

Séminaire régional ETP et précarité, vulnérabilité

12 Octobre 2023



Le Centre de ressources en éducation du patient s'inscrit dans un ensemble cohérent et complémentaire d'activités, de partenariats opérationnels et financiers, qui contribuent à la mise en œuvre de la politique nationale et régionale de santé et à l'accompagnement des structures. Financé par l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, il propose quatre services pour tout professionnel, soignant, en ville ou à l'hôpital, représentant de patients, réseaux de soins, intervenant dans le champ de l'ETP.

Retrouvez plus d'information sur l'éducation thérapeutique du patient, ainsi que toute l'activité du Centre de ressources sur le site internet du CRES à l'adresse : https://www.cres-paca.org/thematiques-sante/education-therapeutique-du-patient?arko_default_634830a49af59--ficheFocus=

- L'actualité et les ressources documentaires: accompagnement possible par Stéphanie Marchais
- Le conseil et l'accompagnement méthodologique proposé par les Comités départementaux d'éducation pour la santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Les recommandations et enquêtes en accès libre
- L'organisation des séminaires.

La plupart des documents sont accessibles en ligne. Les documents sont classés par type de documents, puis par date, du plus récent au plus ancien.



Ce symbole signifie que le document est disponible en consultation et en prêt gratuit auprès du CRES PACA.

Le choix est fait d'une courte sélection bibliographique, mentionnant des articles, des dossiers ou rapports, et des ouvrages, avec des extraits ou résumés des documents.

Les bases de données interrogées en septembre 2023 sont : Bib-Bop, Cairn, Science Direct, Cochrane Database, HAL Science ouverte, Open A.

Table des matières

Introduction	3
Podcasts	4
Précarité, vulnérabilité : définitions et effets sur la santé	5
Définitions	5
Effets sur la santé	7
L'accès aux soins	9
L'ETP pour les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité	14
Sortir du cadre hospitalier	18
Médiation, aller-vers	18
Lien ville-hôpital	20
Littératie	21
Sitographie	27
Médiation	27
Associations de soutien à l'accès aux soins	27
Littératie	27

“Pour la plupart des gens, la médecine est comme un pays étranger, ayant son propre langage, ses us et coutumes, etc. Mes patients sont des immigrants dans ce pays, et un grand nombre d'entre eux sont très désorientés. Mon travail, en tant que médecin, est de “traduire” ce monde étranger pour eux, de les aider à s'acclimater et, avec un peu de chance, à être en bonne santé.”

Docteure Danielle Ofri, <https://med.nyu.edu/faculty/danielle-ofri>

Introduction



Vulnérables et libres

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/matieres-a-penser-avec-frederic-worms/vulnerables-et-libres-3569899>
France Culture, 2018

Frédéric Worms s'entretient avec Marie Garrau, philosophe, maîtresse de conférences à l'Université Paris-Panthéon

Sorbonne.

"Marie Garrau : J'ai souhaité politiser le questionnement sur la vulnérabilité. Cette notion doit nous conduire à réfléchir à la façon dont on pourrait s'organiser pour vivre bien.

Il est nécessaire de rappeler le fait que nous sommes tous vulnérables, c'est-à-dire exposés à et dépendants de choses que nous ne maîtrisons pas nécessairement. On n'existe qu'inscrit dans des réseaux relationnels, avec d'autres, des environnements, des objets qui médiatisent nos existences.

Et si l'autonomie doit certes rester un idéal pertinent mais peut-être doit-elle être comprise à rebours de toutes les élaborations volontaristes, rationalistes et individualistes qui ont prévalu dans notre tradition philosophique et qui sont prégnantes dans notre modèle social : ne dépendre que de soi, le culte de la performance.

Ainsi, cet idéal normatif de l'autonomie est extrêmement excluant et stigmatisant pour tous ceux qui ne sont pas à la hauteur.

En outre, il oblitère un certain nombre d'expériences par laquelle nous passons tous : l'enfance, la maladie, l'âge. La vulnérabilité, c'est un fondement qui ne s'efface jamais complètement. On vient de là. On peut avoir l'impression à un certain moment qu'on ne l'est plus mais il suffit que viennent à manquer les étais ou les soutiens concrets et relationnels de notre autonomie pour que l'on se rende compte que cette vulnérabilité fondamentale, elle perdure la vie durant."

Podcasts



Sommes-nous tous vulnérables ?

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-sommes-nous-tous-vulnerables>

France Culture, 2022

Cette série de podcasts vise à répondre aux questions suivantes : y a-t-il des degrés différents de vulnérabilité d'un individu à un autre ? Si elle est une propriété des êtres humains, la nature et les objets ne peuvent-ils pas eux aussi être désignés comme vulnérables ?

1- La vulnérabilité est-elle une faiblesse ?

Tout être humain est vulnérable, et certains le sont même plus que d'autres. C'est le postulat sur lequel reposent les théories du "care" ou des "capabilités" qui émergent dans le paysage théorique et politique ces dernières années.

2- Que devons-nous aux plus vulnérables ?

Comment s'opère le travail de production des individus désignés comme "vulnérables" par les politiques publiques étatiques et internationales ? N'est-il pas la conséquence de la naturalisation de la catégorie de vulnérabilité dans le social ?

3- Le monde est-il vulnérable ?

La vulnérabilité peut-elle être pensée comme une propriété du vivant, voire une propriété des objets ? Dire qu'il faut "prendre soin" de la nature et des objets a-t-il un sens ?

4- Que nous apprend la maladie ?

Face à des individus malades, souffrants, nous pouvons éprouver de l'empathie. Celle-ci permet-elle de mieux comprendre la maladie et ses conséquences sur la vie quotidienne des malades ?



Equité en santé

Unisanté, 2021

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLuqpfj9nsvqVU-81fQVbcKELRxaQmpFeg>

Le Département Vulnérabilités et médecine sociale d'Unisanté signe une série de podcasts pour traiter des questions d'équité en santé et d'accès aux soins des populations en situation de vulnérabilité ou à besoins particuliers.

Précarité, vulnérabilité : définitions et effets sur la santé

Définitions

Article

PIERRET Régis, **Qu'est-ce que la précarité ?** *Socio*, 2013, pp. 307-330
<https://journals.openedition.org/socio/511>

La précarité, parce qu'elle affecte des populations hétérogènes, semble vouée à une vague définition. Comme si le flou du contenant générerait le flou du contenu. La précarité apparaît aussi comme parasitée par la pauvreté dont elle ne serait qu'un succédané ou un prolongement. Pourtant, la pauvreté et la précarité ne se situent pas dans la même temporalité, et si chaque société a ses pauvres, chaque société ne possède pas pour autant ses précaires. Pour définir la précarité, il est nécessaire de la disjoindre de la pauvreté. Sans réduire la pauvreté à des données purement objectives, disons-le, la pauvreté est mesurable et mesurée – comme l'évalue le taux de pauvreté au regard d'un niveau de vie –, pas la précarité. Cette dernière est éminemment subjective, elle est un sentiment qui ne recouvre pas forcément une réalité économique. Aussi, la précarité n'est pas plus quantifiable que ne l'était le paupérisme. Dans le cadre de cet article nous nous proposons de définir les contours de la précarité et par-là même de distinguer ses différentes formes¹. Nous nous limiterons, ici, à l'expérience française, même si la définition que nous donnons de la précarité, à l'ère de la mondialisation, est transposable à d'autres pays tels que l'Allemagne, la Grèce, le Portugal, l'Espagne, le Royaume-Uni, les États-Unis, la Russie, entre autres.



Chapitre d'ouvrage

LA ROSA Emilio, **Chapitre II. Précarité, exclusion et pauvreté**, In : *Santé, précarité et exclusion*, PUF, 1998, pp. 51-85

Le rapport sur la grande pauvreté et la précarité économique et sociale publié en 1987 définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ». La notion de précarité au sens large du terme prend son essor dans les années 70 et devient dominante dans les années 80. Elle comporte une dimension multiple, définie dans le rapport Oheix : « Il est des individus et des familles qui sont pauvres, non seulement parce que l'argent leur manque, mais aussi par leur éducation, leur rapport à l'emploi, leur logement, leur santé..., à ces domaines on ajoutera celui de la consommation et de l'accès à la justice. »



Ouvrage

SAINT-PIERRE Julie, GAUTHIER Annie, POLLET Romane
L'usage du concept de la vulnérabilité en santé publique. Outil d'aide à la réflexion éthique
INSPQ, 2023-03, 25 p.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3310-outil-reflexion-ethique-usage-concept-vulnerabilite_vf.pdf

La vulnérabilité est un concept dont la définition, largement débattue, reste floue. Ses nombreux usages dans différents contextes ou disciplines transforment sans cesse ses contours et redéfinissent sa forme. Ainsi, on peut voir la

vulnérabilité comme immanente à toute forme de vie ou bien la réduire à un risque potentiel d'être blessé ou atteint dans un contexte bien défini, par exemple, le risque d'être atteint d'une maladie respiratoire dans un contexte d'exposition répétée à la pollution atmosphérique. On peut en outre parler de vulnérabilité lorsque la liberté et l'autonomie d'une personne sont entravées par une condition de vie ou de santé particulière, ou encore lorsqu'une personne appartient à un groupe de la population lui-même considéré comme vulnérable (ex. : les personnes mineures). Au cours des dernières années, il est devenu plus fréquent d'associer la vulnérabilité à une situation plutôt qu'à un individu pour en faire une caractéristique extrinsèque et temporaire plutôt qu'intrinsèque et permanente.

Ce document propose des bases concrètes pour la réflexion éthique et le dialogue autour des définitions possibles de la notion de vulnérabilité en santé publique. Il vise trois objectifs : faire émerger la pluralité de sens que peut revêtir le mot vulnérabilité dans le contexte de l'action de santé publique ; comprendre comment une réflexion sur la vulnérabilité et son usage en santé publique s'inscrit dans une réflexion éthique plus large sur les valeurs mobilisées dans les interventions en santé publique de même que la priorisation et la justification de ces dernières ; proposer un outil d'analyse éthique autoportant qui pourra être utilisé et adapté pour le développement et la mise en œuvre d'une intervention de santé publique.

S'inscrivant dans un ensemble de valeurs phares en santé publique, les divers usages du concept de vulnérabilité font bien ressortir que sa prise en compte ne se limite pas à l'identification de groupes à risque. Elle requiert, entre autres, une estimation toujours renouvelée des torts potentiels qui peuvent découler des mots que l'on utilise et des actions que l'on choisit de mettre en œuvre. Elle implique également l'intégration du vécu et de l'expérience des personnes ciblées par l'intervention, et ce, dès le départ.

Ainsi, les mesures ou les politiques publiques qui seront privilégiées auront avantage à s'appuyer sur une analyse fine de la complexité de la population sous la loupe et des valeurs qui anime les différents groupes en son sein. L'attribution de critères, catégories ou étiquettes pour cibler des groupes particuliers visés par l'intervention de santé publique comporte des écueils notamment celui d'escamoter la réflexion éthique. Ainsi, que l'on vise à prévenir les maladies, protéger la santé de certains groupes ou les épauler dans une trajectoire sociale difficile, il s'agit en quelque sorte de faire émerger et de se saisir de manière large des enjeux éthiques, d'équité et de justice sociale, qui sont sous-tendus par la désignation de « groupe vulnérable ».

À cet égard, l'outil proposé esquisse un certain nombre de balises pour guider les acteurs de santé publique dans leur processus réflexif. Au travers la gamme d'interrogations qu'il soulève, l'outil souhaite redonner tout son sens et sa complexité à ce concept dont l'analyse s'avère riche et pertinente pour guider l'intervention en santé publique



Rapport

BRUNEL Valérie, TOMASINO Anne, NGUENGANG-WAKAP Stéphanie,
Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du monde en France. Rapport 2021, Médecins du Monde, CREAI-ORS Occitanie, 2022-12, 126 p.

https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/12/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2022_WEB_PLANCHES.pdf

Ce nouveau rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du monde réalise un panorama des 59 programmes répartis sur 29 sites dans l'hexagone et dans les départements d'Outre-mer en 2021. Il présente les

caractéristiques socio-démographiques des personnes accueillies dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) et leurs conditions de vie et de logement marquées par une grande précarité. Le rapport décrit leur état de santé physique et mentale dégradé et leur accès insuffisant aux droits essentiels et aux soins. Médecins du monde émet une série de recommandations visant à lutter contre ces inégalités et instituer un véritable accès aux droits et aux soins pour toutes et tous.

Effets sur la santé



Article

BASSON Jean-Charles, SANCHOU Paule, ZAUCHE-GAUDRON Chantal, **La santé des pauvres. Dossier**, *Empan*, n° 129, 2023-03, pp. 7-103

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont portées au jour, au tournant des années 2000, par une épidémiologie qui peine à penser leurs significations de qualité « sociale ». Depuis peu, les tenants des sciences sociales et humaines dévoilent les mécanismes de la fabrique sociale des discriminations en santé, tant physique que psychique.

Le dossier met en évidence que le processus de (re)production des ISS trouve ses fondements dans la structure de l'organisation sociale. Les effets différenciés de l'explosion actuelle des ISS affectant les « pauvres » sont étudiés en considérant la pluralité des classes populaires et la singularité de la période marquée par l'empreinte durable de la Covid-19. Des témoignages d'expérimentations sociales viennent contrer ce déterminisme et développent des formes de mobilisation et d'autonomisation des personnes.

Article

POUCINEAU Jonas, BRICARD Damien, DOURGNON Paul, **Quels effets attendre sur la pauvreté des mesures de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ? Proposition de schéma théorique et revue des expériences françaises et étrangères**, *Questions d'économie de la santé*, n° 259, 2021-06, 8 p.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/259-quels-effets-attendre-sur-la-pauvrete-des-mesures-de-sante-introduites-dans-la-strategie-nationale-de-prevention-et-de-lutte-contre-la-pauvrete.pdf>

A partir d'une revue de littérature sur des programmes et dispositifs français et étrangers, cet article propose un schéma théorique pour l'analyse des effets sur la pauvreté de plusieurs mesures de santé de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et du Ségur de la santé. Dans ce schéma, la santé joue sur la pauvreté selon deux canaux de causalité. D'une part, l'amélioration de l'accessibilité financière des soins réduit les dépenses de santé susceptibles d'entraîner une chute ou un maintien dans la pauvreté. D'autre part, l'amélioration de l'accès aux soins, et ainsi de l'état de santé, influence à terme le niveau d'éducation, l'accès à l'emploi et le revenu.

Article

HAMEL Emmanuelle, VEISSE Arnaud, KOTOBİ Laurence, **Migrants en situation de vulnérabilité et santé. Dossier**, *La Santé en action*, n° 455, 2021-03, pp. 3-59

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante>

Ce numéro est consacré à la santé des migrants. Santé globale, c'est-à-dire incluant les déterminants de la santé, l'environnement, la situation socio-économique, l'accès à l'emploi, aux soins, à la prévention, mais aussi les parcours de vie, les traumatismes vécus, la santé mentale. Une approche globale qui s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé. Une trentaine

d'experts contributeurs ont focalisé leur analyse sur les migrants en situation de vulnérabilité. Ils livrent un état des connaissances scientifiques et des pratiques professionnelles, des dispositifs, des programmes mis en œuvre pour apporter des réponses aux problématiques de santé auxquelles sont confrontés les migrants.



Ouvrage

ARMINJON Mathieu, **Inégalités de santé. Fondements historiques et enjeux contemporains de l'épidémiologie sociale**, Georg éditeur, 2023, 325 p.

Cet ouvrage est une introduction aux fondements de l'épidémiologie sociale, à son histoire et à ses perspectives. Constitué de nombreuses contributions, il présente un panorama des principales questions et problématiques que soulève la mesure des inégalités sociales de santé.

Ainsi, dans un ouvrage consacré à la genèse et la réception du Rapport Black, l'historien de la médecine britannique Charles Webster écrit : « Bien que les inégalités de santé aient représenté un problème social grave et persistant, les phases de recherches actives en la matière constituent en général des phénomènes périodiques, stimulés par la perception de crises sociales. (Webster, 2013, p. 82, notre traduction) ».

Cette double temporalité – caractérisée par une préoccupation persistante pour les inégalités sociales de santé d'une part, et ponctuée, d'autre part, de périodes de visibilité accrue de la problématique – suggère que les périodes de visibilité sont inéluctablement suivies d'une phase d'invisibilisation. Cet ouvrage entendait précisément ouvrir une réflexion sur les conditions susceptibles de favoriser ou de défavoriser une prise de conscience publique, voire politique, de l'ensemble des données permettant d'objectiver les inégalités sociales de santé. Ce type de questionnement, dit agnotologique, interroge les conditions sociales et épistémiques qui, à plusieurs niveaux, contribuent à organiser – volontairement ou non – la production d'ignorance (Proctor et Schiebinger, 2008). Les chapitres de ce livre permettent d'ouvrir des réflexions sur les causes de l'invisibilisation des inégalités et des déterminants sociaux de la santé.

Article

DESPRES Caroline, **Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité**, *Anthropologie & santé*, vol. 6, 2013

<https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1078#tocto1n1>

Cet article examine les logiques plurielles des renoncements aux soins dans un contexte de précarité. Il s'agit de comprendre comment un individu organise ses conduites thérapeutiques, pour lui et sa famille, dans un contexte où il est soumis à de fortes contraintes économiques et sociales.

Fondé sur une étude empirique menée dans la région métropolitaine de Lille, cet article développe une analyse de cas afin de mettre en évidence le travail de négociation du sujet, et d'inscrire les arbitrages qu'il effectue entre différents registres de vie, dans une dimension temporelle tenant compte tant du passé que du présent.

L'accès aux soins

Article

ROMEY Adélie, VAYSSE Marianne, JOUAULT Clémence (et al.), **Perception des freins et facilitateurs de la continuité des soins délivrés aux migrants précaires en médecine générale**, *Santé publique*, vol. 35 n° 2, 2023-03, pp. 171-181

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2023-2-page-171.htm>

Introduction : La continuité des soins est essentielle pour le diagnostic et le traitement des pathologies somatiques et psychiques des migrants précaires. Cette étude a exploré les freins et les facilitateurs de la continuité des soins délivrés aux migrants précaires en médecine générale.

Méthodes : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés, conduits auprès de 20 migrants précaires. Le terme « suivi médical » a été utilisé dans la grille d'entretien pour représenter le concept de continuité des soins. Les verbatims ont été analysés selon l'approche par théorisation ancrée, avec une triangulation de l'analyse des données.

Résultats : Les migrants précaires décrivaient le suivi médical comme un accès répété chez un même médecin pour tous leurs problèmes de santé. Ce suivi était limité par les difficultés d'accès à la couverture maladie et d'orientation dans le système de santé, et par les barrières linguistique et culturelle. En revanche, le savoir-faire et le savoir-être du médecin, la présence d'un traducteur, le soutien de l'entourage familial et associatif des migrants et certaines organisations de la structure de soins facilitaient leur suivi médical.

Conclusions : Les continuités relationnelle, organisationnelle et informationnelle des soins délivrés aux migrants précaires méritent d'être optimisées de façon synergique. Pour cela, il conviendrait d'améliorer la formation des médecins à la communication avec les migrants, le partage des informations médicales et l'éducation des migrants au bon usage du système de santé, afin de favoriser leur autonomisation progressive dans leur parcours de soins.

Article

POUCINEAU Jonas, BRICARD Damien, DOURGNON Paul, **Quels effets attendre sur la pauvreté des mesures de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ? Proposition de schéma théorique et revue des expériences françaises et étrangères**, *Questions d'économie de la santé*, n° 259, 2021-06, 8 p.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/259-quels-effets-attendre-sur-la-pauvrete-des-mesures-de-sante-introduites-dans-la-strategie-nationale-de-prevention-et-de-lutte-contre-la-pauvrete.pdf>

Quelles sont les conséquences des politiques de santé sur la situation économique et sociale des individus ?

A partir d'une revue de littérature sur des programmes et dispositifs français et étrangers, nous proposons un schéma théorique pour l'analyse des effets sur la pauvreté de plusieurs mesures de santé de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et du Ségur de la santé. Dans ce schéma, la santé joue sur la pauvreté selon deux canaux de causalité. D'une part, l'amélioration de l'accessibilité financière des soins réduit les dépenses de santé susceptibles d'entraîner une chute ou un maintien dans la pauvreté. D'autre part, l'amélioration de l'accès aux soins, et ainsi de l'état de santé, influence à terme le niveau d'éducation, l'accès à l'emploi et le revenu.

La littérature éclairant l'effet des réformes de l'assurance complémentaire en France sur les populations pauvres est le plus souvent américaine et française. En France, la généralisation de la complémentaire santé est devenue un enjeu de politique publique en l'absence de

mécanisme de limitation des restes à charge. Aux États-Unis, l'absence de couverture universelle a conduit au développement de programmes visant à faciliter l'accès à une couverture santé aux plus pauvres. Malgré l'Affordable Care Act ou Obamacare mis en œuvre à partir de 2010, 28 % des adultes y restaient sous-assurés en 2016 (Collins, 2017). En France, les travaux portent sur l'impact de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le recours aux soins et sur les déterminants du non-recours à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ainsi qu'à la CMU-C.

Aux États-Unis, des travaux estiment les effets des extensions de Medicaid sur différentes dimensions de la pauvreté telles les dépenses de santé, le recours aux soins, l'état de santé, l'accès à l'emploi. Les mesures portant sur l'offre de soin de proximité et l'adaptation des services de santé aux publics défavorisés et aux minorités ethniques peuvent être éclairées par les exemples des Community Health Centers aux États-Unis et au Canada. Enfin, les programmes Housing First ou Medical Respite permettent d'étudier les effets attendus de l'offre médico-sociale pour la grande pauvreté.



Article

MINVIELLE Gwenn, LANG Thierry, **Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution. Dossier**, ADSP, n° 113, 2021-03, pp. 9-56

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1174>

Les inégalités sociales de santé sont plus que jamais une priorité de santé publique. En France, depuis plusieurs décennies, de nombreux travaux ont documenté l'ampleur, la persistance et les déterminants de ces inégalités. Toutefois, on note peu d'améliorations et les inégalités sociales de santé demeurent à un niveau élevé. Il est nécessaire de s'interroger sur les raisons d'absence d'amélioration. Le modèle théorique des déterminants sociaux de la santé proposé par l'OMS souligne l'importance d'agir non pas au niveau de l'individu mais à un niveau plus structurel si l'on souhaite réduire les inégalités sociales de santé. Ce numéro d'Asdp s'attache à explorer comment les politiques publiques participent à la création des inégalités sociales de santé ou au contraire permettent de les réduire. Bien que des outils existent pour interroger l'impact d'une politique sur la santé et sur les inégalités sociales de santé, cette démarche reste trop peu utilisée et doit être développée à l'avenir pour toutes les politiques, y compris celles en dehors du champ sanitaire.

L'année 2020 a été marquée par la survenue d'une crise sanitaire mondiale sans précédent. La crise de la Covid-19 joue comme un démultiplicateur des inégalités sociales en général et des inégalités sociales de santé, avec des effets à court terme déjà visibles mais aussi à long terme, la situation risquant de s'aggraver dans les mois à venir. Par ailleurs, cette crise a été le révélateur des limites des dispositifs statistiques existants en France, où l'on manque de données couplant informations sur la situation socio-économique et sur la santé des personnes. Développer de tels outils est un défi majeur mais indispensable pour la santé publique si l'on souhaite pouvoir répondre pleinement aux défis à venir.

Malgré l'absence de données disponibles en routine, des études ont été conduites dans l'urgence dès mars 2020 et ont permis d'identifier les groupes de la population particulièrement impactés par la crise. L'épidémie touche l'ensemble de la population : les personnes âgées sont très impactées par la maladie mais les enfants, bien que globalement épargnés par les formes graves du virus, souffrent également de la crise sur le plan scolaire, économique et social, avec de probables effets à long terme particulièrement préoccupants.

Les personnes socialement défavorisées, quant à elles, payent un lourd tribut à cette crise à la fois sur le plan sanitaire et économique, ce dont témoigne la surmortalité marquée dans certains territoires, en particulier la Seine-Saint-Denis, observée pendant le premier confinement (mars-mai 2020). Les personnes d'origine étrangère ont aussi été particulièrement

impactées par l'épidémie. D'après l'étude EpiCoV, les personnes immigrées ou descendantes d'immigrés ont une probabilité plus élevée d'avoir connu une dégradation de leur situation financière au cours du premier confinement¹. Mais l'origine étrangère n'est plus associée à la probabilité d'avoir une sérologie positive à la Covid-19 en mai-juin 2020, une fois la situation sociale de ces personnes prise en compte². Les populations d'origine étrangère sont donc particulièrement fragiles face à la crise et ce sont bien les facteurs sociaux qui expliquent leur séroprévalence élevée, et non pas des facteurs culturels, biologiques ou génétiques.

La France comme l'ensemble des pays a mis en place différentes politiques vis-à-vis de la Covid-19 pour essayer d'en limiter l'impact sanitaire mais aussi économique sur la population. Lorsque l'on disposera du recul nécessaire, il sera indispensable d'évaluer dans quelle mesure ces différentes politiques ont été efficaces et si elles ont impacté la population de manière socialement différenciée. S'il faudra bien entendu s'intéresser aux aspects infectieux, il sera également indispensable de considérer les autres dimensions de la santé, comme la santé mentale, mais aussi les pathologies chroniques en raison de la désorganisation du système de santé que l'épidémie a créée.

L'épidémie va impacter durablement la santé des populations, et nous ne sommes qu'au début de la compréhension des répercussions de cette crise sur la santé et des politiques publiques à mettre en œuvre. Nous ne pouvons que souhaiter que cette crise soit l'occasion de développer une vraie culture de santé publique en France, incluant la compréhension et la lutte contre les inégalités sociales de santé, que ce soit par la mise en place des outils statistiques permettant de mesurer ces inégalités, le développement de la recherche et la prise en compte effective de la santé dans toutes les politiques. La crise sanitaire que nous traversons a toutefois montré le long chemin qui reste à parcourir entre des objectifs affichés de santé publique et de réduction des inégalités sociales de santé et leur mise en œuvre concrète dès lors que des décisions majeures de santé publique doivent se prendre.

Article

SAMB Oumar Mallé, LOIGNON Christine, CONTANDRIOPOULOS Damien, **Innovations pour l'amélioration de l'accès aux soins des personnes vulnérables dans les pays de l'OCDE**, *Santé publique*, vol. 31 n° 4, 2019-07, pp. 497-505

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-4-page-497.htm?contenu=resume>

Cette étude présente les résultats d'une revue systématique mixte qui visait à élaborer une cartographie ainsi qu'à comprendre les éléments essentiels au succès des innovations visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité sociale. Les auteurs ont identifié plusieurs catégories d'innovations comme les services de navigation, l'offre de soins en « stratégie avancée » et les cliniques offrant des soins adaptés. Elle a aussi permis de mettre en exergue des caractéristiques essentielles qui ont contribué à la performance de ces innovations et à la satisfaction des patients comme, la connaissance et la maîtrise du contexte par l'intervenant, la collaboration inter-organisationnelle et interprofessionnelle, le respect dans la fourniture des soins et enfin la pérennité du financement.

Ouvrage

BERNIER Nicole F., **Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être**, *INSPQ*, 2021-03, 51 p.

<https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/2781-reduire-vulnerabilite-inegalites-sociales.pdf>

La santé de la population est étroitement liée à des facteurs sociaux. La pauvreté, comme les autres inégalités sociales, se répercute non seulement sur la santé, mais aussi sur les déterminants sociaux de celle-ci dans une boucle de renforcement mutuel. La progression des

inégalités sociales représente une nuisance pour l'état de santé et de bien-être de la population, nuit à la prospérité économique et fait poindre une détérioration de la cohésion sociale.

L'expérience du Québec offre un exemple du rôle positif que les politiques publiques peuvent exercer en faveur d'une société plus égalitaire et d'une population en meilleure santé.

La réduction des inégalités sociales de santé (ISS) passe nécessairement par un ensemble d'interventions impliquant plusieurs secteurs pour agir sur les déterminants sociaux de la santé tels le logement et le revenu. Les ISS devraient être prises en compte dans tous les secteurs d'activité, ministères et organismes (MO), et ce, dans l'objectif minimal de ne pas les aggraver.



Ouvrage

FASSIN Didier, **La société qui vient**, Seuil, 2022, 1318 p.

Cet ouvrage est un appel à une réflexion collective face aux enjeux auxquels la société française doit faire face, les lignes politiques qui la traversent, les mondes sociaux qui s'y côtoient, les inégalités qui la divisent, les reconnaissances qui en enrichissent la compréhension et les explorations en quête d'alternatives. Il est composé de six parties : enjeux, politiques, mondes, inégalités, reconnaissances et explorations, alimentées par des spécialistes d'horizons différents (anthropologues, sociologues, historiens, économistes, démographes, épidémiologistes, philosophes etc.) Une dernière partie donne libre cours à des autrices et des auteurs étrangers.

B.01.00.FAS



Ouvrage

LHUILIER Dominique, WASER Anne-Marie, **Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique**, Erès, 2016, 340 p.

Cet ouvrage présente une synthèse de différentes recherches collectives sur les parcours de vie et professionnels de personnes touchées par une maladie chronique. Un premier chapitre retrace l'expérience de la maladie de plusieurs salariés, appartenant plutôt aux classes moyennes et supérieures. Le deuxième chapitre présente un univers social différent : celui de la grande précarité (personnes sans domicile fixe, travailleurs clandestins, personnes handicapées en désinsertion, etc.). En étudiant une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), les auteurs retracent le parcours et le rapport à la santé de personnes vivant à la rue ou dans des logements précaires. Le troisième chapitre aborde la confrontation entre les difficultés et stratégies individuelles et le monde du travail. L'hypothèse est que si la solidarité des collègues et de la hiérarchie de proximité peut être une solution pour tenir en cas de coup dur jusqu'au retour à la normale dans les collectifs soudés, les difficultés seront plus importantes en cas de maladie chronique. Les deux derniers chapitres abordent la question de la difficulté à élaborer des projets du fait des incertitudes liées à la maladie et de la nécessaire transformation de soi qu'impose cette épreuve.

S.02.LHU



Rapport

SCHWEITZER Louis, DE MONTAIGNAC Marine, **Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Les 35 mesures. Suivi et évaluation 2022**, Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, France Stratégie, 2022-07, 240 p.

<https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2022-rapport-pauvrete-35mesures-juillet.pdf>

Les travaux du Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté se compose de 3 volumes. Le second volume est consacré au suivi et à l'évaluation de

chacune des 35 mesures recommandées par cette stratégie. Elles portent sur cinq thématiques de politique publique : la petite enfance et l'éducation, la santé, l'accompagnement, la formation et l'emploi, le logement, les droits sociaux. Les mesures mises en place portent sur la revalorisation de la prime d'activité, la Complémentaire santé solidarité (CSS), son renouvellement pour les bénéficiaires du Revenu solidarité active (RSA) et le déploiement des Points conseil budget (PCB) pour lutter contre le surendettement. La lutte contre le non-recours aux prestations sociales, la mise en place du revenu universel d'activité et l'amélioration des indicateurs relatifs à la petite enfance et l'éducation sont, entre autres, quelques unes des mesures que ce rapport préconise de développer rapidement.



Rapport

SCHWEITZER Louis, DE MONTAIGNAC Marine, **Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.**

Rapport 2022, Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, France Stratégie, 2022-07, 187 p.

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2022-rapport-pauvrete-juillet_0.pdf

Les travaux du Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté se compose de 3 volumes. Le premier volume est le rapport 2022 proprement dit. Il évalue le déploiement et les effets des 35 mesures de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté 2018-2022, la gouvernance et la mise en œuvre au niveau territorial de la Stratégie ainsi que sur le Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022. Il préconise 24 recommandations pour la Stratégie 2023-2027 selon quatre thèmes : inscrire la lutte contre la pauvreté dans une approche ambitieuse et global, renforcer les domaines prioritaires de lutte contre la pauvreté, assurer un déploiement local adapté aux territoires dans une logique partenariale et participative et se doter des moyens de suivre et d'évaluer la future Stratégie.

Rapport

BRICARD Damien, DOURGNON Paul, POUCEINOU Jonas, **Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et dans le Ségur de la santé. Une revue de la littérature, IRDES, 2022-02, 52 p.**

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/086-effets-attendus-sur-la-pauvrete-de-huit-politiques-de-sante.pdf>

Cette revue de littérature évalue les effets attendus de huit mesures politiques sur la pauvreté. Cinq mesures de santé proposées dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, faisant de la santé un déterminant de la situation économique et sociale des individus et trois politiques incluses dans le Ségur de la santé, plaçant la santé comme le produit de déterminants sociaux, permettent ainsi d'évaluer les résultats de la politique de santé hors du champ de la santé elle-même.

Des programmes et dispositifs auprès des publics pauvres français et étrangers sont comparés.

En France, les travaux portent, principalement, sur les effets de la généralisation de la complémentaire santé. L'impact de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le recours aux soins et sur les déterminants de non-recours à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ainsi qu'à la CMU-C sont étudiés.

Dans les mesures étudiées, la recherche de l'inclusivité se retrouve dans les services d'interprétariat, les groupes mobiles (le "allez vers"), l'adaptation des durées de consultation, la

participation des patients à la gestion des structures et la formation des professionnels de santé. Concernant les États-Unis, malgré l'Obamacare, programme visant à faciliter l'accès à une couverture santé aux plus pauvres, 28 % des adultes y restés sous assurés. Les effets des extensions de Medicaid sur différentes dimensions de la pauvreté sont également observés, ainsi que ceux des mesures des Community health centers aux publics défavorisés et aux minorités ethniques, aux États-Unis et au Canada. Enfin, les programmes Housing first ou Medical respire permettent d'étudier les effets attendus de l'offre médico-sociale pour la grande pauvreté.



Rapport

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, **Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Investir dans les solidarités pour l'émancipation de tous**, Ministère des solidarités et de la santé, 2018-10, 117 p.

<https://solidarites->

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_pauvrete_vfhd.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_pauvrete_vfhd.pdf)

Ce document présente les cinq engagements de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, les leviers pour mener la transformation ainsi que le détail des actions prévues d'ici 2022. Pour chaque engagement, l'exposé est étayé par le rappel des objectifs, des indicateurs chiffrés, des graphiques et des schémas explicatifs, des précisions sur le budget, les modalités de mise en œuvre, le calendrier et les acteurs concernés. [Résumé auteurs]

L'ETP pour les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité



Article

MARCHAND Claire, COMMUNIER Arlette, MAURICE Aurélie (et al.), **Besoins éducatifs en santé en Appartement de Coordination Thérapeutique**, *Santé publique*, vol. 34 n° 1, 2022-01, pp. 9-19

Des besoins éducatifs en santé existent malgré l'accompagnement des personnes accueillies dans les ACT. L'étude permet d'émettre des propositions pour l'amélioration de l'accompagnement et, plus particulièrement, des interventions d'éducation en santé mises en place en ACT : complément de questionnaire pour mieux identifier les besoins éducatifs en santé, formation des équipes à l'éducation thérapeutique du patient vivant avec plusieurs maladies chroniques, implication des personnes concernées, prise en compte de leur niveau de littératie en santé, entre autres.

Article

TESSIER Stéphane, **Travailleurs migrants vivant en foyers : éducation thérapeutique pour les patients diabétiques**, *La santé en action*, n° 442, 2017-12, p.25

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/197550/2364952?version=1>

Des professionnels organisent des séances d'éducation thérapeutique dans des foyers de migrants retraités.

Article

DE LA TRIBONNIERE Xavier, **Précarité : trans... former les pratiques, les équipes, l'éducation thérapeutique ? Partage d'expériences**, *Santé éducation*, n° 2, 2015-04, pp. 29-30

<https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2016/11/journal-1000.pdf>

S'il est une situation où la personne a besoin d'une relation empathique, d'écoute et de

beaucoup de ressources, c'est bien celle de la précarité. Et la pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) trouve ici tout son sens, même si elle n'en constitue pas moins un défi. L'ETP peut naturellement prendre place au sein des appartements de coordination thérapeutique (ACT), structures sanitaires et sociales conçues pour héberger, prendre soin et accompagner des personnes en situation de grande précarité et atteintes d'une ou plusieurs maladies nécessitant des soins prolongés.

Article

MARRON-DELABRE Alice, RIVOLLIER Elisabeth, BOIS Christophe, **Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients**, *Santé publique*, vol. 27 n° 6, 2015-11, pp. 837-840

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-6-page-837.htm>

En France, les inégalités sociales de santé se creusent. Du point de vue des médecins, la relation médecin-patient en situation de précarité économique semble poser des difficultés spécifiques. Cette étude qualitative auprès de personnes en situation de précarité économique avait pour objectif d'identifier les difficultés et les aspects facilitateurs spécifiques à la relation patient-médecin traitant.

Pour cela, une étude a été menée sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés par un médecin auprès de personnes majeures, ayant déclaré un médecin traitant et en situation de précarité économique.

Au total, 19 personnes ont été interviewées. La dimension humaine est soulignée par les participants ; le respect, le charisme, l'ouverture d'esprit sont des qualités attendues. La qualité de l'accueil et de la communication facilite la relation. Le manque de disponibilité, l'interaction autoritaire, l'intrusion sont des freins à cette relation. Les patients ne semblaient pas avoir de demande relationnelle supplémentaire induite par leur situation de précarité économique.

En conclusion, face à leur médecin, les patients ne se définissaient pas par leur précarité. Le vécu et les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin traitant semblent rejoindre ceux de la population générale.



Article

GUILLER Audrey, **Plus loin que le soin**, *ASH*, n° 2855, 2014-04-11, pp. 24-27

A Nantes, le Service de coordination et d'accompagnement médico-psycho-social (Scamps) propose aux personnes précaires malades du cancer, un suivi médico-social mobile et de proximité. Il les aide dans leurs démarches médicales et sociales, afin que leur situation ne mette pas leurs soins en échec, et vice versa.



Article

BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette, **Inscription sociale de l'ETP, hétérogénéité et vulnérabilité des personnes. Analyse de résultats obtenus en contexte pluriel, à Mayotte**, *Education thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, vol. 5 n° 1, 2013-06, pp. 113-121

Les malades chroniques, dont les plus vulnérables, bénéficient de l'ETP, à condition de questionner les pratiques d'ETP au-delà de leur seule dimension pédagogique en intégrant la dimension contextuelle et l'hétérogénéité sociale des personnes.

Article

CORBEAU Catherine, BOEGNER Catherine, FASSIER Michelle (et al.), **Solidarité diabète : patients et professionnels, partenaires dans l'éducation thérapeutique de personnes diabétiques en situation de précarité**, *Santé publique*, vol. 25 suppl. 2, 2013, pp. s225-s233
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS2-page-225.html>

Cet article propose une analyse d'une intervention en éducation thérapeutique du patient concernant des personnes diabétiques de type 2 sur un territoire socialement défavorisé. L'importance du partenariat et de la qualité des relations interprofessionnelles et entre professionnels, associations et patients est mise en exergue pour (re)tisser le lien social indispensable à la santé et souvent fragilisé par la précarité.



Ouvrage

ROGER-ACHIM Diane, BARBEAU David, LOIGNON (et al.), **Chapitre 25. Les patients vivant dans la pauvreté**, pp. 570-581, In : RICHARD Claude, LUSSIER Marie-Thérèse, *La communication professionnelle en santé*, Pearson, 2016, 828 p.

Ce chapitre comprend 4 parties : la pauvreté et l'état de santé ; la pauvreté et la relation médecin-patient, indiquant le fossé socioculturel entre les médecins et les patients pauvres, et les entraves à la communication que cela implique ; connaître la réalité de la personne défavorisée pour mieux comprendre et communiquer ; quelques stratégies pour une communication efficace : s'intéresser au patient et à sa réalité, prêter attention aux préoccupations du patient, utiliser un langage simple et efficace, donner du pouvoir au patient et le faire participer à la prise de décision, prendre son temps, établir l'ordre des priorités des demandes, être conscient de ses propres limites et privilégier le travail en équipe.



Rapport

FISHER Jack, AHMADPOUR Ida, **De l'intention à l'action : le pouvoir des individus. Perspectives de personnes avec une expérience vécue de maladie non transmissible, de trouble de la santé mentale et de maladie neurologique**, OMS, 2023, 69 p.

<https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240069725>

Ce rapport est le premier de la collection de l'OMS intitulée "De l'intention à l'action", qui vise à renforcer la base de données probantes sur l'impact de la participation significative et à combler le manque d'approches normalisées pour permettre la participation significative fonctionnelle.

Pensée comme une plateforme pour que les personnes avec une expérience vécue ainsi que les organisations et institutions à la pointe sur ces questions puissent échanger sur les solutions, les difficultés et les pratiques prometteuses, cette collection vise également à fournir des récits et des modèles, ainsi que des données probantes.

Ce rapport comporte six études de cas impliquant douze personnes avec une expérience vécue d'affections diverses. Ces études de cas analysent les dynamiques de pouvoir et la réorientation

des pouvoirs en faveur des individus avec une expérience vécue, la prise de décision éclairée et les connaissances en matière de santé, la participation communautaire à l'échelle des réseaux et des systèmes de santé globaux, l'expérience vécue comme donnée probante et expertise, l'exclusion et l'importance de la participation des groupes qui sont marginalisés, ainsi que la défense d'une cause et les droits humains.



Rapport

ETP et accompagnement vers plus d'autonomie en santé des personnes malades chroniques en situation de précarité, Pôle ETP Ile-de-France, 2021

<https://www.poletp.fr/fr/autonomie-en-sante-personnes-malades-chroniques-en-situation-de-precarite>

Le Pôle de Ressources en Éducation thérapeutique du patient Ile-de-France (IDF), en partenariat avec l'Agence régionale de santé-IdF et le Laboratoire éducatif et promotion de la santé (LEPS), a rassemblé des acteurs-ressources concernés par cette thématique, afin de co-construire un cadre de lecture des actions d'éducation thérapeutique (ETP) et d'accompagnement à l'autonomie en santé des personnes malades chroniques en situation de précarité.

Durant l'année 2022, des professionnels de la santé et du social, des personnes concernées par la maladie chronique et la précarité, des institutionnels et des chercheurs ont participé à des séminaires et des focus groups. Ils ont partagé des expériences et ont réfléchi collectivement aux éléments incontournables de l'accompagnement vers plus d'autonomie en santé des personnes malades chroniques en situation de précarité.

Cette démarche a abouti à la création d'un outil interactif pour aider les professionnels à organiser et analyser leur pratique d'accompagnement. Cet outil ne prétend pas à être un guide directif de bonnes pratiques, mais un outil de référence rassemblant des points de vigilance ou des repères pour organiser et/ou analyser les pratiques.

Il est composé de trois parties :

- 1- La vie des patients et leurs savoirs
- 2- L'organisation des actions
- 3- L'environnement organisationnel des structures.

Dans chaque partie sont proposés des extraits de verbatims des acteurs (professionnels et patients), des questions utiles pour analyser les pratiques et des ressources pour faciliter leur amélioration.



Rapport

LEGRAIN Sylvie, ROELANDT Jean-Luc, LEFEUVRE Karine, Le pouvoir d'agir "empowerment" des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs. Réflexion autour de quatre populations vulnérables. Les enfants vivant avec une maladie chronique, les adolescents malades chroniques dans la période de transition des soins, les personnes ayant un problème de santé mentale et les personnes âgées de plus de 75 ans, EHESP, Université de Paris 8, INSERM, 2018-01, 50 p.

<https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2019/09/DEF-MAR16H-INTEGRALE-RESTITUTION-Se%cc%81minaire-de-recherche-action-.pdf>

L'Université Paris VII Denis Diderot, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) ont organisé un séminaire de recherche-

action les 21 et 22 septembre 2017 à Paris, fondé tout au long du processus de préparation et de réalisation sur l'écoute première des patients/usagers, puis la co-construction avec des patients/usagers, proches-aidants, professionnels et chercheurs.

L'originalité du projet réside dans une réflexion transversale menée en commun par les patients et les professionnels autour de quatre populations vulnérables : les enfants et les adolescents atteints de maladies fréquentes ou rares, les personnes ayant un trouble psychique, et les personnes très âgées.

L'objectif majeur du séminaire était d'élaborer des préconisations étayées et concrètes, afin de promouvoir au niveau national des dispositifs éducatifs plus ajustés aux besoins des patients et plus mobilisateurs de leur pouvoir d'agir.

Cette publication se veut un support de communication auprès des pouvoirs publics, des associations d'usagers et de patients et de l'ensemble des acteurs de la santé et du social. Support de synthèse pour la restitution des travaux au sein du Ministère des Solidarités et de la Santé le 31 janvier 2018, il est une contribution à la Stratégie Nationale de Santé. La présentation de la méthode est un préalable indispensable à l'exposé des résultats.

Ce document énonce, pour chacune des quatre populations, les préconisations précédées de constats spécifiques et d'extraits de verbatim les patients, à la fois précieux et significatifs.

Article

PASCAL Jean, ABBEY-HUGUENIN Hélène, AGARD Christian (et la.), **Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital**, *La Presse médicale*, vol. 33 n° 11, 2004-06, pp. 710-715

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S075549820498726X> (Résumé)

Cet article explore une méthode pour construire et évaluer les propriétés métrologiques d'un outil simple d'utilisation pour l'identification des personnes en situation de vulnérabilité sociale venant consulter à l'hôpital.

L'outil, construit à dire d'experts, paraît valide et présente des qualités métrologiques acceptables. Son utilisation en routine auprès de tout patient venant consulter à l'hôpital paraît possible, de par son acceptabilité, sa simplicité et sa rapidité de passation, après y avoir apporté des simplifications éventuelles.

Sortir du cadre hospitalier

Médiation, aller-vers



Article

MARTIN Laure, RAMSAY Karen, **Médiation en santé. "Aller vers" pour réduire les inégalités. Dossier**, *Concours pluripro*, tome 145 n° 25, 2023-05, pp. 21-30

Au carrefour du monde sanitaire et du monde social, le médiateur en santé repère, informe, oriente et accompagne... Une mission d'"aller vers" visant à permettre notamment aux publics précaires de retrouver le chemin du soin et reprendre leur santé en main.



Article

BOUCHAUD Olivier, HAMEL Emmanuelle, SOLEYMANI Dagmar (et al.), **La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. Dossier**, *La Santé en action*, n° 460, 2022-06, 51 p.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2022-n-460-la-mediation-en-sante-un-nouveau-metier-pour-lever-les-obstacles-aux-parcours-de-soin-et-de-prevention>

La médiation en santé est un important outil de lutte contre les inégalités sociales de santé. Elle accompagne les personnes, dont diverses vulnérabilités les éloignent du soin ou les empêchent d'aller au bout de leur parcours de santé, pour accéder aux soins et à la prévention.



Article

GERY Yves, « **Aller-vers** » pour promouvoir la santé des populations. Dossier, *La Santé en action*, n° 458, 2021-12, pp. 3-47

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2021-n-458-aller-vers-pour-promouvoir-la-sante-des-populations>

Pour promouvoir la santé de la population, les services de santé, sociaux et d'éducation ne suffisent pas : certains citoyens ne sont pas en capacité d'accéder à la santé, aux soins, à la prévention. Si l'on veut que ces populations bénéficient des droits fondamentaux, il faut " aller-vers " elles. Ce numéro spécial est entièrement consacré à cette démarche : il en synthétise l'état des connaissances et en présente des exemples diversifiés sur le territoire national, département d'outre-mer compris. Une trentaine d'experts et de praticiens de terrain ont contribué à ce numéro. [Résumé éditeur]



Article

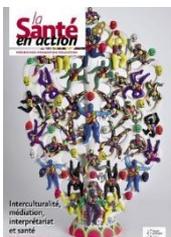
CHAMBON Nicolas, TRAVERSO Véronique, ZEROUG-VIAL Halima, **Pair-aidance, interprétariat et médiations**. Dossier, *Les cahiers de Rhizome*, n° 75-76, 2020-03, 202 p.

Une transformation traverse les structures sanitaires et sociales.

D'un côté, les métiers représentés au sein des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux se retrouvent « fragilisés ». Des psychologues s'interrogent par exemple sur la pertinence de l'évolution de la psychiatrie publique – diffusion du concept de « rétablissement », développement de la réhabilitation psychosociale, et sur leur place dans ces évolutions. Des soignants et des intervenants sociaux alertent également sur le manque de moyens pour mener à bien leur mission dans des structures en « crise ».

D'un autre côté, se développent des métiers plus ou moins nouveaux (médiateur de santé-pair, interprète...) dont le nombre augmente chaque année. Ce développement est quantitatif, mais surtout qualitatif, puisque les formations qui sont proposées impliquent une « montée en compétences » de ces intervenants. Si ces deux dynamiques ont pu apparaître comme concurrentielles, elles tendent aujourd'hui à s'enrichir mutuellement.

http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/Cahiers_Rhizome_75-76.pdf

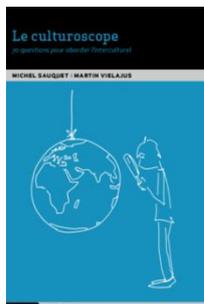


Article

TESSIER Stéphane, KOTOBİ Laurence, BOUSSOUAR Mohamed, **Interculturalité, médiation, interprétariat et santé**. Dossier, *La Santé en action*, n° 442, 2017-12, pp. 8-40

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2017-n-442-interculturalite-mediation-interpretariat-et-sante>

Une quinzaine d'experts et de professionnels de terrain ont été mis à contribution pour ce numéro consacré à l'interculturalité mais aussi à la médiation et à l'interprétariat. La prise en compte de l'interculturalité dans les soins et la prévention est une exigence majeure, dans une optique de promotion de la santé de l'ensemble de la population. Ce dossier présente un état des connaissances et met en avant des programmes et initiatives innovantes, l'objectif est de fournir aux professionnels des outils pour améliorer et rendre les soins et la prévention plus accessibles. Un dossier coordonné par Stéphane Tessier, Laurence Kotobi et Mohamed Boussouar qui en présentent les enjeux en introduction.



Ouvrage

SAUQUET Michel, VIELAJUS Martin, **Le culturoscope. 70 questions pour aborder l'interculturel**, Charles Léopold Mayer, 2016, 91 p.

<https://www.eclm.fr/livre/le-culturoscope/>

Cet ouvrage est destiné aux personnes évoluant dans un environnement multiculturel : étudiants, expatriés, coopérants, travailleurs sociaux... Il s'agit d'un outil d'enquête et d'analyse constitué de 70 questions pour explorer les différentes attitudes envers le temps, la religion, l'identité, le travail, l'autorité, l'argent et les conflits. Cette grille d'analyse propose une check-list de points sur lesquels il est utile de se questionner dans un environnement multiculturel ; un cadre d'analyse permettant d'éclairer des situations de confrontation socio-culturelles ; un cadre pour l'échange organisé d'expériences pour la formation au sein des institutions.

Lien ville-hôpital

Article

DESBOIS Célizia, ESCALAS Cécile, **Programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de lombalgies chroniques : vers un renforcement du lien ville-hôpital**, Santé éducation, vol. 29 - n° spécial congrès, 2019, pp. 34-38

https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2019/07/desbois-escalas-lombalgies_mis-en-page-tableau.pdf

Au Centre hospitalier René Pleven de Dinan, le programme de prise en charge multidisciplinaire en groupe des lombalgies chroniques a débuté en 2015. La réalisation systématique d'un bilan éducatif partagé et l'intégration des ateliers de compétences psychosociales au programme sont complémentaires à la prise en charge rééducative et semblent apporter un vrai bénéfice aux patients. Pour maintenir ce bénéfice dans le temps, il est primordial de continuer à accompagner le patient à sa sortie de l'hôpital en renforçant le lien avec la ville.

Article

Ville-hôpital : mieux communiquer dans l'intérêt des patients, Prescrire, tome 38 n° 415, 2018-05, p. 379

<https://urlz.fr/mDci>

Les patients atteints de cancer font souvent des allers-retours entre leur domicile et l'hôpital. La qualité des soins qu'ils reçoivent dépend entre autres de la communication entre médecins généralistes et équipes hospitalières. Comment les médecins généralistes perçoivent-ils cette communication ?

Article

LUGINSLAND Marie, **Education thérapeutique et précarité : un double défi**, Objectif soins management, n° 249, 2016-10, pp. 41-44

<https://www.espaceinfirmier.fr/media/f78/5160f1a666d21f5c9f0f11c13a9c7/articlesOBJ249.pdf>

Acquérir ou maintenir les compétences pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique : telle est la finalité proposée par l'éducation thérapeutique. Cet objectif est d'autant plus ambitieux quand le patient vit une situation de précarité. Le patient doit faire face à la maladie dans un contexte complexifié par la vulnérabilité sociale. Pour les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient, cette approche requiert autant de souplesse et de facultés d'adaptation que de créativité. [Résumé autrice]



Rapport

DECCACHE Carole, **Enquête sur les programmes d'ETP mettant en place des partenariats entre la ville et l'hôpital**, CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2023-06, 28 p.

<https://www.cres->

[paca.org/image/36529/15205?size=!800,800®ion=full&format=pdf&download=1&crop=cent](https://www.cres-paca.org/image/36529/15205?size=!800,800®ion=full&format=pdf&download=1&crop=center&realWidth=1240&realHeight=1754&force-inline)

Dans le document, l'auteur propose une synthèse de la littérature, pour identifier les enjeux et les objectifs des réseaux ville-hôpital pour améliorer la qualité et l'efficacité de l'éducation thérapeutique du patient. L'auteur rappelle le contexte dans lequel ces partenariats ont émergé, et présente dans le détail quatre programmes existants. L'enquête propose également des recommandations pour la mise en place de ce type de projets.

Rapport

LHSS, LAM et ACT : **l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours**, HAS, 2020, 201 p.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/argumentaire_lhss_lam_act_08122020.pdf

L'objectif de ce rapport est de proposer dans les structures LHSS, LAM et ACT un accompagnement centré sur la personne visant à développer son pouvoir d'agir, en produisant des repères concourant à l'évolution des pratiques et des postures des professionnels ; la mise en œuvre d'une organisation facilitant cet accompagnement et permettant de prévenir les ruptures de parcours ; la mise en œuvre d'un accompagnement de la fin de vie.

Les recommandations proposent aux professionnels des principes, postures et techniques d'accompagnement soutenant l'autodétermination de la personne dans la définition et la mise en œuvre de son projet : bienveillance, non-jugement, respect de sa temporalité, recherche de son consentement éclairé, adoption d'une communication claire et adaptée, prise en compte de ses priorités et ressources.

Elle propose également des éléments d'organisation permettant et facilitant la délivrance d'un accompagnement au plus près des besoins des personnes pour éviter des ruptures de parcours.

Littérature



Article

LEEMANS Charlotte, VAN DEN BROUCKE Stephan, PHILIPPE Marie-France

L'impact différentiel des dimensions de la littératie en santé sur l'adhésion au traitement des patients diabétiques, *Education thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, vol. 13 n° 2, 2021-12, 9 p.

Des études de l'impact de la littératie en santé sur l'adhésion au traitement mesurent typiquement la littératie en santé de manière générale, sans faire de distinction entre les compétences spécifiques. Cette étude examinait l'impact des quatre dimensions de littératie en santé (comprendre, évaluer, accéder, appliquer) sur l'autogestion et le bien-être de patients diabétiques.

Méthode : 107 patients diabétiques consultant dans un hôpital belge remplissent le HLS_EU_47, le DSMQ_16, et deux questions mesurant l'adhésion aux recommandations et la difficulté perçue de l'autogestion. Des régressions multiples testaient la contribution de la littératie en santé et de ses sous-dimensions sur l'autogestion, l'adhésion au traitement et la difficulté perçue, en

plus des prédicteurs démographiques et médicaux (âge au moment du diagnostic, complications, comorbidités, formation à l'autogestion).

Résultats : Outre la formation à l'autogestion et les complications, les 4 sous-dimensions de la littératie en santé expliquent significativement l'adhésion au traitement et l'autogestion. Parmi les sous-dimensions, l'évaluation des informations sur la santé contribue le plus à l'adhésion au traitement et l'autogestion.

Conclusion : Parmi les sous-dimensions de la littératie en santé, l'évaluation des informations impacte le plus fort l'adhésion aux recommandations médicales et l'autogestion.



Mieux se comprendre. Faible niveau de littératie en santé : un obstacle pour les plus vulnérables. Dossier, Prescrire, tome 41 n° 450, 2021-04, pp. 294-302

S'occuper de sa santé au quotidien, avoir un accès facile aux services de santé, aux droits liés à la santé, requièrent un certain nombre de compétences regroupées sous le concept de littératie en santé. Il s'agit de la capacité d'une personne à trouver les informations relatives à sa santé, à les comprendre et à les utiliser. Dans un système de soins où la tendance est à la responsabilisation des patients, les personnes avec un faible niveau de littératie en santé sont pénalisées, alors qu'elles sont souvent particulièrement vulnérables.

En France, près d'un quart des personnes ont des difficultés dans l'utilisation d'internet. Ces difficultés se retrouvent dans toutes les catégories de la population, mais davantage chez les personnes en situation d'illettrisme, les personnes âgées, handicapées, ou à faible revenu. Pour ces personnes, la numérisation croissante des services, notamment dans le domaine de la santé, risque d'entraîner des pertes de droits et des renoncements à certains soins.

Prendre conscience des difficultés et obstacles rencontrés par les patients avec un faible niveau de littératie en santé, et adapter sa pratique en conséquence, permet d'en réduire l'impact et de ne pas aggraver des inégalités de santé.

Un guide franco-québécois ("Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible") vise à aider les professionnels de santé, leurs organisations et leurs établissements à améliorer la communication avec le plus grand nombre de patients. Il s'agit notamment de porter attention au contexte de la rencontre, de transmettre des informations simples et concrètes et de vérifier la compréhension lors des échanges. Ce guide apporte aussi des conseils pour transmettre des documents écrits lisibles et compréhensibles.



Article

MARGAT Aurore, La littératie en santé en éducation thérapeutique : la mesure d'un écart entre l'intelligibilité du système de santé et les compétences des patients,

Education thérapeutique du patient - Therapeutic patient education, vol. 11 n° 2, 2019-12, 7 p.

Dans le cas particulier des malades chroniques, il est constaté qu'un faible niveau de littératie en santé (LS) nuit à une pleine maîtrise des compétences permettant l'autogestion de la maladie et le suivi des traitements.

Dans le but de répondre aux besoins particuliers des patients atteints de maladies chroniques, il semble nécessaire d'adapter l'offre éducative proposée aux patients chroniques au regard de leur niveau de LS.

Selon des logiques systémiques et socioconstructivistes, la prise en compte de la littératie en éducation thérapeutique (ETP) est possible et pourrait concourir à l'augmentation des compétences en LS et plus largement des compétences en littératie.

L'ETP pourrait être considérée comme une première étape vers un retour à l'apprentissage des personnes faiblement alphabétisées. La prise en compte de la LS dans les soins devra passer par la mise en place de liens entre les milieux sanitaire et socio-éducatif afin de constituer une porte d'accès pour ces publics souvent éloignés du système de soins. La formation des soignants/éducateurs et la reconnaissance de différents formats d'éducation permettraient d'adapter l'offre éducative dans ses contenus et ses méthodes.

Le modèle d'intervention pédagogique proposé apporte une réponse aux inégalités d'accès à l'ETP des personnes ayant de faibles compétences en LS. Il promeut une vision singulière et globale de la personne concourant à son autonomie en santé en intégrant à la fois l'approche clinique individuelle et l'approche de la santé publique du concept.

Article

ROBERGE Alexandre, **L'importance de la littératie en santé... Les inégalités en littératie dans le domaine de la santé ont des impacts sur ces patients**, *Thot Cursus - Formation en ligne et culture numérique francophone*, 2019-01-14, 3 p.

<https://cursus.edu/articles/42449/limportance-de-la-litteratie-en-sante#.XGbHNaBCdpg>

Cet article aborde la question de la littératie en santé en faisant le constat qu'elle est une compétence insuffisamment développée. Le personnel médical devrait développer la communication médicale auprès des patients en modifiant ses approches pour être en mesure de les aider dans leur compréhension de la santé globale pour améliorer leurs habitudes de vie et favoriser leur guérison.



Article

DE ANDRADE Vincent, MARGAT Aurore, VERHEYE Jean-Claude (et al.), **Information, éducation du patient et littératie : un rôle à jouer pour les bibliothécaires/documentalistes en France ?**, *Education thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, vol. 10 n° 1, 2018-06, pp. 1-2

La politique de santé de plusieurs pays, dont les États-Unis, incite fortement les bibliothèques publiques à soutenir l'information et l'éducation du patient. La prise en compte de la littératie en santé des populations est un enjeu majeur.

S'il existe des initiatives en France, celles-ci n'ont pas l'ampleur des expériences internationales. Pourtant, rien n'empêcherait qu'au sein des bibliothèques, les bibliothécaires/documentalistes favorisent auprès de la population des apprentissages en santé.

Une réflexion semble nécessaire pour concevoir, en France, l'implication des bibliothécaires/documentalistes dans ce but.



Article

DEBUSSCHE Xavier, CORBEAU Catherine, CAROUPIN J. (et al.), **Littératie en santé et précarité : optimiser l'accès à l'information et aux services en santé. L'expérience de Solidarité Diabète**, *Médecine des maladies métaboliques*, vol. 11 n° 8, 2017-12, pp. 739-744

Le présent travail exploratoire a permis d'identifier les compétences en littératie en santé de populations issues de la migration du quartier populaire Mosson à Montpellier, dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique « Solidarité Diabète ».



Article

MARGAT Aurore, GAGNAYRE Rémi, LOMBRAIL Pierre (et al.), **Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de littérature**, *Santé publique*, vol. 29 n° 6, 2017-11, pp. 811-820

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-6-page-811.htm>

Un faible niveau de littératie en santé (LS) constitue un obstacle à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et particulièrement pour les personnes en situation de vulnérabilité qui ont également plus de risques d'être touchées par les maladies chroniques et leurs complications.

Il semble donc essentiel de repenser les programmes d'ETP afin de tendre vers plus d'équité. Pour cela, une analyse des caractéristiques des interventions visant la LS et de leurs relations possibles avec l'ETP est nécessaire.

Méthodes : Une revue de la littérature de type scoping review a été effectuée entre novembre 2014 et janvier 2016, à partir des moteurs de recherche suivants : MEDLINE / PubMed, Embase, psycinfo, ERIC, Opengrey, SUDOC, thèses.fr, BDSP. Les termes de recherche : « health literacy », « Littératie en santé », « literacy », « littératie », « numeracy », « numératie », « compétence en santé » combinés avec les mots-clés : « programme », « program », « intervention », « méthode », « method », « technique », « outil », « tool ».

Discussion : Alors que le niveau de LS influence l'accessibilité des programmes d'ETP, il semblerait pertinent d'une part de rendre les programmes plus accessibles et d'autre part d'appréhender l'ETP comme une opportunité pour répondre, selon ses modalités propres, aux besoins en LS. Il semble que la mise en place de partenariats entre les milieux socio-éducatifs et de la santé puisse être une stratégie efficace, tout comme la formation des soignants-éducateurs à augmenter la LS des patients.

Il est donc possible d'articuler les interventions en LS et l'ETP. Des recherches devraient questionner les modalités pédagogiques à mettre en œuvre pour adapter les programmes d'ETP à la LS.



Article

RICHARD Claude, LUSSIER Marie-Thérèse, **La littératie en santé : une chance sur deux d'être compris par son patient**, *Cahiers de medactuel DPC*, vol. 8 n° 30, 2008-11-19, 2 p.

http://edumedic.info/Chroniques/MedActuel/00-00_Litt%C3%A9racie_19112008.pdf

Un rapport du Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA) publié en 2007 soutient que plus de la moitié des Canadiens ne détiennent pas le niveau de littératie nécessaire en santé pour comprendre la posologie des médicaments ou les consignes de sécurité qu'ils reçoivent. Ce taux frise même 90 % chez les personnes âgées.

Or, le niveau de littératie en santé est le meilleur prédicteur de l'état de santé d'une personne, plus que le revenu, l'éducation, la profession, etc.

Cet article donne des pistes aux soignants pour aider leurs patients à assimiler les informations transmises lors de la consultation.



Ouvrage

RUEL Julie, ALLAIRE Cécile, **Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible**, Santé publique France, 2018, 116 p.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/communiquer-pour-tous-guide-pour-une-information-accessible>

Alors que l'environnement propose au quotidien un flot d'informations, pour utiliser un transport, suivre un traitement médical, participer à une réunion de parents d'élèves ou encore choisir une assurance, traiter les informations requiert la mobilisation de nombreuses compétences telles que chercher, lire, comprendre ou comparer. Or, une partie de la population rencontre des difficultés pour accéder à l'information pourtant utile à la prise de décision et à la participation sociale et citoyenne.

Ce guide est le fruit d'un travail mené par des acteurs publics, des chercheurs et des associations impliqués sur les questions de littératie, d'accès à l'information, de participation sociale et de citoyenneté. Il suggère des pratiques à tous ceux qui souhaitent concevoir une information accessible à tous. [Résumé auteurs]



Ouvrage

RICHARD Claude, LUSSIER Marie-Thérèse, **Chapitre 23. La littératie en santé**, pp. 518-539

In : RICHARD Claude, LUSSIER Marie-Thérèse, *La communication professionnelle en santé*, Pearson, 2016, 828 p.

Ce chapitre comprend 8 parties, expliquant notamment le lien entre le niveau de littératie et la santé. Une partie propose des outils pour détecter les patients ayant un faible niveau de littératie en santé et donne quelques indices d'un possible problème de littératie. Ensuite, le chapitre propose des éléments d'approche communicationnelle adaptée à un faible niveau de littératie, ainsi que les interventions à effectuer en soutien à la communication verbale : vérifier la documentation destinée au patient, offrir un plan d'intervention écrit, aborder les aspects pratiques, utiliser des dessins, des pictogrammes et des documents audio et vidéo, travailler en équipe.



Ouvrage

BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette, **De l'éducation thérapeutique à la littératie en santé. Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés**, Editions

des Archives contemporaines, 2016, 239 p.

L'éducation thérapeutique est analysée dans cet ouvrage comme un espace inscrit à la croisée de plusieurs modes de vie : les soignants et les patients, le contexte de la situation d'apprentissage, mais aussi les sciences biomédicales et les sciences humaines et sociales.

L'auteure montre que les apports de la sociologie, des didactiques, de l'anthropologie, de la santé et de la communication éclairent de façon significative les processus d'apprentissage en jeu dans l'éducation thérapeutique du patient. L'objectif de cette étude est d'améliorer la littératie en santé, dite aussi "culture de santé", pour placer le patient au cœur du centre des recherches.



Ouvrage

LEMIEUX Valérie, MOUAWAD Randala, CHARIER Marie-Dominique (et al.), **Pour qu'on se comprenne ! Précautions et littératie en santé. Guide pour les professionnels et communicateurs en santé**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Québec, 2013, 61 p.

<http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/Montreal/9782896733231.pdf>

Ce guide s'inscrit dans un axe prioritaire de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, qui vise à réduire les écarts systématiques de santé entre les groupes de population, notamment à travers la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser l'information disponible afin de maintenir ou d'améliorer son état de santé (littératie). Le document a pour objectifs de sensibiliser les professionnels, de favoriser une meilleure compréhension des enjeux de littératie et de fournir du soutien dans l'élaboration de matériel de communication adapté à la population.



Rapport

MARGAT Aurore, **Comment mieux prendre en compte la littératie en santé des personnes en éducation thérapeutique ?** CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2021-12-01, 4 p.

http://www.cres-paca.org/depot_arkcms_crespaca/depot_arko/articles/3309/fiche-synthep-litteratie_doc.pdf

La littératie en santé fait référence aux capacités des personnes et des communautés à traiter l'information en santé dans le but de promouvoir, maintenir et améliorer leur santé, tout au long de leur vie. La littératie en santé influence les comportements de santé et l'utilisation des services de santé. Cette fiche vise à aider les soignants à repérer le niveau de littératie des patients en santé dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient.

Rapport

VANDENBROECK Philippe, JENNE Liesbeth, **Renforcer la littératie en santé. Tirer les enseignements de dix pratiques étrangères innovantes**, Fondation Roi Baudoin, 2018-11, 114 p.

https://www.kbs-frb.be/fr/~media/Files/Bib/Publications/2018_POD_3610_LitteratieSante_DEF.pdf

Ce document propose une cartographie de 10 initiatives ayant pour but la diffusion d'informations sur la santé de manière accessible. En préambule il définit le concept de littératie, les différents modèles théoriques et présente le cadre de la recherche. Puis chaque pratique est étudiée de manière précise (mode d'intervention, historique, contribution à la littératie en santé). Des préconisations pour mettre en place des actions pertinentes et effectives sont proposées dans la conclusion.

Sitographie

Médiation

COMEDE

<https://www.comede.org/>

Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et mes Gens du voyage

<http://www.fnasat.asso.fr/>

IRIS

<http://www.agisante-gard.org/>

ESPER Pro

<https://esperpro-mediateur.fr/>

Associations de soutien à l'accès aux soins

Réseau santé Marseille sud

<http://www.rsms.asso.fr/>

Promosoins Draguignan

<http://promosoins-draguignan.fr/>

Littératie

Centre de ressources illettrisme

<https://www.illettrisme.org/>

Faire dire. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334/fr/faire-dire

Les documents peuvent être empruntés pour 3 semaines, ou consultés sur place, sur rendez-vous, les après-midis, entre 14h et 17h.

Le prêt est conditionné à un chèque de caution.



Retrouvez plus de références
bibliographiques sur
www.bip-bop.org



www.oscarsante.org

MON-ETP.FR

TROUVER LE PROGRAMME
PROCHE DE CHEZ MOI

www.mon-etp.fr