



- Les Cas de Terrain de Pratiques en Santé

Pour illustrer la page thématique – Les carnets ouverts de Pratiques en Santé sur le thème : Inégalités sociales et territoriales de santé : comprendre, mesurer, agir - <https://www.pratiquesensante.com/inegalites-sociales-territoriales>

Décider d'une campagne de prévention qui réduit les écarts, au lieu de les creuser

Concevoir une action locale de prévention et d'accès aux soins à la lumière du gradient social — à partir de l'Insee Première n° 1687 et de la synthèse « Inégalités sociales et territoriales de santé » de Pratiques en Santé.

PARAMÈTRES DE L'ATELIER	
Objectif	Décider collectivement de la conception d'une campagne locale de prévention et d'accès aux soins qui n'aggrave pas le gradient social.
Public	Coordination d'un Contrat local de santé (CLS) : élus, coordonnateur·rice, CCAS, France Services, maisons de santé, centre social, associations.
Durée	1 h 30 à 2 h en atelier (sous-groupes puis mise en commun).
Production attendue	Une décision argumentée : public prioritaire (par lieu et canal), canal, message-clé, partenaires et indicateurs.

1. Le contexte territorial

La **communauté de communes des Coteaux de la Vère** (CCCV) est un territoire semi-rural de **19 800 habitants** répartis sur 24 communes autour du bourg-centre de Vère-sur-Ourne. La population y est un peu plus âgée que la moyenne nationale, plusieurs communes n'ont ni commerce ni desserte régulière en transport collectif, et la couverture médicale repose sur deux maisons de santé pluriprofessionnelles inégalement fréquentées.

La CCCV porte un **Contrat local de santé (CLS)** de deuxième génération, signé avec l'ARS, animé par Camille Rondeau, coordonnatrice, à **0,4 ETP**. Autour d'elle : le CCAS intercommunal, un espace France Services, un centre social, une épicerie solidaire, le collège du secteur, les pharmacies, un réseau d'aides à domicile et un tissu associatif. Le comité de pilotage du CLS doit arbitrer chaque année l'emploi d'une enveloppe de prévention limitée.

***Ce cas est fictif** — territoire, structures, personnes et paramètres budgétaires sont inventés à des fins pédagogiques. **En revanche, toutes les données chiffrées de la section 3 sont réelles** et proviennent de la source citée.*

2. L'élément déclencheur

Le bilan de la campagne de prévention de l'an dernier (ateliers santé, journée de dépistage, information sur les droits) vient d'être présenté. Il révèle un paradoxe : la fréquentation a été correcte *en nombre*, mais les participants étaient surtout des habitants déjà bien insérés, mobiles et proches du bourg-centre. Les communes isolées et les personnes les plus éloignées du soin n'ont presque pas été touchées.

Or le comité de pilotage doit, **sous six semaines**, décider de l'emploi de l'enveloppe de l'année à venir : **16 000 € de crédits de prévention** et le **0,4 ETP** de la coordinatrice. L'équipe ne peut pas « tout faire » : elle doit choisir une manière de concevoir la campagne — et assumer ce choix.

3. Ce que dit l'enquête (données de cadrage)

Note à remettre aux participants. Les données ci-dessous sont réelles et servent de socle probant au débat. Chaque chiffre renvoie, en exposant, à la page de la source.

LE GRADIENT SOCIAL DE L'ESPÉRANCE DE VIE

- Chez les hommes, l'espérance de vie à la naissance atteint **84,4 ans** parmi les 5 % les plus aisés, contre **71,7 ans** parmi les 5 % les plus modestes, soit **13 ans d'écart**. ^{p. 1}
- Chez les femmes, l'écart est de **8 ans** (88,3 ans contre 80,0 ans). ^{p. 1}
- L'écart ne se réduit pas à l'opposition riches / pauvres : il progresse *par palier*, à chaque échelon de niveau de vie. Autour de 1 000 €/mois, 100 € de plus sont associés à **+0,9 an** d'espérance de vie chez les hommes ; le gain s'atténue vers le haut de l'échelle (+0,3 an autour de 2 000 €/mois). ^{p. 1}

DIPLÔME, RENONCEMENT AUX SOINS, COMPORTEMENTS

- À diplôme égal, l'aisance financière pèse : chez les hommes non diplômés, l'espérance de vie à 35 ans est de **46 ans** pour les 25 % les plus aisés contre **39 ans** pour les 25 % les plus modestes (7 ans d'écart) ; chez les diplômés du supérieur, l'écart reste de **8 ans**. ^{p. 3}
- Renoncement à consulter un médecin pour raisons financières (12 derniers mois) : **11 %** des adultes parmi les 20 % les plus modestes, contre **1 %** parmi les 20 % les plus aisés. ^{p. 3}
- Tabagisme quotidien (15-64 ans) : **39 %** des personnes sans diplôme, contre **21 %** des diplômés du supérieur. ^{p. 3}

LE TERRITOIRE, RÉVÉLATEUR

- L'espérance de vie varie aussi selon la région : « toutes choses égales par ailleurs », l'Occitanie et les Pays de la Loire présentent le risque de décès le plus faible, les Hauts-de-France le plus élevé. ^{p. 4}
- Une partie des écarts régionaux reflète la **composition sociale** des populations (niveau de vie, diplôme) ; une autre partie subsiste à caractéristiques sociales égales, signe d'**effets propres au lieu** (offre de soins, environnement, comportements). ^{p. 4}

Source : Nathalie Blanpain, « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », Insee Première n° 1687, INSEE, février 2018.

4. La décision à prendre

QUESTION CENTRALE

Comment concevoir la prochaine campagne « prévention et accès aux soins » pour qu'elle **réduise les écarts au lieu de les creuser** — quel public prioritaire (défini par lieu et par canal), quel canal, quel message-clé, quels partenaires et quels indicateurs, dans la limite de 16 000 € et 0,4 ETP ?

La réponse évidente — « communiquer davantage » (affiches, réunion publique, page web) — ne suffit pas. Les données de la section 3 montrent un **gradient social** continu : l'écart concerne toute l'échelle sociale, pas seulement les plus démunis. Une offre universelle *non ajustée* tend à être saisie d'abord par les mieux informés et les plus mobiles — c'est la **loi des soins inversés** —, si bien qu'elle peut élargir l'écart qu'elle prétendait réduire. Mais cibler uniquement « les plus pauvres » stigmatise et manque une partie du gradient. Le collectif doit donc trouver une voie entre l'universel qui dilue et le ciblage qui étiquette.

5. Contraintes et ressources

Contraintes

- Budget de 16 000 € et 0,4 ETP : impossible de mener de front plusieurs dispositifs lourds.
- Mobilité : plusieurs communes sans transport collectif ni commerce de proximité.
- Biais de participation : les actions « ouvertes à tous » attirent surtout les habitants déjà mobilisés.
- Flou de vocabulaire : parler de « publics à risque » ou « à cibler » stigmatise et brouille l'action.
- Données fines rares : l'information sociale à l'échelle du quartier ou du hameau est difficile d'accès.

Ressources mobilisables

- Canaux locaux : France Services, CCAS, centre social, épicerie solidaire, pharmacies, aides à domicile, collège, marché hebdomadaire, secrétariats des maisons de santé.
- Ressources nationales : le guide de leviers pour réduire les inégalités sociales de santé, la démarche « Marmot places » à l'échelle d'un territoire, les synthèses de l'IRDES, et l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) de la DREES pour objectiver l'offre médicale.

6. Trois scénarios contrastés

Ces trois scénarios ne sont pas exclusifs : le collectif peut les combiner et les doser. Ils servent à clarifier les logiques d'action avant d'arbitrer.

Scénario	Principe	Atout	Limite
A — Universel	Campagne grand public : affiches, presse locale, réunion publique, page web, ouverte à tous sans distinction.	Simple, non stigmatisant, large portée ; facile à financer.	Captée d'abord par les mieux informés et mobiles (loi des soins inversés) : risque d'élargir l'écart.
B — Aller-vers ciblé par lieu et canal	Permanences et stands là où les habitants passent déjà : marché, épicerie solidaire, France Services, sortie d'école, domicile, EHPAD.	Touche les moins mobilisés sans les désigner ; cible le lieu, pas l'étiquette.	Coûteux en temps agent ; couverture géographique partielle avec 0,4 ETP.
C — Outillage des relais	Former et outiller les relais de proximité (agents France Services, secrétaires de MSP, travailleurs sociaux, pharmaciens, bénévoles) pour repérer et orienter.	Démultiplie l'action, s'ancre dans la durée, mobilise l'existant.	Effet indirect et différé ; dépend de l'engagement des relais ; montée en charge lente.

7. Questions de travail

1. **Lecture des données.** À partir des repères de la section 3, qu'est-ce que le **gradient social** change pour le ciblage de la campagne ? Pourquoi « cibler les plus pauvres » ne suffit-il pas à corriger l'écart ?
2. **Public prioritaire par lieu et canal.** Sans recourir à une étiquette stigmatisante, quels **lieux et canaux** du territoire retenir en priorité pour atteindre les habitants les moins mobilisés ?
3. **Canal principal.** Quels un ou deux canaux sont réellement compatibles avec 16 000 € et 0,4 ETP ? Qu'est-ce que ce choix implique de renoncer ?
4. **Message-clé en FALC.** Rédiger un message-clé en **FALC (facile à lire et à comprendre)** — quatre phrases maximum, phrases courtes, sans jargon ni tonalité culpabilisante — invitant à recourir à l'action proposée.
5. **Combinaison des scénarios.** Quelle articulation des scénarios A, B et C retenir, et quels partenaires mobiliser pour chacun ?
6. **Prévenir la loi des soins inversés.** Quel « effort proportionné » ajouter à l'offre universelle pour les publics les moins outillés (mobilité, numérique, non-recours), sans créer de guichet séparé ?
7. **Indicateurs.** Définir 3 à 4 indicateurs qui mesurent non le *volume* de participation, mais la **réduction de l'écart** : couverture des communes et canaux visés, part des personnes jusqu'ici non touchées.

8. Repères pour l'animation

CLÉS D'ANALYSE POUR L'ANIMATEUR-RICE

- **Le point aveugle.** Mesurer le succès au seul nombre de participants masque le gradient : « beaucoup de monde » peut signifier « toujours les mêmes ».
- **Cibler par lieu / canal, pas par étiquette.** Raisonner « là où les gens passent » plutôt que « publics à risque » : on atteint sans désigner ni stigmatiser.
- **Universalisme proportionné.** Garder une offre pour tous, mais concentrer l'effort supplémentaire là où le besoin est le plus fort — le cœur de la décision.
- **Le canal compte autant que le message.** Mobilité, illettrisme et non-recours peuvent bloquer l'accès même quand le message est bon.
- **Équité et efficacité ne s'opposent pas.** Ce qui est pensé pour les plus vulnérables finit souvent par bénéficier à tous.

9. Pour aller plus loin

- Nathalie Blanpain, « *L'espérance de vie par niveau de vie : 13 ans d'écart chez les hommes* », Insee Première n° 1687, INSEE, février 2018. ([source primaire du cas](#))
- IRDES, *Les inégalités sociales de santé*, Questions d'économie de la santé.
- HCSP, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*.
- « *Mettre en place un projet qui contribue à la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) — Leviers fondés sur la littérature scientifique* ».
- Pratiques en Santé, « *Inégalités sociales et territoriales de santé : comprendre, mesurer, agir* ». ([article de référence dont dérive ce cas](#))

Cas fictif construit à des fins pédagogiques par Pratiques en Santé à partir de données réelles de l'Insee Première n° 1687 (INSEE, 2018). Reproduction et adaptation autorisées pour un usage de formation, avec mention de la source.