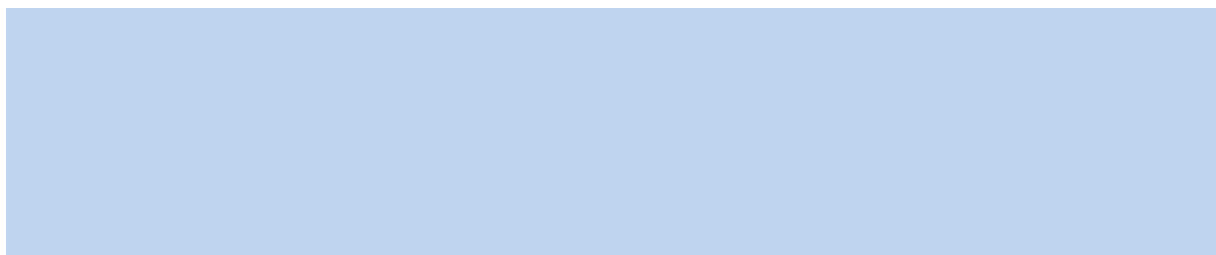
**Points forts**



**Points à améliorer**

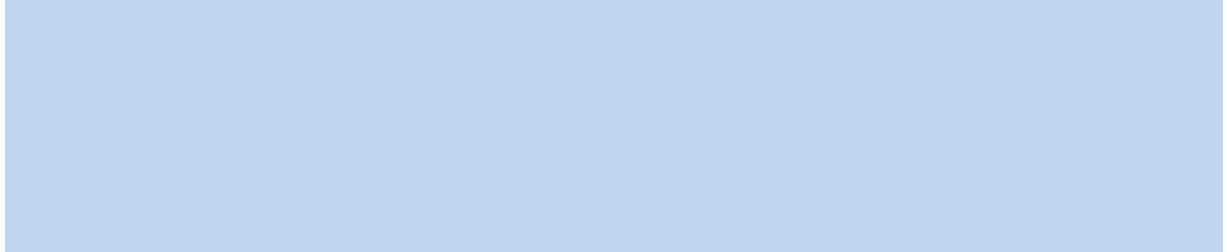


**Priorités d'action**

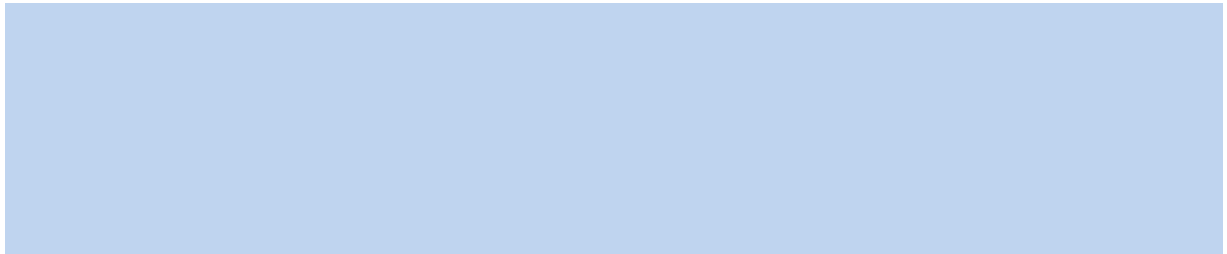


# Synthèse des éléments à améliorer

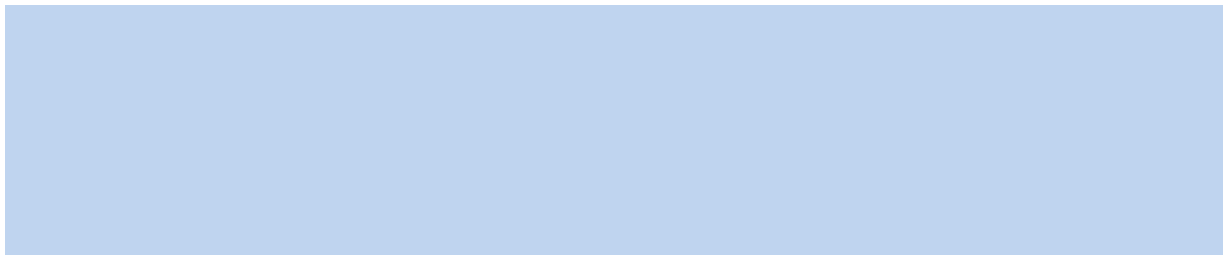
1



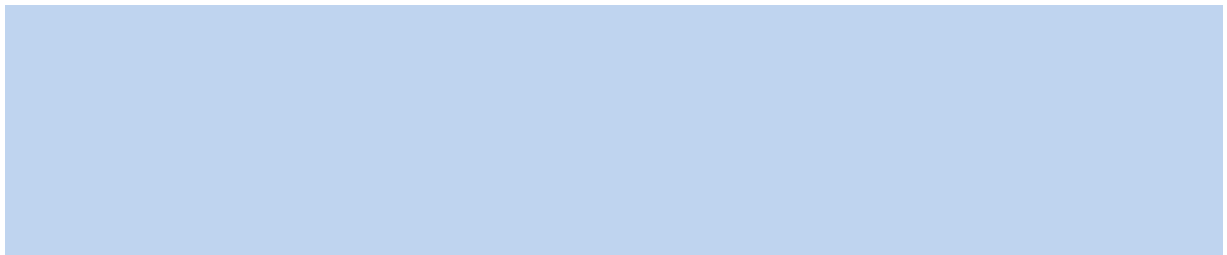
2



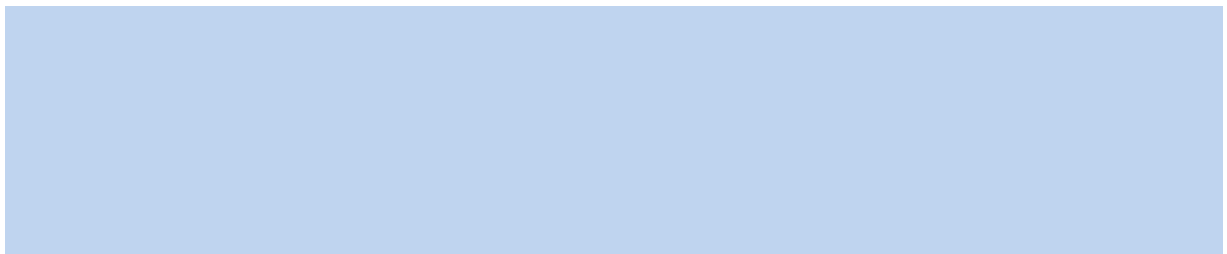
3



4



5





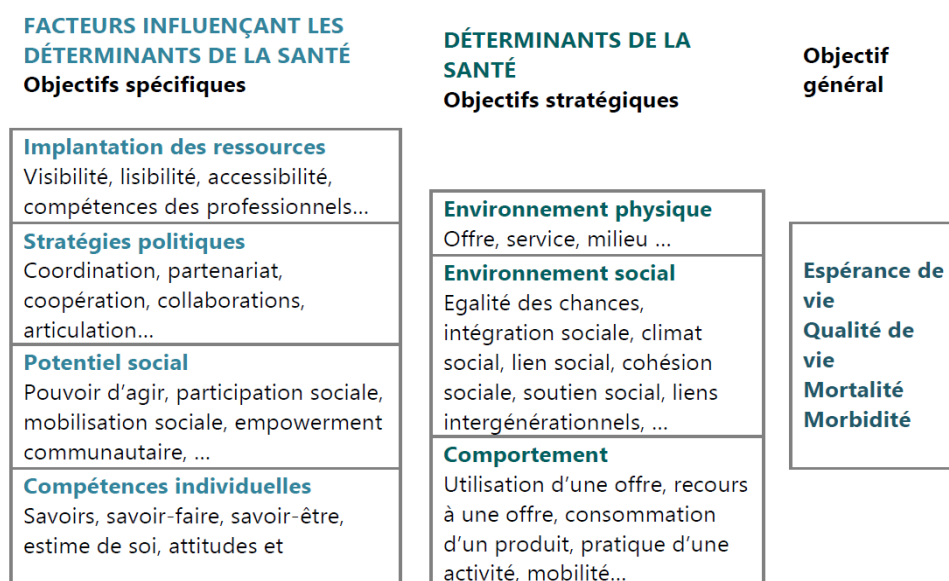
# Définitions

## Approche positive et globale de la santé

La littérature se rattachant aux fondamentaux de la promotion de la santé préconise d'adopter une approche positive et globale de la santé. Cette approche renvoie à la définition de la santé de l'OMS, selon laquelle la santé constitue la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci. Dans cette définition, la santé est perçue comme un « concept positif » mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques (OMS, 1986).

L'approche positive de la santé vise à inclure aux interventions les facteurs protecteurs, et non exclusivement les facteurs liés au risque ou à la maladie. Une partie de la littérature scientifique en santé publique montre que certaines stratégies d'interventions s'appuyant sur des notions de « groupes à risque » ou de « comportement à risque » contribuent à des pratiques coercitives et discriminatoires compromettant l'efficacité des interventions (voir par exemple Perreti-Wattel, Spica, 2010). **Les facteurs protecteurs** sont un ensemble des ressources internes et externes. Ils comportent des caractéristiques individuelles (estime de soi, sentiment d'appartenance, etc.), des comportements personnels (alimentation, activité physique) et des conditions socio-économiques (travail, air et eau non pollués, appui social, soins...) (INPES, 2009).

L'approche globale de la santé renvoie à la prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé dans une perspective coordonnée. A l'échelle d'un projet, il s'agit principalement de repérer ces déterminants et de développer des niveaux complémentaires d'intervention. [L'outil de catégorisation des résultats](#) détaille différentes **stratégies d'intervention** (Spencer et al., 2008 ; cf. schéma).



Plusieurs analyses montrent qu'une part importante des actions de prévention visent uniquement des stratégies liées aux compétences individuelles et aux comportements favorables à la santé (correspondant au bas du schéma). Or, les stratégies qui se centrent exclusivement sur le niveau des déterminants individuels contribuent à accroître les inégalités sociales de santé, ce qui a notamment été observé dans les domaines du tabagisme, de l'obésité ou du cancer (Peretti-Wattel, 2013). Elles peuvent par exemple conduire à stigmatiser certains comportements sans prendre en compte les conditions matérielles et d'existence qui y sont liées.

## Compétences psychosociales (CPS)

Santé Publique France définit les CPS comme un « ensemble cohérent et inter-relié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent de renforcer le pouvoir d'agir (empowerment), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnel optimal et de développer des interactions constructives » (Santé Publique France, 2022, p. 23). Les CPS sont déterminées par différents facteurs : individuels, sociaux et environnementaux.

## Déterminants de la santé

Les inégalités sociales et territoriales de santé s'expliquent par une interaction complexe entre différents déterminants de santé (Dahlgren, Whitehead, 1991) :

- Les caractéristiques biologiques des individus
- Les comportements et modes de vie personnels
- Les conditions économiques, culturelles et sociales
- L'influence des groupes sociaux et les communautés dans lesquelles les individus s'inscrivent
- Les facteurs liés aux conditions de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels (offre alimentaire, éducation, logement, services de santé, ...)
- Les conditions économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans l'ensemble de la société.

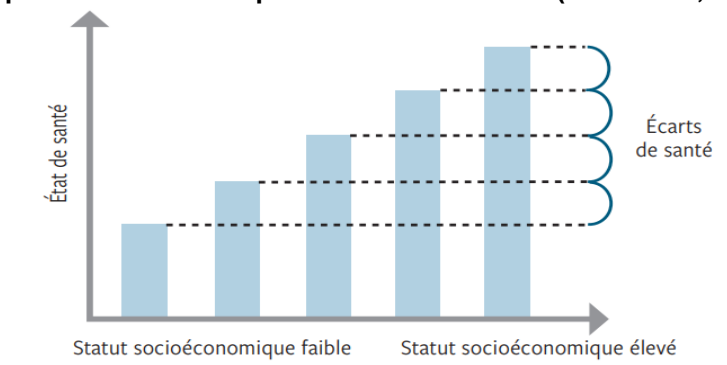
A l'intérieur de ces déterminants, les déterminants sociaux constituent l'ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le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

## Gradient social

Les inégalités sociales et territoriales de santé se manifestent au travers de groupes sociaux hiérarchisés en suivant un « gradient social ». Le gradient social décrit la correspondance entre les différences observées et la position dans la hiérarchie sociale selon des indicateurs tels que les revenus, le niveau d'études ou encore la profession. Plus l'on descend dans l'échelle sociale, plus la probabilité d'être affecté par des problèmes de santé est élevée. Il existe ainsi plusieurs écarts de santé tout au long de l'échelle sociale, et non pas seulement un écart entre les catégories sociales situées aux extrêmes.

Les travaux scientifiques se réclamant d'une approche de promotion de la santé préconisent des politiques et des interventions visant à réduire l'ensemble de ces écarts et à « aplanir » la courbe du gradient social.

### Représentation théorique des écarts de santé (Luttz et al., 2019)



## Inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités de santé incluent tout type de différences de l'état de santé observé entre groupes ou individus. Elles peuvent, à titre d'exemple, découler de facteurs génétiques ou physiologiques et sont dans ce cas considérées comme inévitables. Les inégalités sociales et territoriales de santé sont exclusivement liées à des facteurs sociaux extérieurs aux individus (Lambert, 2021). Elles sont socialement construites et demeurent la conséquence d'une inégalité dans la répartition des ressources et du pouvoir au sein de la société. Elles peuvent de ce fait être considérées comme évitables (Potvin, Moquet, Jones, 2010). Ces inégalités sont liées à la position sociale à travers la catégorie socioprofessionnelle, mais elles peuvent également relever d'autres facteurs comme le genre ou le territoire (Whitehead, Dahlgren, 2006).

## Intersectorialité

L'intersectorialité renvoie aux actions entreprises par d'autres secteurs que celui de la santé, en collaboration ou pas avec le secteur de la santé, qui visent des résultats de santé ou en termes de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (Jobin et al., 2017). L'action intersectorielle favorable à la santé est menée dans différents « secteurs » ou domaines d'activités, tels que la famille, l'éducation, l'emploi, le logement, l'aménagement urbain, la sécurité publique, les transports et l'environnement, et par différents types d'acteurs, notamment les ministères et les organismes gouvernementaux, les acteurs publics ou encore les collectivités territoriales. L'action intersectorielle peut prendre plusieurs formes selon les acteurs qui la conçoivent et la mettent en œuvre.

## Littératie en santé

La notion de littératie renvoie à la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie. La littératie est considérée par certains auteurs comme un marqueur des inégalités sociales et territoriales de santé (Ferron, 2017). A l'échelle d'un projet ou d'une action, il s'agit de rendre l'information accessible et compréhensible, mais également de développer des environnements qui soutiennent le développement et la mise en application des capacités de littératie en santé à travers des outils pratiques (rendre la compréhension de documents accessibles par exemple) et la posture des professionnels.

## Participation

L'OMS définit la participation comme un « processus selon lequel les personnes sont en mesure d'être impliquées de manière active et véritable dans la définition de points les concernant, dans la prise de décisions sur des facteurs affectant leur vie, dans la formulation et la mise en œuvre de politiques, dans la planification et la prestation de services ainsi que dans le processus d'action visant à un changement » (OMS, 2020, p.15). Cette définition met en lumière l'importance d'un rééquilibrage des pouvoirs entre les différentes parties prenantes, permettant de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (Wallerstein, 2006). La plupart des auteurs distinguent différents niveaux de participation allant de la simple consultation à la co-décision, voir à la délégation de pouvoir. Les travaux dans le champ de la promotion de la santé préconisent de développer la participation dans toutes les étapes d'un projet de santé :

- Intégrer la population dès le départ du projet et organiser des processus d'accompagnement et/ou de formation
- Intégrer la population aux démarches de recueil des besoins dans une logique de co-construction
- Organiser une restitution publique des résultats d'états des lieux/de diagnostics
- Intégrer la population à la phase de priorisation des résultats

- Evaluer les dimensions participatives des projets ; intégrer les populations aux processus d'évaluation

Certains auteurs en sciences sociales suggèrent que le sentiment de légitimité à participer est lié à des mécanismes de sélection sociale, et que les dispositifs de participation contribuent à reproduire des inégalités sociales existantes. Les classes moyennes et dotées d'un fort bagage apparaissent ainsi surreprésentées dans les instances représentatives (Blondiaux, 2008). Ces constats amènent à préconiser de s'assurer que l'ensemble des sous-groupes identifiés au sein de la population cible du projet puissent avoir accès à ses instances participatives.

## Pouvoir d'agir (ou empowerment)

Le pouvoir d'agir est un concept large qui recouvre différentes significations dans la littérature. Dans les références du champ de la promotion de la santé, il traduit des approches visant à permettre aux individus, aux communautés ou aux organisations de disposer d'un plus grand pouvoir d'action et de décision, ainsi qu'une plus grande influence sur leur environnement de vie (Ridde, Queuille, 2006). La participation, les compétences psycho-sociales sont considérées dans ces sources comme des leviers du pouvoir d'agir.

## Universalisme proportionné

Sur le plan conceptuel, les approches pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé peuvent être réparties en trois groupes (Lutz et al., 2019 ; Porcherie et al., 2018).

- **Les approches universelles** font référence aux interventions qui s'adressent à l'ensemble de la population. Il a été montré que ces interventions parviennent rarement à atteindre la totalité des groupes sociaux. Les groupes les plus défavorisés ont souvent plus de difficulté à accéder à ce type d'intervention.
- **Les approches ciblées** visent des groupes spécifiques de la population, souvent identifiés à partir d'études épidémiologiques comme étant plus à risque. La focalisation sur ces groupes peut amener à négliger les besoins d'autres groupes intermédiaires et entraîner des effets de stigmatisation.
- **L'universalisme proportionné** constitue une approche mixte visant à pallier les faiblesses respectives de ces approches (Marmot, 2010), en mettant en œuvre des mesures universelles (s'adressant à l'ensemble de la population) combinées à des mesures proportionnelles ciblées (adaptées aux besoins spécifiques de certaines populations). Il s'agit donc d'offrir une intervention universelle concernant l'ensemble de la population, mais avec une intensité et des modalités qui varient en fonction des différents sous-groupes et de leurs besoins.

Bien que ce concept ait connu un succès important au sein du champ de la santé publique, il n'existe pas à ce jour un véritable consensus sur la manière dont celui-ci doit être mis en pratique sur le terrain à l'échelle d'un projet. Toutefois, les outils existants sur les inégalités sociales et territoriales de santé invitent les porteurs de projet à ne pas viser les populations exclusivement les plus défavorisées afin d'agir sur le gradient social (Guichard, Ridde, 2010 ; Lentille ISS). Ils préconisent d'identifier la **population cible** du projet (par exemple : les enfants d'un quartier), et de distinguer des **sous-groupes** au sein de cette population (par exemple : les enfants de familles migrantes, les enfants de familles monoparentales, les enfants des familles de groupes socioéconomiques moyens...) en fonction des caractéristiques qui peuvent les différencier (catégories d'âge, genre, niveau socio-économique, niveau d'études, conditions de vie...) et expliquer des besoins ou attentes différents. D'un point de vue opérationnel, il est à noter que de telles mesures sont complexes et leur mise en pratique semble faire l'objet d'un débat dans les travaux scientifiques. C'est pourquoi il est conseillé de se reposer sur une appréciation collective au sein du projet afin d'adapter les actions déployées en fonction de différents groupes de population éventuellement identifiés.

# Bibliographie

- Affeltranger B., Potvin L., Ferron C. et al. (2018), « Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? », *Santé Publique*, 2018/HS1, pp. 13-24.
- Blondiaux L. (2008), *Le nouvel esprit de la démocratie. Actualité de la démocratie participative*, Seuil.
- Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS (2009), *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Rapport final, Organisation Mondiale de la santé.
- Dalgren G., Whitehead M. (1991), « What can we do about inequalities in health », 338, pp. 1059-1063.
- Ferron C. (2017), *La littératie en santé. Synthèse bibliographique*, Fnes, 39 p.
- Gaudefroy M., Osbery A., Christophe E. (2018), « Réduire les inégalités de santé : Lor'IS, une grille d'accompagnement pour les acteurs de terrain en promotion de la santé », *Santé Publique*, HS1(S1), pp. 111-119.
- Guichard A., Ridde V. (2010), « Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé ». In : Potvin L, Moquet M-J, Jones C (sous la dir) *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, p. 297-312.
- Guichard A., Hébert C., Nour K. et al. (2018), « Adaptation et condition d'utilisation d'un outil d'analyse des interventions au regard des inégalités sociales de santé », *Santé publique*, 2018/HS1, pp. 121-130.
- Inpes (2009), *Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations – Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé*, Saint-Denis : Inpes, 40 p.
- Ireps Lorraine (2011). *Evaluez vos actions en éducation et promotion de la santé. Guide d'accompagnement à l'évaluation de vos projets*, Laxou : Ireps Lorraine, 58 p.
- Ireps Lorraine (2012), *La démarche de projet et ses critères de qualité*, Laxou : Ireps Lorraine.
- Ireps Lorraine (2013), *Synthèse des réflexions lorraines sur les inégalités sociales et territoriales de santé entre 2011 et 2013*, Laxou : Ireps Lorraine.
- Jobin L., Simard J., Pigeon M. (2017), *Action intersectorielle : le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 40 p.
- Lambert H. (coord.) (2021), *Les onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*, Bruxelles : UCLouvain / IRSS-Reso, Promotion Santé Normandie, Fnes, 64 p.
- Marmot M. (2010), « Fair society, healthy lives », *Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review*, February 2010.
- Organisation Mondiale de la Santé (1986), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Conférence internationale pour la promotion de la santé « Vers une nouvelle santé publique », 17-21 novembre 1986.
- Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe, (2020), *Participation de la population à la santé locale et au développement durable : approches et techniques*, Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe.
- Outil Lentille ISS : *Le questionnaire inégalités sociales de santé*. En ligne : <http://www.inegalitesdesante.be> (page consultée le 3 mars 2023).
- Outil Reflex-ISS. En ligne : <http://www.equitesante.org/reflex-iss/> (page consultée le 3 mars 2023).
- Peretti-Watel P, Spica L. (2010), « Le stigmate, une arme préventive contre les conduites à risque ? », *Questions de santé publique*, 2010;(8), pp. 1-4.

Peretti-Watel P. (2013), « La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61 S3, p. 158-162.

Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (Dir.) (2010), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Inpes.

Ridde V., Queuille L. (2006), « Un outil d'évaluation de l'empowerment : une tentative en Haïti », *Canadian Journal of Program Evaluation*, 21(3), pp. 173-180.

Santé Publique France (2022), *Les compétences psychosociales : état des connaissances spécifiques et théoriques*, Rapport complet, Santé Publique France.

Spencer B., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B. (et al.) (2008), « Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention », *Health Promotion International*, volume, 23, pp. 86-97.

Wallerstein N. (2006), *What is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health ?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe  
(Health Evidence Network report ; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>), 37 p.

Whitehead M., Dahlgren G. (2006), *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up Part 1*, Organisation Mondiale de la Santé, 45 p.

**Retour sur le webinaire « Comprendre & agir en promotion de la santé · Les inégalités sociales et territoriales de santé »**, organisé par l'Ireps Grand Est le 1er décembre 2022 : [www.ireps-grandest.fr](http://www.ireps-grandest.fr) / *Se documenter / Nos productions*



# Prosis, une grille d'accompagnement de vos projets de santé

La promotion de la santé et ses stratégies sont reconnues comme permettant de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Prosis est une grille qui accompagne les porteurs et porteuses dans la prise en compte de ces inégalités dans la construction, la réorientation et les perspectives de leurs projets.