



- Les Cas de Terrain de *Pratiques en Santé*

Le cadre d'action pour l'équité des systèmes de santé : une revue des cadres d'équité en santé australiens et de leur mise en œuvre opérationnelle de la Charte d'Ottawa - <https://www.pratiquesensante.com/blog/pratiques-15/le-cadre-d-action-pour-l-equite-des-systemes-de-sante-une-revue-des-cadres-d-equite-en-sante-australiens-et-de-leur-mise-en-%C5%93uvre-operationnelle-de-la-charte-d-ottawa-6117>

Décider comment inscrire l'équité dans le plan d'action du CLS : des principes aux mécanismes de redevabilité

Un atelier pour transformer un engagement d'équité en actions ciblées, mesurables et partagées — à partir de la revue des cadres d'équité en santé australiens (Haigh et al., Health Promotion International, Oxford University Press, 2026).

Fiche atelier

Objectif — passer d'un principe d'équité affiché à un plan d'action outillé : choisir des publics prioritaires par lieu et par canal, des mécanismes de redevabilité et des indicateurs.

Public — élus locaux, coordination CLS, professionnels de la prévention, du social et du médico-social, éducation, représentants d'habitants.

Durée — 1 h 30 à 2 h en atelier.

Production attendue — une décision argumentée : dosage des scénarios, qui répond de quoi et devant qui, 3 à 5 indicateurs, et un message-clé en langage FALC.

1. Le contexte territorial

La **Communauté de communes des Deux-Vallons** (CC2V) regroupe 22 communes semi-rurales autour de sa ville-centre, Villebasse (environ 9 000 habitants), pour un total d'environ 27 000 habitants. Le territoire combine un bourg-centre relativement bien doté en services et des hameaux éloignés, mal desservis par les transports. La CC2V est engagée dans un **Contrat local de santé (CLS)** de deuxième génération, signé avec l'Agence régionale de santé, animé par une coordinatrice CLS à temps partiel.

Autour de la table de l'atelier : la vice-présidente déléguée à la santé, la coordinatrice du CLS, une déléguée territoriale de l'ARS, la responsable de l'espace France Services, une conseillère numérique, la directrice d'un centre social, un médecin coordonnateur de la maison de santé pluriprofessionnelle, une infirmière de PMI et deux habitantes membres du conseil citoyen. Chacun observe la même chose : les dispositifs de prévention existants touchent surtout les habitants déjà mobilisés, tandis que d'autres — souvent dans les hameaux ou éloignés des services — restent hors d'atteinte.

Ce cas, son territoire et ses personnes sont fictifs ; toutes les données chiffrées mobilisées en section 3 sont réelles et proviennent de la source citée.

2. L'élément déclencheur

Dans le cadre de l'avenant à venir du CLS, l'ARS notifie à la CC2V une enveloppe fléchée de **45 000 €** (crédits d'animation et de prévention) et l'appui de **0,4 ETP** de coordination supplémentaire, au titre de la « réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ». En contrepartie, l'avenant devra présenter un volet équité **assorti d'indicateurs et d'un calendrier de reddition**, et non un simple énoncé de principes.

Le collectif doit donc trancher maintenant : comment ce volet traduit-il concrètement l'équité — au-delà de la formule « ne laisser personne de côté » que tout le monde approuve ? (Le montant et l'ETP ci-dessus sont des paramètres du scénario fictif, destinés à cadrer l'arbitrage.)

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

À remettre aux participants avant le débat. La source est une revue de portée qui a analysé les cadres d'équité en santé australiens : elle décrit surtout des mécanismes et des proportions de cadres, plus que des indicateurs épidémiologiques locaux. Les données ci-dessous sont réelles et sourcées ; elles servent à éclairer un dilemme de mise en œuvre transposable à tout territoire.

A · L'ampleur du problème et le paysage des cadres

- En Australie, les habitants des zones les plus pauvres meurent jusqu'à **7 ans** plus tôt que ceux des zones les plus aisées ; l'écart atteint environ **8 ans** entre populations aborigènes et non-aborigènes ^{p.2}
- La revue a recensé **45 cadres** d'équité (2000-2025), dont 18 analysés en profondeur ^{p.3-4}
- La grande majorité (**32 sur 45**) émanent des échelons locaux (districts et services hospitaliers), et non des échelons national ou régional (13 sur 45) : l'action se joue surtout au plus près du terrain ^{p.4}

B · Ce sur quoi les cadres s'accordent (les principes)

- Une définition consensuelle de l'équité : « une chance juste et équitable d'atteindre son plein potentiel de santé », fondée sur les déterminants sociaux et la levée des obstacles systémiques ^{p.5}
- Les déterminants sociaux de la santé sont mobilisés dans **16 cadres sur 18** ; l'universalisme proportionné dans **8 sur 18** ^{p.5}
- Trois modèles de participation : consultation générale (**13/18**), collaboration intersectorielle (**12/18**), co-conception (**10/18**) — mais le transfert réel du pouvoir de décision aux communautés n'apparaît que dans **6 cadres sur 18** ^{p.6-7}

C · Là où ça coince (la mise en œuvre)

- La **redevabilité** est le principal point aveugle : peu de cadres précisent qui est responsable des résultats d'équité, devant qui, et selon quel mécanisme de suivi ^{p.9-10}
- Notable exception : les cadres pilotés par les communautés aborigènes formalisent gouvernance partagée et redevabilité. Dans le Queensland, la loi impose à **16 services hospitaliers** de co-concevoir et co-suivre leur stratégie d'équité avec les communautés ^{p.6, p.10}
- L'approche par « groupes prioritaires » ou par étiquettes (populations « vulnérables »...) risque de **masquer les processus structurels** qui produisent les inégalités ; la lecture intersectionnelle reste largement absente des cadres étudiés ^{p.10}

Source : Fiona Haigh, Nouhad El-Haddad, Margo Barr, Wendy Jopson, « The Health System Equity Action Framework: a review of Australian health equity frameworks and their operationalization of the Ottawa Charter », *Health Promotion International*, Oxford University Press, vol. 41, n° 4, août 2026, daag101. <https://doi.org/10.1093/heapro/daag101>

Note aux facilitateurs : la version consultée est la version HTML en accès libre d'Oxford Academic (non paginée) ; les numéros de page en exposant reprennent la pagination du PDF telle que citée par l'article Pratiques en Santé. Vérifier ces renvois sur le PDF de la source avant toute diffusion large.

4. La décision à prendre

Question centrale

Comment le volet équité du prochain avenant du CLS des Deux-Vallons doit-il traduire l'engagement d'équité en **actions et en mécanismes de redevabilité concrets** — plutôt qu'en principes déclaratifs — tout en atteignant en priorité les habitants les moins mobilisés, sans les désigner comme « à risque » ?

La réponse évidente — « inscrivons l'équité comme principe transversal » — ne suffit pas. La revue montre que c'est précisément là que la majorité des cadres s'arrêtent : de beaux principes, mais peu de mécanismes disant qui répond de quoi, devant qui, selon

quels indicateurs et quel calendrier. Décider d'« afficher l'équité » ne change rien si personne n'en est comptable et si l'action est captée par les habitants déjà les mieux outillés. Le vrai arbitrage porte sur le ciblage (par lieu ou par étiquette ?), sur le partage de la décision avec les habitants, et sur la redevabilité.

5. Contraintes et ressources

Contraintes

- Budget limité (45 000 €) et temps agent contraint (0,4 ETP) : impossible de tout faire partout.
- Mobilité : territoire étendu, hameaux mal desservis, offre de transport faible.
- Biais de participation : les instances de concertation attirent d'abord les habitants déjà mobilisés.
- Flou de vocabulaire : « publics prioritaires », « personnes vulnérables », « publics éloignés » recouvrent des logiques différentes et peuvent stigmatiser.
- Tentation du principe déclaratif : afficher l'équité sans mécanisme de suivi ni responsable identifié.

Ressources mobilisables

- Canaux locaux : espace France Services (et permanences mobiles), centre social, PMI, maison de santé pluriprofessionnelle, médiathèque, pharmacies, écoles, mission locale, bailleur social, associations et bénévoles de proximité.
- Ressources nationales : démarche d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) pour apprécier les effets d'équité d'un projet ; principe d'universalisme proportionné ; ressources de Santé publique France sur les inégalités sociales et territoriales de santé ; Charte d'Ottawa (1986) et Charte de Genève pour le bien-être (2021).

6. Trois scénarios contrastés

Ces trois scénarios ne sont pas exclusifs. La logique d'universalisme proportionné consiste précisément à combiner une offre pour tous (A) renforcée là où les besoins sont plus grands (B) ; le scénario C outille et pérennise les deux autres.

Scénario	Principe	Atout	Limite
A · Universel	Une action « tous publics » sur l'accès aux droits et aux soins, ouverte à l'ensemble des habitants sans ciblage.	Aucune stigmatisation ; large portée ; simple à déployer via les canaux existants.	Risque d'être capté surtout par les habitants déjà outillés — et donc de creuser l'écart plutôt que le réduire.
B · Aller-vers ciblé	Présence physique sur les lieux de vie des secteurs les moins couverts : marchés, sorties d'école, France Services mobile, pharmacies des hameaux — ciblage par lieu et par canal, jamais par étiquette.	Touche les moins mobilisés ; cohérent avec l'universalisme proportionné ; ancré dans le quotidien.	Coûteux en temps agent ; suppose des relais formés et une présence dans la durée.
C · Outillage des relais et gouvernance partagée	Former et outiller les relais de proximité (France Services, travailleurs sociaux, bénévoles, pairs) ; associer des habitants à l'instance de décision du CLS, avec indicateurs co-construits et calendrier de reddition.	Durable ; installe la redevabilité et la co-décision — la logique qui distingue les cadres les plus aboutis.	Montée en charge lente ; exige de partager réellement le pouvoir de décision, pas seulement de consulter.

7. Questions de travail

1. À partir des données de cadrage (section 3), quel est le principal risque si l'avenant se contente d'afficher l'équité comme principe transversal ?
2. Quels lieux et quels canaux du territoire touchent le moins les habitants les moins mobilisés ? Cartographiez-les par lieu et par canal, sans recourir à une étiquette de « public à risque ».
3. Quel dosage entre les scénarios A, B et C retenez-vous, et pourquoi ? En quoi votre choix relève-t-il d'un universalisme proportionné ?
4. Pour chaque action retenue : qui en est responsable, devant quelle instance rend-il compte, et selon quel calendrier de reddition ? (mécanisme de redevabilité)

5. Quels 3 à 5 indicateurs, co-construits avec des habitants, permettront de dire que l'équité progresse — et pas seulement que l'activité augmente ?
6. Comment associer des habitants à la décision (et pas seulement à la consultation) au sein de l'instance du CLS ?
7. Rédigez en FALC (facile à lire et à comprendre) un message-clé de 3 à 5 phrases courtes annonçant l'action retenue, destiné à être affiché à France Services, à la médiathèque et chez les pharmaciens.

8. Repères pour l'animation

Clés d'analyse pour l'animateur

- Le point aveugle central est la **redevabilité** : qui répond de quoi, devant qui, comment ? La revue montre que 40 ans de bons principes butent précisément là p. 9-10
- Cibler par **lieu et par canal**, jamais par étiquette : nommer un hameau, un créneau, un point de passage — pas un « public à risque ».
- Universalisme proportionné : une offre pour tous, **renforcée là où les besoins sont plus grands** — combiner A et B plutôt que choisir l'un contre l'autre.
- Attention aux moins outillés : les instances de concertation attirent d'abord les déjà-mobilisés ; prévoir explicitement d'aller vers les autres.
- S'inspirer des cadres qui font exception (co-décision, indicateurs co-construits, reddition) plutôt que de la majorité qui s'arrête aux principes.

9. Pour aller plus loin

- **Source du cas** : Haigh F., El-Haddad N., Barr M., Jopson W., « The Health System Equity Action Framework... », *Health Promotion International*, OUP, vol. 41, n° 4, août 2026, daag101. <https://doi.org/10.1093/heapro/daag101>
- OMS, *World Report on Social Determinants of Health Equity* (Rapport mondial sur les déterminants sociaux de l'équité en santé), mai 2025.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI), *New Framework to Standardize Health Equity Measurement*, octobre 2025.
- Los Angeles County Department of Public Health, *Public Health Equity Framework Overview* (redevabilité fondée sur les résultats — Results-Based Accountability), novembre 2025.
- Article de référence Pratiques en Santé dont dérive ce cas : « Le cadre d'action pour l'équité des systèmes de santé... », août 2026. <https://www.pratiquesensante.com/blog/pratiques-15/le-cadre-d-action-pour-l-equite-des-systemes-de-sante-6117>

Cas fictif construit à des fins pédagogiques par Pratiques en Santé à partir de données réelles de Haigh et al. (Health Promotion International, Oxford University Press, 2026). Reproduction et adaptation autorisées pour un usage de formation, avec mention de la source.