

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Intégration des inégalités sociales de santé dans les actions du secteur de la Promotion et Prévention en Région wallonne : étude qualitative**

**Auteur :** Smolders, Juliette

**Promoteur(s) :** Kirkove, Delphine; Pétré, Benoît

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

**Année académique :** 2024-2025

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/24039>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

**INTÉGRATION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ  
DANS LES ACTIONS DU SECTEUR DE LA PROMOTION ET  
PRÉVENTION EN RÉGION WALLONNE : ÉTUDE  
QUALITATIVE**

Mémoire présenté par **Juliette SMOLDERS**

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Praticien spécialisé de Santé publique

Année académique 2024 – 2025

**INTÉGRATION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ  
DANS LES ACTIONS DU SECTEUR DE LA PROMOTION ET  
PRÉVENTION EN RÉGION WALLONNE : ÉTUDE  
QUALITATIVE**

Mémoire présenté par **Juliette SMOLDERS**

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Praticien spécialisé de Santé publique

**Promotrice : Delphine KIRKOVE**

**Co-promoteur : Benoît PETRE**

Année académique 2024 – 2025

## Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans le soutien et l'accompagnement de nombreuses personnes, que je tiens à remercier sincèrement.

Je remercie tout particulièrement Madame Kirkove, pour sa disponibilité, son écoute et la qualité de son encadrement. Son accompagnement rigoureux, tout en favorisant le développement de mes idées, m'a permis de structurer ma réflexion et de maintenir une cohérence tout au long de ce travail.

Ma gratitude s'adresse également à Monsieur Pétré et Monsieur Voz dont l'expertise et les conseils avisés ont été précieux pour approfondir l'analyse et faire émerger le plein potentiel de ce mémoire.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance aux opérateurs de promotion de la santé, qui ont généreusement accepté de consacrer du temps à cette étude. Leurs témoignages, riches d'expériences humaines et professionnelles, ont constitué une ressource essentielle à l'exploration des inégalités sociales de santé.

Je remercie chaleureusement l'académie de santé publique : l'ensemble des enseignants ainsi que le personnel administratif, pour la qualité de l'enseignement dispensé et leur engagement, qui ont largement contribué à l'acquisition des connaissances nécessaires à notre future pratique professionnelle dans le domaine de la santé publique.

Pour finir, je n'oublie pas ma famille et mes amis sans lesquels je n'aurais pas pu garder une si grande motivation tout au long de ce parcours.

## Table des matières

1.	Préambule .....	1
2.	Introduction.....	2
2.1.	Les inégalités sociales de santé .....	2
2.2.	Des conséquences sur la population.....	3
2.3.	Agir à travers la promotion de la santé .....	5
2.3.1.	L'universalité de l'offre.....	6
2.3.2.	Les politiques et institutions .....	6
2.3.3.	Action communautaire et participation .....	7
2.3.4.	Les compétences individuelles .....	7
2.4.	Mise en œuvre du Plan wallon de Promotion de la santé et Prévention .....	7
2.4.1.	Une pratique complexe .....	8
2.5.	Le modèle KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices).....	9
3.	Matériel et Méthodes .....	10
3.1.	Type d'étude .....	10
3.2.	Population, méthode d'échantillonnage et recrutement.....	10
3.3.	Paramètres et dimensions étudiés.....	11
3.4.	Méthodes et outils de collecte de données .....	11
3.5.	Organisation et planification de la collecte de données .....	12
3.6.	Traitemet et méthodes d'analyse des données .....	12
3.7.	Critères de validité.....	13
3.8.	Aspects réglementaires et législatifs .....	13
4.	Résultats .....	14
4.1.	Présentation de l'échantillon des participants à l'étude .....	14
4.2.	Présentation des résultats.....	15
4.2.1.	Les représentations et les connaissances des professionnels.....	15
4.2.2.	Stratégies pour l'opérationnalisation des ISS .....	17
4.2.3.	Un changement de paradigme .....	24
5.	Discussion .....	27
5.1.	Discussion des principaux résultats.....	28
5.1.1.	Mobilisation d'une pluralité de savoirs pour comprendre .....	28
5.1.2.	La pratique comme producteur de connaissances .....	30

5.1.3.	Des attitudes et croyances à la pratique .....	30
5.1.4.	Des programmes adaptés au sein des pratiques .....	32
5.2.	Biais, limites et forces.....	33
5.3.	Perspectives en santé publique.....	34
6.	Conclusion .....	35
7.	Références bibliographiques .....	36
8.	Annexes .....	41
8.1.	ANNEXE 1 : Cadre conceptuel des principaux déterminants de la santé selon Whitehead et Dahlgren .....	41
8.2.	ANNEXE 2 : Inégalités de niveau d'éducation dans le domaine de la santé .....	41
8.3.	ANNEXE 3 : Charte d'Ottawa .....	42
8.4.	ANNEXE 4 : Objectifs transversaux du PPP.....	42
8.5.	ANNEXE 5 : Guide d'entretien pour les opérateurs de Promotion à la santé .....	43
8.6.	ANNEXE 6 : Mail aux opérateurs de Promotion à la santé .....	46
8.7.	ANNEXE 7 : Mail comité d'éthique – loi .....	47
8.8.	ANNEXE 8 : Accord du comité d'éthique .....	48

## **Les abréviations**

Abréviations	Significations
EV	Espérance de vie
ISS	Inégalités sociales de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PS	Promotion de la santé
PPP	Plan de Promotion et Prévention
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
CLPS	Centres Locaux de Promotion de la Santé
ASCOP	Aide et Soins Centrés sur les Objectifs de vie de la Personne

# Résumé

**Introduction :** Les inégalités sociales de santé (ISS), en hausse en Belgique et particulièrement en Wallonie, créent des écarts injustes d'accès et d'état de santé entre groupes sociaux. La promotion de la santé offre une réponse adaptée, notamment par divers moyens d'action et stratégies de réduction des ISS. Toutefois, leur prise en compte par les professionnels reste complexe. Les obstacles incluent la nature multidimensionnelle des interventions, l'absence de formations spécifiques, la difficulté d'évaluation et des définitions parfois floues. Comprendre comment ces professionnels intègrent concrètement la lutte contre les ISS dans leurs pratiques est donc essentiel.

**Matériels et méthodes :** Cette recherche a été menée via une étude qualitative exploratoire de type phénoménologique. Elle comprend 12 entretiens semi-directifs auprès de 13 opérateurs de promotion à la santé agréés par l'AVIQ dans le cadre du Plan de Promotion et Prévention à la santé. Cette investigation s'est basée sur le modèle KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) afin de comprendre comment les opérateurs de Promotion considèrent les ISS au sein de leurs pratiques.

**Résultats :** L'étude met en évidence que, face à la complexité des définitions et des concepts liés aux ISS, les acteurs de terrain recourent à des stratégies ancrées dans les réalités locales et favorisent la collaboration intersectorielle, tout en adaptant leurs interventions pour en améliorer l'accessibilité et en percevant les ISS comme une occasion de rapprocher les secteurs ; parallèlement, ils amorcent un changement de paradigme vers une approche holistique centrée sur un patient acteur, impliqué de manière étroite et continue dans son parcours. Cette évolution témoigne d'une volonté croissante d'intégrer pleinement la lutte contre les ISS dans les pratiques, mais souligne aussi la nécessité d'un soutien institutionnel et d'outils communs pour pérenniser ces avancées.

**Conclusion :** L'étude révèle un engagement fort des opérateurs à intégrer les ISS malgré une certaine ambiguïté conceptuelle. Ils adaptent leurs pratiques localement, privilégiant une approche holistique et collaborative. Poursuivre les recherches, notamment du point de vue des patients, apparaît essentiel.

**Mots-clés :** inégalités sociales de santé, promotion à la santé, pratiques professionnelles, étude qualitative.

# **Abstract**

**Introduction :**Social inequalities in health (SIH), which are on the rise in Belgium and particularly in Wallonia, create unfair disparities in access to healthcare and health status between social groups. Health promotion offers an appropriate response, particularly through various means of action and strategies to reduce social inequalities in health. However, it remains complex for professionals to take these into account. Obstacles include the multidimensional nature of interventions, the lack of specific training, the difficulty of evaluation, and sometimes vague definitions. Understanding how these professionals concretely integrate the fight against SIH into their practices is therefore essential.

**Materials and Methods :** This research was conducted as part of an exploratory qualitative study of a phenomenological nature. It includes 12 semi-structured interviews with 13 health promotion operators accredited by the AVIQ as part of the Health Promotion and Prevention Plan. This survey was based on the KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) model in order to understand how promotion operators perceive SIH in their practices.

**Results :** The study highlights that, faced with the complexity of definitions and concepts related to SIH, actors in the field resort to strategies rooted in local realities and promote intersectoral collaboration, while adapting their interventions to improve accessibility and perceiving SIH as an opportunity to bring sectors closer together. At the same time, they are initiating a paradigm shift toward a holistic approach centered on patients as active participants who are closely and continuously involved in their care pathways. This evolution reflects a growing desire to fully integrate the fight against SIH into practices, but also highlights the need for institutional support and common tools to sustain these advances.

**Conclusion :** The study reveals a strong commitment on the part of operators to integrate ISS despite some conceptual ambiguity. They are adapting their practices locally, favoring a holistic and collaborative approach. Further research, particularly from the patients' perspective, appears essential.

**Keywords :** social inequalities in health, health promotion, professional practices, qualitative study.

## **1. Préambule**

C'est au cours de mon bachelier en ergothérapie que j'ai été sensibilisée pour la première fois aux notions de promotion et de prévention de la santé, à travers plusieurs enseignements théoriques. Par la suite, la réalisation de différents stages effectués dans des services variés et auprès de publics très divers, ont renforcé mon intérêt pour ces thématiques. Une observation revenait de manière récurrente : les écarts de santé marqués entre les groupes sociaux. Cette prise de conscience m'a profondément interpellée.

Désireuse de mieux comprendre ces disparités et les mécanismes qui les sous-tendent, j'ai choisi de poursuivre ma formation par un master en sciences de la santé publique. Ce cursus m'a permis d'approfondir les fondements historiques et actuels des systèmes de santé, et de m'initier plus spécifiquement à la question des inégalités sociales de santé, un enjeu majeur de santé publique.

Comprendre les causes structurelles et sociales qui façonnent les inégalités m'est apparu comme un prolongement naturel de ma formation initiale. L'ergothérapie, par son approche centrée sur la personne et son environnement, m'a appris à considérer l'individu dans sa globalité. Ce regard holistique m'a donné envie d'élargir mon champ de vision en m'intéressant non plus seulement à l'individu, mais aussi aux déterminants sociaux qui influencent sa santé.

C'est dans cette perspective que s'inscrit ce mémoire : explorer comment les acteurs du Plan de promotion de la santé en Wallonie intègrent et perçoivent la question des inégalités sociales de santé dans leurs interventions. À travers des lectures scientifiques, des échanges avec mes promoteurs et un travail de terrain, j'ai cherché à comprendre les facteurs agissant sur ces inégalités, et surtout, comment les acteurs de promotion à la santé les appréhendaient.

Ce travail s'inscrit donc dans une démarche de compréhension large et systémique, complémentaire à ma formation initiale, et témoigne de ma volonté à contribuer, à mon échelle, à une santé publique plus équitable.

## 2. Introduction

### 2.1. Les inégalités sociales de santé

Depuis plusieurs décennies, la santé des populations s'est améliorée, avec une longévité accrue et des conditions de vie plus favorables. Pourtant, cette évolution positive dissimule une réalité plus contrastée : les écarts de santé entre les groupes sociaux se sont accentués. Les bénéfices de ces progrès n'ont pas été partagés de manière équitable au sein de toute la population, profitant davantage aux catégories les plus favorisées, créant des inégalités sociales de santé (ISS) (1,2). Le terme ISS « *réfère aux disparités que l'on observe entre des groupes sociaux quant à l'état général de santé* » (3). Elles sont en réalité d'importantes iniquités au niveau de la santé et impliquent que tous les individus n'ont pas les mêmes possibilités d'accéder à un état de santé optimal (4,5). Elles sont le fruit de dynamiques sociales, de constructions collectives, mais aussi de l'organisation de la société et de l'action de ses membres. Elles ne sont pas naturelles, mais résultent donc de mécanismes sociaux : de causes macro-sociales, économiques, structurelles (le contexte politique, socio-économique, ...) ou de causes micro-sociales (les facteurs psychosociaux, les comportements, ...). La cause majeure des ISS implique « *une distribution inéquitable des déterminants sociaux de la santé* ».

Par la suite, il faut différencier les ISS des « *inégalités de santé* » qui désignent l'ensemble des différences observées en matière d'état de santé entre différents individus ou groupes. Certaines de ces disparités peuvent résulter de causes génétiques ou physiologiques, et sont alors perçues comme inévitables contrairement aux ISS (1).

Les ISS sont donc directement liées à la position sociale, au statut des individus selon un gradient social (6). Ce gradient, reflète une relation continue entre la position sociale et la santé : à chaque échelon moins favorisé de la société correspond, en moyenne, un état de santé moins bon. Il ne s'agit pas seulement d'une opposition entre riches et pauvres, mais d'une dégradation progressive de la santé tout au long de l'échelle sociale (7).

Les déterminants de la santé, quant à eux, regroupent l'ensemble des facteurs, qu'ils soient individuels, sociaux, économiques ou environnementaux influençant l'état de santé. Ils vont de caractéristiques personnelles, comme les comportements ou le patrimoine génétique, à des éléments plus globaux tels que les conditions de vie ou le contexte socio-économique, sur lesquels les individus ont peu de pouvoir. Parmi eux, les déterminants sociaux liés à

l'organisation de la société jouent un rôle central. Lorsque ces conditions, comme l'éducation, l'emploi ou le logement, sont distribuées de manière inéquitable, elles génèrent des écarts injustes de santé entre les groupes sociaux. C'est cette répartition inégale des ressources et des opportunités qui est à l'origine des ISS. Afin de mieux aborder ces notions, Whitehead et Dahlgren ont, en 1991, créé un cadre conceptuel avec les principaux déterminants de la santé (ANNEXE 1) (8). Dans un document plus récent, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) suggère un cadre conceptuel qui divise les déterminants en deux groupes. Il y a ceux « *structurels* » (les politiques publiques, la position sociale, le revenu, l'éducation, ...), et les « *intermédiaires* » (conditions matérielles, comportements, facteurs génétiques, ...). Ce modèle montre que les déterminants intermédiaires entraînent un état de santé défavorable, mais qu'ils ne constituent pas les causes profondes. Ces dernières, appelées « causes des causes », sont les déterminants structurels, sur lesquels il faut agir pour réduire efficacement les ISS (9).

Au niveau de leur évolution, les ISS n'ont pas une seule origine bien précise mais sont apparues au fur et à mesure des sociétés tout comme les inégalités sociales pour devenir une préoccupation à tous les niveaux (10). Dès le 19<sup>e</sup> siècle, grâce aux statistiques sociales notamment, certains auteurs ont commencé à comprendre que la santé dépend du contexte social. Le rapport Black, en 1980, a officialisé le lien entre statut social et santé en Europe, suivi par des programmes comme « *La santé pour tous en l'an 2000* » de l'OMS, visant à réduire les ISS (7,10). En France, les ISS sont devenues une priorité politique avec des plans dédiés. En 2008, l'OMS a souligné l'urgence éthique d'agir, affirmant que « l'injustice sociale tue à grande échelle » (11).

## **2.2. Des conséquences sur la population**

Partout à travers le monde, les personnes issues de milieux défavorisés présentent un risque accru de développer des problèmes de santé, d'en souffrir plus précocement et d'avoir une espérance de vie (EV) réduite. Cette réalité explique pourquoi les ISS constituent un enjeu crucial pour la santé publique (3). De plus, à l'heure actuelle, l'écart moyen d'EV entre les pays les plus défavorisés et les plus favorisés au monde peut atteindre jusqu'à 33 ans. Au sein des pays les plus pauvres, les enfants nés présentent un risque de décès avant 5 ans 13 fois plus élevé que ceux des pays plus riches (12). Les modélisations indiquent qu'en réduisant ces disparités et en renforçant l'équité entre les populations les plus défavorisées et les plus aisées

des pays à revenu faible ou intermédiaire, la vie de 1,8 million d'enfants chaque année pourrait être sauvée (12). Cette équité aspirée est « *l'absence de différences injustes, évitables ou auxquelles il est possible de remédier entre des groupes de personnes, que ces groupes soient définis socialement, économiquement, démographiquement, géographiquement ou par d'autres dimensions de l'inégalité* » (13).

En Europe, le constat de l'ancrage des ISS est tout aussi important et implique des variations entre les pays qui composent le continent, comme l'exposition aux déterminants sociaux qui change selon l'endroit de résidence. En effet, par exemple, même si les inégalités de santé selon le niveau d'éducation sont présentes partout, les causes y diffèrent : en Belgique et en Allemagne, ce sont surtout les conditions de travail ; en Suisse et en Hongrie, les difficultés financières ; au Royaume-Uni et en Espagne, les comportements à risque (ANNEXE 2). Ces données montrent que les ISS reposent sur des facteurs multiples comme les conditions de vie, et qu'il ne faut pas agir uniquement sur les comportements (14).

Par la suite, la France est le pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées en Europe occidentale. Celles-ci n'ont aucune tendance à régresser ces dernières années, contrastant avec l'amélioration du niveau moyen de l'état de santé (15). Au sein du pays, des inégalités de santé au niveau territorial mais aussi au niveau de la santé mentale (écart du simple au double de troubles dépressifs selon le niveau de vie) s'y retrouvent (16).

En Belgique, les ISS restent profondes et concernent tant l'état de santé que les comportements à risque. Selon Sciensano, l'EV comporte un gradient socio-économique conséquent. Ainsi, l'écart à 25 ans entre les personnes instruites et celles qui le sont moins est de 6,1 (homme) et 4,6 années (femme). Autres exemples, les personnes avec un faible niveau d'éducation sont 2,6 fois plus nombreuses à fumer quotidiennement que celles à hauts revenus (25 % contre 9,5 %) et 3 fois plus touchées par l'obésité (23 % contre 7,7 %). En Wallonie et à Bruxelles, l'état de santé est moins bon qu'en Flandre. Les niveaux d'instruction et de revenus sont, en Wallonie, globalement plus faibles, ces inégalités sont plus marquées : par exemple, le taux de mortalité générale (en Wallonie) y est également plus important de 22 % par rapport à la Flandre et de 8 % par rapport à Bruxelles. Les déterminants les plus présents en Communauté française de Belgique sont les ressources individuelles (revenus, niveau d'instruction, statut socio-économique), des facteurs structurels (accès aux soins, à la culture, à un cadre de vie favorable), l'environnement social et la société, génératrice d'ISS. Les

déterminants sont donc davantage macrosociaux que liés aux comportements à risque ou aux compétences sociales. Ces écarts traduisent une accumulation de désavantages sociaux qui impactent directement la santé, rendant crucial le renforcement des politiques ciblées de lutte contre les ISS en Belgique mais également davantage en Wallonie (6,17).

### **2.3. Agir à travers la promotion de la santé**

En 1978, la déclaration d'Alma Ata aborde la notion des soins de santé primaires et prône la nécessité de réduire les inégalités, de développer la participation et la santé dans toutes les politiques ... (18). Ces premières stratégies pour agir sur les ISS ont été, plus tard, développées par la Charte d'Ottawa. En effet, ce texte fondateur amène en 1986 à définir un moyen pour agir sur la santé qui est la notion de promotion de la santé (PS). Celle-ci est vue comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » (19). Cette promotion a entre autres, au sein de ce texte, pour objectif de réduire les ISS.

Quarante ans après, la PS demeure portée par la même volonté et constitue une réponse pertinente aux ISS, en mobilisant un ensemble de principes et de stratégies d'intervention reconnus à l'échelle internationale. Elle ne se limite, en effet, ni à la prescription de soins médicaux, ni à l'adoption de comportements individuels "idéaux", mais cherche à développer des réponses collectives aux causes structurelles des problèmes de santé, bien en amont de l'apparition des maladies ou des difficultés psycho-sociales. Pour ce faire, elle s'appuie sur une diversité de leviers (éducatifs, participatifs, environnementaux et politiques) et appelle à une mobilisation intersectorielle de l'ensemble des acteurs publics et communautaires. Ces leviers, qui constituent les axes stratégiques de la Charte, comprennent l'élaboration de politiques publiques saines, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition des aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé (ANNEXE 3) (20).

À l'heure actuelle, de nombreuses stratégies et pistes existent, avec pour fondations les valeurs précitées, aiguillant les acteurs de PS. Le Conseil supérieur de la promotion à la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, lors d'une publication sur « *la réduction des inégalités sociales de santé – un défi pour la promotion à la santé* », a interrogé des professionnels de santé afin de dégager des lignes directrices. Ce document avance que la réduction des ISS implique d'agir au-delà du secteur médical, en intervenant sur les conditions de vie comme le logement,

l'emploi ou l'éducation, tout en améliorant l'accès aux soins, à la prévention et à la PS. Les recommandations et les stratégies mises en avant dans cet article rejoignent celles proposées par les groupes de travail organisés par l'Union européenne (6). Les interventions contre les ISS peuvent donc cibler deux niveaux : le macrosocial (des actions politiques, l'éducation accessible, ...) ou le microsocial (l'empowerment des individus, la participation citoyenne, ...) (6).

### **2.3.1. L'universalité de l'offre**

L'approche universelle désigne une politique ou une action proposée à l'ensemble de la population, sans distinction de besoins ou de statut social. Elle vise à soutenir globalement le bien-être de tous les groupes socio-économiques, en garantissant une égalité d'accès aux interventions (22). Selon Marmot, l'auteur de nombreux livres et d'articles scientifiques sur les ISS, « *pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons universalisme proportionné. (...)* » (1). En pratique, l'objectif serait de « *préserver, renforcer l'universalité des offres de santé sur le continuum des soins à la PS* » (6).

### **2.3.2. Les politiques et institutions**

Sur le terrain, il est également essentiel d'« *intéresser les politiques et les institutions aux stratégies de PS* » (6). Cela comprend d'échanger et de coopérer à travers un travail en réseau, en partenariat dans un principe d'intersectorialité et de pluridisciplinarité entre tous les acteurs (associations, organismes, politiques ...) et de manière cohérente. De plus, il faut intégrer les ISS de façon structurelle (dans les missions, les objectifs ...) entraînant un renforcement des actions et pratiques mais aussi une continuité, sur du long terme, des actions. Organiser des plaidoyers auprès des décideurs, des institutions, afin de les sensibiliser sur les ISS. Leur faire connaître les problématiques, les actions menées, l'efficacité et les résultats pour une meilleure justice sociale (6). La charte d'Ottawa avance aussi qu'agir pour des politiques publiques saines pour une action commune « *permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants* » (19).

### **2.3.3. Action communautaire et participation**

L'action communautaire est l'ensemble des démarches collectives menées par des citoyens, des associations ... qui cherchent à répondre de manière solidaire à un besoin, à une problématique sociale et amènent à un meilleur contrôle des déterminants de la santé tout en réduisant les ISS et en augmentant le pouvoir d'agir des personnes (21). La participation, quant à elle, est une notion clé de la PS conciliant efficience et éthique. C'est un levier qui vise avant tout à favoriser l'accès des populations à une citoyenneté pleine et entière. Elle permet aux individus de s'impliquer dans les décisions qui les concernent directement et de jouer un rôle actif dans la construction de leur propre parcours de vie (8). La personne reste donc son meilleur juge, libre de ses choix ... (6). D'autres littératures mettent en avant l'importance des méthodes participatives pour réellement diminuer ces différentes disparités (22).

### **2.3.4. Les compétences individuelles**

Largement développé dans les textes fondateurs de la PS, le développement des compétences individuelles est un moteur de changement pour diminuer les ISS. Il faut, entre autres, développer l'empowerment ou le pouvoir d'agir en français. Cette notion est, par ailleurs, fortement liée à celle de la participation. Ce terme signifie de manière large le développement d'un contrôle, un pouvoir sur sa propre vie et sa santé. Il est encore plus utile auprès de personnes touchées par les ISS dues aux éléments économiques, de genre et culturels (8). L'empowerment se traduit par une meilleure estime de soi, un esprit critique, la reconnaissance de ses capacités ... (6). Pour clôturer, il s'agit aussi de revoir les représentations, les stéréotypes, les préjugés et, de manière plus large, d'améliorer la littératie en santé pour mieux appréhender l'environnement et mieux agir sur sa propre santé (6).

## **2.4. Mise en œuvre du Plan wallon de Promotion de la santé et Prévention**

Comme vu précédemment, la PS est une véritable plaque tournante pour pouvoir agir sur ces ISS en constante augmentation et encore plus en Wallonie. En réponse à cela, l'AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité) a développé le Plan wallon de Promotion de la santé et Prévention (PPP) 2023-2027. Il est en fait la mise en œuvre du WAPPS (Partie 2 du Plan wallon de Prévention et Promotion de la santé) à travers lequel l'objectif est de donner une ligne de conduite cadrée par rapport aux besoins wallons et ce, en collaboration avec les acteurs, les professionnels de la PS. Ce plan rejoint, à travers sa volonté de mise en œuvre, les fondamentaux des stratégies d'actions précités tels que l'universalisme proportionné, la

participation, ... Il vise donc à développer une conduite pour aider les professionnels de la PS à agir de manière coordonnée selon 5 axes : modes de vie; la prévention des usages des addictifs et réduction des risques ; la promotion d'une bonne santé mentale et bien-être ; la prévention des maladies chroniques ; la prévention des maladies infectieuses, y compris la politique de vaccination ; la prévention des traumatismes et promotion de la sécurité (23). Dans le cadre de cette étude, il sera question d'aborder un des objectifs transversaux du PPP (ANNEXE 4) qui est « *adapter les stratégies pour faire face aux ISS* » (24). Cette lutte est un objectif largement décrit comme volonté prioritaire du plan (23) qu'il est pertinent de lier à une autre problématique qui est la notion de complexité des interventions en PS.

#### **2.4.1. Une pratique complexe**

En travaillant en tant que professionnels de PS, ils se retrouvent face à des difficultés pour réaliser leurs interventions pour plusieurs raisons. Premièrement, leurs interventions sont qualifiées comme complexes dues à la nécessité d'allier plusieurs leviers, plusieurs stratégies durant leur pratique tant au niveau individuel que communautaire ou politique. Les actions de PS sont donc perçues comme complexes parce qu'elles sont « *constituées d'un ensemble d'actions conduites à plusieurs niveaux, s'appuient sur les contributions incertaines d'une grande variété d'acteurs porteurs de logiques et de représentations pas toujours convergentes* » (25). En d'autres termes et de manière plus approfondie, cela signifie qu'une intervention en PS n'est pas une action isolée mais comprend plusieurs éléments, dépendants les uns des autres, qui interagissent entre eux tels que les personnes en elles-mêmes (décideurs, bénéficiaires, ...) selon certaines ressources et conditions qui peuvent être financières, matérielles, ... Les actions sont donc impactées par un contexte spécifique, dans une période donnée (26). Les pratiques de PS se réalisent dans une structure particulière (école, association, ...) qui font elles-mêmes partie de systèmes, de réseaux plus importants (environnement politique, économique, ...). L'intervention en tant qu'acteur est donc très spécifique selon chaque réalité, chaque programme de PS, pour chaque bénéficiaire (26). Deuxièmement, il n'existe pas, au sein de la majorité de l'Europe, de formations sur les ISS alors que la Commission des ISS à l'OMS a mis en avant l'importance de s'y former. Malgré les formations qui abordent ces notions comme le domaine de la Santé Publique, les professionnels sont demandeurs d'une amélioration de leurs connaissances au vu de l'enjeu comprenant les ISS, et de son manque d'ancre dans les pratiques (7). De plus, un autre article

pointe le manque d'informations précises pour rendre plus simple l'adaptation et la mise en œuvre de programme (27). Troisièmement, un autre élément est la rareté des données probantes sur l'efficacité des interventions dans ce domaine. Elle illustre la difficulté à planifier, mettre en œuvre et évaluer des actions pertinentes (7). Cela est fortement lié au fait que les résultats en PS sont souvent sur du long terme comme les ISS. Dans notre cas, les effets seraient visibles en lien avec le gradient social et d'autres éléments plus quantitatifs, des éléments qui prennent du temps avant de voir une différence. Cela rend plus difficile d'appréhender l'efficacité de certaines interventions pour pouvoir, par la suite, les partager. Concernant l'universalisme proportionné, la dimension est rarement mise en œuvre et identifiée mais varie souvent avec des approches ciblées pour s'adapter aux réalités de terrain (21). Pour finir, un autre point est lié à la diversité de définitions des ISS, qui a pour conséquence de créer une certaine confusion. Certaines d'entre elles s'avèrent trop complexes et impliquent une plus grande difficulté pour l'opérationnaliser. Pour les professionnels intervenant auprès des individus, les ISS apparaissent comme une notion collective, distante, variable et se retrouvent détournées. Ils y portent un vif intérêt, mais se sentent souvent démunis face à leur capacité d'action (28).

## **2.5. Le modèle KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices)**

Les ISS impliquent un réel enjeu de santé publique surtout en Région wallonne dont les professionnels de la PS en ont fait une priorité. Au vu des complexités que comprend l'intervention en PS et des enjeux liés aux ISS, comment les opérateurs du Plan de Promotion à la santé en Région wallonne considèrent les ISS au sein de leurs pratiques ? Sachant que les comportements (les pratiques) se développent par certains processus cognitifs qui sont les connaissances, les croyances et les attitudes, le modèle KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) sera appliqué. Ce modèle sera utilisé de manière transversale dans ce mémoire afin de cerner comment ils s'approprient la notion d'ISS à travers leurs connaissances, leurs attitudes, leurs croyances face à cette problématique et pour finir, comment eux perçoivent cette thématique dans leur pratique (29). Il permet également de cerner, d'analyser et de discuter sur le sujet des ISS tout en mettant en avant les besoins, les enjeux, et les obstacles liés aux interventions sur le terrain (30). En d'autres termes, comment les opérateurs de PS s'approprient-ils la notion des ISS dans leur compréhension, leur posture professionnelle et leur rôle institutionnel ?

### **3. Matériel et Méthodes**

#### **3.1. Type d'étude**

Cette recherche est une étude qualitative exploratoire visant à comprendre un phénomène complexe et actuel que représente l'enjeu des ISS du point de vue des opérateurs de promotion à la santé en Wallonie. Cette catégorie de recherche vise à comprendre les phénomènes sociaux à travers une organisation itérative et un raisonnement inductif. Cette conduite permettra des ajustements continus et une exploration approfondie des aspects émergents du phénomène étudié (31). En adoptant une approche qualitative inductive, l'expérience du vécu est privilégiée comme point de départ à la construction de cet écrit. Cette démarche compréhensive, à travers un design d'étude de type phénoménologique, permet de saisir les nuances et les subtilités de cette thématique étudiée (32,33).

#### **3.2. Population, méthode d'échantillonnage et recrutement**

La population étudiée dans ce travail correspond à l'ensemble des institutions, des opérateurs agréés et subventionnés par l'AVIQ pour intervenir dans le champ de la PS auprès des citoyens wallons francophones. Ces opérateurs sont répertoriés dans une liste accessible en ligne, qui les classe selon les cinq grands axes du PPP, en fonction de leurs activités et des interventions qu'ils développent. Ces dernières sont elles-mêmes encadrées et orientées par les objectifs définis par le plan (34). Les critères d'inclusion étaient donc d'être opérateur agréé de l'AVIQ et d'avoir la capacité d'utiliser la langue française durant l'entretien. Cependant, les personnes ne donnant pas leur accord pour participer ou n'ayant pas une disponibilité de rencontre avant le 15 juillet étaient exclues. Les participants ont été sélectionnés selon un échantillonnage raisonné. Cette méthode consiste à choisir les personnes interrogées sur la base de critères préalablement définis, en lien direct avec la problématique de recherche. L'objectif est de s'assurer que les répondants soient les plus à même de fournir des informations pertinentes, riches et diversifiées sur la thématique. Pour ce faire, il est essentiel de veiller à varier les caractéristiques concernant les villes de la Région wallonne dont ils proviennent, la population auprès de laquelle ils travaillent et les interventions de PS qu'ils réalisent. Le nombre de participants a été déterminé selon le principe de saturation des données, c'est-à-dire que la collecte a été arrêtée lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouveaux éléments significatifs à l'analyse (35).

### **3.3. Paramètres et dimensions étudiés**

Les bases du modèle KABP ou CAP en français (connaissances, attitudes et pratiques) pour mettre en avant les paramètres et dimensions étudiés sont reprises dans le **tableau 1** (29).

**Tableau 1 : Concepts – dimensions et paramètres**

Concepts	Dimensions	Paramètres
<b>Connaissances</b>	Compréhension des ISS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances sur les ISS (définition et identification)</li> <li>- Identifications des concepts des ISS</li> <li>- Connaissances d'outils/moyens de réduction des ISS</li> </ul>
<b>Attitudes</b>	Positionnement face aux ISS (acceptation, appréhension ...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importance accordée à la prise en compte des ISS dans les projets</li> <li>- Perception de la clarté ou confusion des ISS dans le secteur</li> <li>- Engagement personnel ou professionnel</li> </ul>
<b>Croyances</b>	Représentations concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- causes,</li> <li>- solutions,</li> <li>- difficultés,</li> <li>- facilitateurs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Croyances sur les origines des ISS</li> <li>- Vision de l'égalité d'accès aux actions de santé</li> <li>- Liens faits avec d'autres concepts théoriques cruciaux (l'empowerment, les déterminants de la santé, l'universalisme proportionné, ...)</li> <li>- Idées de changements à effectuer</li> <li>- Croyances sur les éléments facilitants et limitants</li> <li>- Sa représentation du rôle d'opérateur face aux ISS</li> </ul>
<b>Pratiques</b>	Actions sur le terrain	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constats de terrain sur les ISS rencontrées</li> <li>- Stratégies d'adaptations des interventions</li> <li>- Manière de travailler (travail en réseau ...)</li> </ul>

### **3.4. Méthodes et outils de collecte de données**

La récolte de données s'est déroulée à travers des entretiens individuels semi-directifs basés sur un guide d'entretien composé de questions ouvertes et de relances organisées par thème (ANNEXE 5). Cette configuration de recueils de données permet une conduite souple des questions, des reformulations et favorise une relation de confiance et d'empathie pour explorer au mieux de manière approfondie et cohérente des notions investiguées dans cette étude. L'ensemble du guide pour les entrevues s'est basé sur de la littérature sur le sujet afin d'en assurer sa validité, notamment grâce à un prétest avec deux membres du CLPS (Centres Locaux de Promotion de la Santé) de Liège mais est également tourné vers leur vécu, leur ressenti qui sont les points centraux pour mener cette étude phénoménologique (29).

### **3.5. Organisation et planification de la collecte de données**

L'organisation de la collecte des données s'est appuyée sur un diagramme de Gantt afin de planifier les différentes étapes du processus d'élaboration de cette étude. Le recrutement des participants a débuté début juin par l'envoi d'un premier mail (ANNEXE 6), incluant une présentation succincte de la recherche, un numéro de téléphone personnel pour d'éventuelles questions, et la proposition pour un entretien en visioconférence.

Au total, 75 courriels ont été envoyés à cette occasion. Une relance a été effectuée à la mi-juin par un second courriel afin de rappeler la possibilité de participer et d'élargir le nombre de répondants. Les entretiens d'environ une heure se sont déroulés entre début juin et début juillet 2025. Une fois le consentement éclairé obtenu, les participants recevaient un lien personnalisé leur permettant de fixer un rendez-vous via la plateforme Teams. Le courriel incluait également un rappel automatique 15 minutes avant l'entretien afin d'assurer une bonne organisation logistique.

### **3.6. Traitement et méthodes d'analyse des données**

L'analyse des données a été conduite selon l'approche thématique de Braun et Clarke, particulièrement adaptée pour explorer en profondeur des expériences et représentations autour d'un sujet complexe comme celui des ISS (36).

Cette méthode comprend six étapes, suivies de manière itérative. Dans un premier temps, les entretiens ont été entièrement retranscrits de manière totalement anonyme, via l'option « *audio* » de Word pour permettre une familiarisation approfondie avec le corpus ([phase 1](#)). Un codage initial a ensuite été réalisé manuellement, en repérant les éléments pertinents au sein de verbatims en lien avec notre question de recherche ([phase 2](#)). Ces verbatims et ces codes ont été regroupés dans un tableau Word pour former des thèmes potentiels, sur base de régularités ou de contrastes observés ([phase 3](#)). Un travail de révision a permis d'affiner la structure thématique, en s'assurant de la cohérence et de la pertinence des regroupements ([phase 4](#)). Les thèmes retenus en raison de la pertinence avec la question de recherche ont ensuite été clairement définis et nommés ([phase 5](#)), avant de faire l'objet d'une analyse rédigée, illustrée par des extraits d'entretiens, et articulée avec le cadre théorique de manière transversale ([phase 6](#)) (36).

### **3.7. Critères de validité**

Ce mémoire s'est efforcé de se rapprocher au maximum des recommandations du modèle COREQ (*Consolidated criteria for Reporting Qualitative research*), une grille de 32 items développée pour assurer la transparence, la rigueur et la qualité des recherches qualitatives. Le COREQ couvre trois grands domaines : les caractéristiques du chercheur et sa posture réflexive (transparence), la conception et la mise en œuvre de la collecte des données (méthode documentée) et les méthodes d'analyse et de présentation des résultats (crédibles, ancrées, fiables). En s'appuyant sur ce cadre, le travail a visé à garantir une description claire du processus de recherche, à minimiser les biais liés au positionnement du chercheur, et à assurer la crédibilité et la traçabilité des résultats (37). Pour ce faire, l'ensemble de la démarche qui a été réalisée pour obtenir les résultats a été détaillée de la recherche théorique à la méthodologie.

De plus, d'autres suggestions de Mays et Pope pour avoir une meilleure validité ont également aiguillé : l'équité et la saturation de l'échantillon, la triangulation des sources et, lors de l'analyse, la fiabilité (38). Concernant le guide d'entretien, celui-ci a d'abord été rédigé puis amélioré à la suite d'un rendez-vous avec un professeur de l'université, avant d'être testé lors de deux entretiens exploratoires menés auprès d'employés du CLPS de Liège, ce qui a permis d'en affiner la clarté et la pertinence à travers leurs expériences directes avec les opérateurs.

### **3.8. Aspects réglementaires et législatifs**

Avant d'entamer la collecte de données, il était indispensable d'obtenir un avis favorable du comité d'éthique. Après avoir transmis une demande d'avis préalable détaillant les démarches de ce mémoire, le comité a précisé par courriel (ANNEXE 7) que l'étude ne relevait pas de la loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (39). Toutefois, dans la perspective d'une publication, le projet a été soumis à une réunion du comité d'éthique, qui a ensuite délivré un accord définitif (ANNEXE 8). La manière de construire cette étude en anonymisant les participants, en garantissant la destruction des données/enregistrements après les délais indiqués et en demandant un consentement éclairé de manière préalable par une demande de signature et une deuxième fois à l'oral avant de commencer l'entretien a permis de respecter la loi du 15 mai 2018 concernant le RGPD (*Règlement Général sur la Protection des Données*). Pour finir, cette étude n'a pas reçu de financement pour être réalisée.

## 4. Résultats

### 4.1. Présentation de l'échantillon des participants à l'étude

Tableau 2 : Description de l'échantillon				
Code	Sexe	Discipline professionnelle	Années dans l'institution	Axes principaux*
O1	Femme	Infirmière avec une spécialisation en santé communautaire	4 ans	Axe 2.1. – Axe 2.2. – Axe 3
O2	Femme	Architecte et sociologue	6 mois	Axe 2.1. – Axe 2.2. – Axe 3
O3	Homme	Archéologue et historien	10 ans	Axe 1.2.
O4	Homme	Infirmier urgentiste de formation	2 ans	Axe 1.1.
O5	Femme	Éducatrice spécialisée	4 ans	Axe 2.1. – Axe 2.2. – Axe 4
O6	Femme	Aide-soignante et assistante sociale	2 ans	Axe 2.1. – Axe 4
O7	Femme	Master en sciences politiques	7 ans	Axe 1.2.
O8	Homme	Assistant social	2 ans	Axe 4
O9	Femme	Assistante sociale	3 ans	Axe 5
O10	Femme	Infirmière avec une spécialisation en santé communautaire	9 ans	Axe 4
O11	Homme	Assistant social	4 ans	Axe 2.2. – Axe 3
O12 <sup>1</sup>	Femme	Infirmière avec un master en sciences de la santé publique	2 ans	Axe 1.1. – Axe 2.1. – Axe 2.2. – Axe 4
O13	Femme	Psychologue	15 ans	Axe 1.1. – Axe 2.1. – Axe 2.2. – Axe 4

Tableau 3 : Différents axes d'intervention du PPP	
Axes	Les priorités de santé
Axe 1	Promotion des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>1.1.</b> : Alimentation, activité physique, sédentarité</li> <li>○ <b>1.2.</b> : Lutte contre le tabagisme</li> </ul>
Axe 2	Promotion de la santé mentale <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>2.1.</b> : Prévention des usages addictifs et réduction des risques</li> <li>○ <b>2.2.</b> : Promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global</li> </ul>
Axe 3	Prévention des maladies chroniques
Axe 4	Prévention des maladies infectieuses, y compris la politique de vaccination
Axe 5	Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité.

<sup>1</sup> L'entretien O12 et O13 se sont déroulés en même temps pour une question de logistique entre les opérateurs.

## **4.2. Présentation des résultats**

Il est possible d'illustrer les résultats de cette étude de manière visuelle comme ci-dessous.

**Figure 1 – présentation des résultats**



L'analyse des résultats permet de mettre en évidence trois grands phénomènes dans l'intégration des ISS dans les pratiques professionnelles au sein de la **figure 1**.

### **4.2.1. Les représentations et les connaissances des professionnels**

#### **4.2.1.1. La complexité de la notion d'ISS**

Les ISS sont perçues par certains opérateurs comme une notion aux contours flous et abstraits. Plusieurs professionnels soulignent la complexité de ce concept, en raison de ses nombreuses nuances et variabilités qu'il implique. Certains professionnels reconnaissent que, malgré une formation approfondie notamment en santé communautaire ou en santé publique, les notions liées aux ISS requièrent un éclairage et un cadrage conceptuel plus aboutis pour devenir réellement opérantes dans les discours. Cette nécessité se fait d'autant plus sentir lorsqu'il s'agit de les transmettre ou de les faire comprendre à d'autres acteurs de la santé, qui, selon les participants, éprouvent souvent encore davantage de difficultés à les assimiler.

« Alors je pense effectivement que la définition n'est pas claire, qu'on la confond souvent avec les inégalités de santé. Vous voyez donc on... Et puis tout d'un coup, il y a du social qui se rajoute là-dedans (...) et c'est un peu comme un puzzle si vous voulez. Donc vous avez la discipline promotion de la santé, vous avez des déterminants sociaux, vous avez les inégalités sociales de santé, vous avez le concept de vulnérabilité, vous voyez, et donc ces inégalités sociales de santé, elles ne sont pas justement... enfin vous avez le gradient social, ça, ça, je suis sûre que je perds tout le monde à tous les coups quand je parle du gradient social (...). O1

Un autre participant, fort de son expérience dans l'analyse de données relatives aux ISS dans un précédent emploi, souligne qu'il est difficile de transmettre l'ensemble des éléments de manière concise, et qu'un temps plus long est nécessaire pour parvenir à une explication claire et accessible :

*« Ben je suis très actif par rapport aux inégalités enfin j'ai travaillé dans le terme d'inégalité sociale et territoriale en santé au niveau de \*\*\*\*\* quoi. Et donc ... c'est, enfin la définition que je, que je pourrais donner en effet ... C'est assez complexe de mettre ça d'un coup. C'est ben ça serait que bah tout le monde est pas, tout le monde est pas égaux par rapport à ce que la société peut proposer et surtout ce que le service que peut, peut proposer une administration ou un pouvoir public par rapport à sa santé. Je la résume là. On peut rester 1h là dessus » O4.*

#### **4.2.1.2. Une polysémie des termes**

Au-delà de cette complexité, les ISS sont perçues comme des notions aux significations multiples. En effet, une participante souligne que le terme, bien que largement utilisé, demeure flou et polysémique :

*« Je pense que c'est un terme qu'on lit beaucoup, un peu partout, mais qui peut être compris, utilisé un peu dans tous les sens. Je pense que ça peut cacher tellement de choses (...) ». O10*

Cette observation s'étend à de nombreux termes liés à la santé publique, révélés eux aussi difficiles à saisir pour les autres acteurs de terrain travaillant avec les opérateurs. Selon les personnes interrogées, les autres professionnels avec qui ils échangent, ainsi que la population en général ou même les décideurs politiques, tendent à confondre plusieurs notions telles que la promotion, la prévention ou la réduction des risques. Ce flou entraîne, selon certains, une confusion notable ainsi qu'une méconnaissance des rôles et des attentes de chacun. Comme l'exprime un participant :

*« Non, je pense aussi que tout le monde fait une soupe, hein. C'est oui, oui, non, clairement. Promotion, prévention, éducation, ce sont 3 choses que tout le monde confond ». O10*

L'usage d'un jargon propre au champ de la promotion ou de la prévention en santé, et peu accessible aux professionnels d'autres secteurs, contribue à renforcer les cloisonnements entre les domaines médicaux, sociaux et politiques. Cette réalité est illustrée par les propos d'un participant :

*« Et c'était très intéressant, mais je me souviens, après avoir été à une réunion de débriefing de cette journée, donc avec des acteurs du \*\*\*\*\*, et je m'étais dit, mon Dieu quel jargon enfin c'est... J'avais l'impression qu'il brassait beaucoup de vide et pour, pour dire que voilà, à ce moment-là j'étais juste du côté psycho-médico-social première ligne. Mais je crois que ça doit*

*être le regard que certains autres professionnels de première ligne peuvent avoir par rapport aux professionnels de la promotion de la santé ». O3*

Un opérateur souligne que cette fragmentation terminologique est limitante, alors que de nombreux ponts restent à construire entre ces différents corps de métier. Un autre insiste sur l'importance, avant toute communication, de clarifier les termes employés afin d'établir un socle commun de compréhension et d'assurer que chacun partage le même sens des mots.

#### **4.2.2. Stratégies pour l'opérationnalisation des ISS**

##### **4.2.2.1. Se lier à la réalité pour rendre palpables les ISS**

Cette variabilité terminologique n'affecte en rien la compréhension globale des opérateurs interrogés. Au contraire, ceux-ci témoignent d'une conscience claire des réalités liées aux ISS et identifient aisément les facteurs qui les influencent et les aggravent. Ils établissent également un lien direct avec la question des déterminants sociaux de la santé, en soulignant l'impact du statut socio-économique des individus sur leur santé. Comme l'illustre un participant :

*« Et pour ce qui est des ISS, alors en promo santé, nous on envisage ça comme un, un vrai objectif de réduire les ISS. Pour l'instant quelques raisons que ben c'est, c'est une autre approche que le système plus classique de se dire on va traiter la maladie, et cetera, penser grâce aux, aux différents observatoires des données de la santé qu'il y a, il n'y a aucun doute sur le fait que les déterminants de la santé, les ISS, de santé et les inégalités sociales tout court jouent un rôle déterminant dans le développement de maladies, qu'elles soient chroniques, graves ou, ou dans l'espérance de vie. Et ça suffit juste de prendre n'importe quel quartier de Bruxelles par exemple, qui soit pauvre, de comparer à un quartier riche et de voir la différence d'espérance de vie entre ces 2 quartiers, et cetera ». O2*

Par leur ancrage dans les pratiques de terrain en promotion et prévention, ces professionnels rapportent une compréhension fine et concrète des ISS, qu'ils perçoivent comme des réalités vécues au quotidien. C'est donc à travers leur expérience professionnelle qu'elles prennent forme et deviennent tangibles, palpables. Pour certains, ce n'est qu'au contact direct avec le terrain que la compréhension des ISS devient possible, comme l'exprime un participant :

*« De manière générale, je pense pas que ça soit très clair, je pense que c'est clair si on en est témoin ou victime et qu'on a le nez dedans mais même quand j'en parle moi à mon entourage*

*qui est pas dans le social mais qui est quand même de nouveau relativement déconstruit, mais c'est pas forcément des choses qui, quand on en parle ou j'entends. Ben oui oui t'as raison mais plutôt « Ah oui c'est vrai, j'aurais pas cru vraiment ! » et donc de nouveau on est, on est généralement focus sur sa réalité à soi. O9*

Les ISS sont vues pour certains comme une sorte de philosophie, une sorte de fil conducteur au sein des pratiques. Pour d'autres, c'est un réel objectif prioritaire, comme ces différents extraits l'évoquent :

*« Alors globalement on a d'abord comme mission première, notre mission première, c'est de lutter contre les inégalités sociales de santé ». E6*

*« Notre objectif c'est vraiment le truc de base quoi vraiment ahaha. Lutter contre les inégalités sociales de santé donc oui on en est quand même bien imprégné ». E12*

De manière évidente, ils s'accordent tous pour dire que c'est une réelle problématique à l'heure actuelle. Ils soulignent aussi qu'au-delà de stagner pour certains, les ISS s'aggravent selon d'autres, créant un constat alarmant. Cette alerte, ils sont plusieurs à la partager à travers également un sentiment d'impuissance face à la situation comme dans cet extrait :

*« S'attaquer entre guillemets aux inégalités sociales de santé, pour beaucoup, c'est, c'est ce que nous disent les professionnels, c'est un peu ouvrir la boîte de Pandore une fois qu'on ouvre la boîte, ben qu'est-ce qui va en sortir ? Déjà on ne sait pas comment les gens vont réagir, peut-être qu'ils vont s'effondrer. Donc il y a une vraie crainte à ce moment-là. Et puis cette 2e, ce 2e frein qui est de dire et qu'est-ce que je fais avec ça ? » E1*

#### **4.2.2.2. Stratégie de collaboration entre les secteurs**

Pour intégrer au mieux les ISS dans leurs pratiques, les opérateurs soulignent l'importance du travail en réseau et de la collaboration, considérés comme des fondements essentiels de leur quotidien. Certains insistent sur la contribution de chaque acteur gravitant autour de leurs interventions. Interrogé sur les leviers permettant une meilleure appréhension des ISS, un participant répond :

*« Mais par rapport à ces questions-là, je pense que chaque sphère peut apporter sa contribution au problème ». O3*

Plusieurs participants évoquent également les échanges inter-ASBL, notamment entre opérateurs du PPP, comme des espaces privilégiés de circulation des données et des savoirs. Les CLPS sont également fréquemment mentionnés comme des ressources incontournables et des soutiens méthodologiques, comme le rapportent ces deux témoignages :

*« Et donc c'est vrai qu'on, on collabore beaucoup avec le CLPS, nous c'est celui de, de \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* où on bah voilà quand on développe une nouvelle animation quoi, ben on va voir, ben  
qu'est-ce que vous avez là-dessus ? Qu'est-ce qui pourrait nous intéresser ? » O12*

*« Bah c'est ça. En fait, ce qui est compliqué c'est de trouver en fait, dans, par rapport aux  
indicateurs, mais on est aidé pour ça par le CLPS qui fait vraiment un super travail de soutien ». O11*

Un opérateur rappelle qu'il est légitime de reconnaître ses limites face aux ISS, et qu'il est parfois nécessaire d'orienter les publics vers d'autres structures plus spécialisées. D'autres admettent que des progrès restent à faire, tout en affirmant agir au mieux selon les moyens dont ils disposent. Enfin, au-delà des ressources extérieures (scientifiques ou institutionnelles), plusieurs témoignages mettent en lumière la richesse du partage d'expériences et de connaissances en interne, à travers les discussions et réunions d'équipes, renforçant ainsi la dimension interdisciplinaire de leur travail sur le terrain.

#### **4.2.2.3. *Les ISS comme opportunité de rapprocher les secteurs***

Ne touchant pas un secteur spécifique, les ISS sont partout et à tous niveaux, comme le dit un des opérateurs :

*« Ben, les ISS, c'est, c'est quand même assez large. Je dirais qu'elles sont, elles sont à, à tous  
niveaux puisque maintenant quand on veut avoir accès à un psychologue, même enfin ou  
n'importe qui, il y a des listes d'attentes pas possibles ». O5*

À la suite de l'importance de la collaboration vue précédemment, les participants soulignent l'envie d'agir ensemble face aux ISS. Cependant, les professionnels interrogés sont现实ists quant à celle-ci : les différences de points de vue, d'objectifs prioritaires et de philosophie entraînent de nombreux désaccords. Il est notamment nécessaire de partager leurs connaissances sur la notion d'interculturalité afin de réaliser des interventions selon les besoins, la culture, et de ne pas, comme dans l'exemple qui suit, occulter des diagnostics, comme l'explique cette assistante sociale de formation :

*« (...) je pense à une dame que je suis depuis, depuis que je suis au \*\*\*, donc depuis 2022, qui se plaignait de douleurs pendant les règles, et cetera. Qu'il y avait plein de médecins qui lui disaient c'est à cause de l'excision, c'est à cause de l'excision. On vient de lui diagnostiquer une endométriose 3 ans après, parce que qu'on était ... on n'a pas cherché plus loin. Donc il y a ça, il y a ben y a la couleur de peau, la barrière de la langue ou ben quand on a de la chance, il y a un interprète qui accompagne ». O9*

Selon eux, que ce soit un médecin, un avocat, un traducteur ou encore un élu communal, ils ont chacun une priorisation différente contraire à celle des acteurs de PS qui est le bien-être de l'individu au-delà de la santé au sens strict :

*« Et que et qu'on n'est pas toujours d'accord parce que les infirmiers, leur objectif c'est de soigner la personne. Et donc quand moi je dis, Ben non, il faut travailler avec la consommation de la personne. Si la personne consomme et qu'elle est stabilisée, qu'elle arrive à avoir une vie sociale et qu'elle arrive à vivre sa vie, à aller travailler et gérer, c'était pas problématique. Ce qui est problématique c'est une, une consommation problématique avec une manière de consommer qui devient la problématique pour soi, pour sa santé, pour le social, je dis donc ça c'est différent, mais les infirmiers sont dans cette logique, non. La personne doit arrêter de consommer puisque moi je dois la soigner ». O5*

Ce ressenti est commun pour tous les participants de l'étude par rapport à de nombreux acteurs tels que les politiques ou encore du secteur médical mais pas uniquement. Par exemple, une administration de prison qui priorisera la sécurité de l'infrastructure à la réalisation d'un atelier bien-être. Ce point de vue divergent est expliqué par les participants à travers la différence de sensibilisation et de sensibilité des acteurs. En effet, selon eux :

*« (...) moi j'ai la sensation plus les partenaires vont être sensibilisés à la cause, (...), j'ai l'impression que plus on va être sensibilisé à la, à la cause et pas seulement pas spécialement en ayant eu des formations hyper théoriques, parfois juste un partage d'expériences ou de dire voilà ce que c'est la réalité pour les personnes qui ont qui rencontrent, telle, telle spécificité, telle inégalité. Je trouve que ça dépend vraiment du professionnel et de la sensibilité qui met dans le sujet. Et donc c'est ça pour moi le, le plus important, quelqu'un qu'on arrive à, à toucher sur une problématique, il va d'office, être plus attentif même s'il a moins de moyens, va peut-être plus se ... s'organiser pour orienter que quelqu'un qui ne va pas être sensibilisé. » O9*

Il est crucial selon eux d'opter pour une vision plus large de la santé en comprenant aussi les déterminants de la santé et qu'elle ne se résume pas au bien-être physique et mental, comme un opérateur le met en avant :

*« Et donc il faut, il faut vraiment, voilà, quelque part qu'il y ait à chaque fois cette conscience que la santé et, et quand je dis santé, ce n'est pas qu'uniquement un bien-être physique hein, c'est le mental social et physique. Il faut vraiment plaider en tout cas, ou en tout cas que dans, par exemple, par rapport au plan et au futur plan, c'est d'insister sur cette question des déterminants de la santé et des inégalités ». O7*

Certains insistent que si l'on n'a pas les lunettes ou la vision pour observer les ISS, ces disparités resteront peu présentes. Cela a pour conséquence sur le terrain d'amener à une stigmatisation et une discrimination notables d'acteurs de terrain envers la population prise en charge. Un extrait illustre bien ces propos :

*« Et donc là voilà, on va beaucoup expliquer et il faut penser aussi que notre public, qu'il est extrêmement stigmatisé et jugé et donc souvent on l'entend : « Il y a qu'à arrêter de consommer ». Or ce problème de santé, tous les addictologues sont en train de dire on ne peut pas arrêter comme ça et surtout si on est dans la rue... donc voilà. Il faut des lieux qui soient accueillants, Il faut comprendre la situation où la personne est à ce moment-là et cheminer avec elle à son rythme et petit à petit ». O6*

C'est pour l'ensemble de ces raisons que l'utilisation des ISS semble idéale pour créer des ponts entre les secteurs. Un exemple extrêmement parlant est l'approche croisée entre le secteur des soins et celui de la promotion et prévention à la santé. De fait, selon certains opérateurs, il existe une relation inévitable et porteuse de sens entre ces deux domaines, comme le précise un d'entre eux :

*« Et donc dans le collectif, il y a également un partenariat avec les hôpitaux. Donc surtout avec celui de \*\*\* (...) où nous avons justement 2 infectiologues, le docteur \*\*\* et le docteur \*\*\*, qui sont vraiment des partenaires précieux ». O8*

Une participante explique que le soin peut être la voie d'entrée à la PS mais pas seulement. En effet, elle indique aussi que l'inverse peut également se produire :

*« L'infirmière va le voir et à ce moment-là, il y a comme un moment où la personne peut se confier. Et c'est à ce moment-là que l'infirmière va profiter pour donner tous les conseils de réduction des risques, pour informer, pour voilà de... expliquer ce qui est important pour la santé. Voilà. Donc chez nous, c'est vraiment soit les soins amènent à la promotion de la santé, soit la promotion de la santé amène aux soins. Voilà donc, c'est chez nous, c'est pas coupé ».*

*O6*

Un professionnel explique que son partenariat avec l'hôpital lui permet d'y introduire ses actions via des stands de sensibilisation. Une autre ajoute que le fait d'exposer les productions des patients dans l'hôpital revient, symboliquement, à faire entrer la promotion de la santé dans le secteur des soins. Dans cette même logique, un dernier participant cite l'exemple de patients posant des questions très médicalisées, les redirigeant vers des médecins plus compétents pour y répondre. Ils voient donc la différence entre les secteurs comme une possibilité de réduire et de prendre mieux en charge les ISS grâce à davantage de sensibilisation, comme le montre l'extrait ci-dessous :

*« Pour moi, ce serait une bonne chose que les politiques soient un peu plus sensibilisés et soient plus un soutien qu'un obstacle ». O8*

Ce passage montre aussi que les ISS ne sont pas que du ressort de l'individuel, mais nécessitent un soutien au niveau macro. Pour finir, une opératrice, infirmière de formation, explique ce changement de point de vue selon les études initiales réalisées :

*« Pour autant, n'y a pas vraiment d'outils d'après moi, ça reste une, une ouverture d'esprit et un changement de philosophie puisque pendant 3 ans on a eu une philosophie, on a été enfin... il faut voir les, les infis quand ils sortent de leurs études. On est vraiment, je ... je ne sais pas dire le mot ... mais endoctriné est un peu fort, mais on a vraiment cette philosophie pour l'hôpital, on doit penser comme pour l'hôpital et donc la santé communautaire permet un petit peu, je trouve, de voilà, de remodifier un peu le cerveau, de voir tout ce qui est possible. Mais clairement, on nous dit en santé communautaire : sachez que vous allez voir vous adapter à votre travail de ... en fonction de ce que vous allez choisir et donc en fait, on vous ouvre tout un panel mais après, à vous de gérer quoi ». O10*

#### **4.2.2.4. Des actions pour tous**

Enfin, une dernière stratégie évoquée par les professionnels pour agir face aux ISS consiste à adapter leur approche au plus près des réalités vécues par les populations. Cela implique notamment de veiller à rendre leurs interventions les plus accessibles possibles, que ce soit sur le plan financier, linguistique, ou autres, comme :

*« Alors c'est un outil canadien mais qui permet de voir, vous n'avez qu'à rentrer votre texte de brochure ou votre pourquoi un communiqué de presse, et cetera. Vous devez choisir à qui vous le destinez (...). Et ça, pour nous, c'est une bonne ressource de dire : « Ben Ah ben non, on est, on est à côté de la cible, là on est encore trop, trop high level ». Voyez des petites choses comme ça ». O1*

Pour ce faire, certains ont des programmes avec un principe d'universalisme proportionné selon les publics tandis que d'autres ont des actions axées principalement sur des personnes dans le besoin. Ces principes d'accessibilité sont néanmoins réduits et sont encore fortement limités à l'heure actuelle pour cause de manque de ressources financières, humaines, temporelles, administratives, ... Le constat est le même pour tous les opérateurs :

*« Maintenant, les freins. C'est que le nerf de la guerre, c'est toujours l'argent. Et donc l'argent et le jugement, je pense ». O10*

*« C'est comme beaucoup de choses, il y a un manque de moyens. C'est ça, malheureusement humain, financier, qui font que. Ben mais comme vous l'avez dit, notamment les nouvelles mesures gouvernementales ». O9*

De nombreux participants expliquent que tout au long de leurs actions ils doivent s'adapter à un public qui vit dans l'instant T et qui ne met pas sa santé comme prioritaire. Il est donc important, selon eux, de tenir compte de cette particularité dans leurs actions, comme le montre ici une opératrice, éducatrice de formation, qui travaille dans ce cas de figure :

*« Par rapport à notre public, c'était plus une question d'immédiateté. Donc on a un public qui, quand il est là, il faut y aller. C'est, c'est le moment parce qu'il ne reviendra peut-être pas ». « Et donc il y a aussi cette, cette, allez, ce timing qui peut aussi être un jeu, donc c'est pas forcément toujours une priorité (la santé) pour les personnes, que ce soient des personnes qui sont débordées pour le travail ou que ce soient des personnes de la rue qui elles, ne font pas de leur santé, une priorité ». O5*

### **4.2.3. Un changement de paradigme**

#### **4.2.3.1. La place du patient au centre de la prise en charge**

De manière plus générale, les opérateurs du PPP orientent leurs discours et leurs pratiques autour des besoins exprimés par la personne elle-même. Le respect du libre arbitre, de la liberté d'expression et de choix apparaît, à travers leurs récits, comme une base fondamentale de leur intervention. Ils cherchent ainsi à transmettre les valeurs qui les animent dans leur travail, comme l'illustre le témoignage d'une éducatrice spécialisée :

*« Ah donc voilà, et donc moi pour ce qui m'a amenée aux \*\*\*, bah c'est mon, mon travail d'assistante sociale et, et, et mes valeurs qui ont toujours tendu vers, vers l'associatif, féministe et inclusif. Et donc bah lutter de manière générale contre les violences de genre, c'est quelque chose qui m'attirait particulièrement et les inégalités ». O9*

Dans leurs récits, plusieurs opérateurs expriment un changement de perspective : là où l'action médicale était autrefois au centre, c'est désormais le bien-être et la qualité de vie du patient qui priment. Ils parlent d'approches davantage tournées vers la co-construction, l'empowerment, l'autonomisation ou encore l'universalisme proportionné, qu'ils cherchent à intégrer concrètement dans leurs pratiques. Une opératrice cite :

*« C'est oui à la transmission d'informations, mais c'est toujours être dans le pratico-pratique et essayer de leur redonner des, des, des, des choses qu'ils pourront remettre en place. Ben voilà. Qui soit réaliste, adapté à leur milieu, parce que ça, on est très, très, très attentif. Et je pense que, en étant justement dans cette démarche-là, ça permet justement d'avoir un impact sur ces inégalités sociales de santé en leur redonnant pouvoir d'agir qu'ils n'ont pas ou peu en prison ». O13*

Ils considèrent également les patients comme experts de leur propre vécu, intégrant ainsi les principes de patient partenaire et de pair-aidance dans leurs interventions, comme l'explique un participant :

*« Et donc, ce qui est bien, c'est qu'on va plutôt amener la motivation par le collectif que par, je veux dire, que par les travailleurs eux-mêmes. Et c'est ça qui est bien, c'est que la motivation vient par les pairs quoi. Et, et c'est les pairs qui vont qui vont amener ça, qui vont amener l'empowerment finalement ». O5*

#### **4.2.3.2. Une vision active du patient**

Dans les différents discours, un tournant significatif apparaît dans la manière dont les opérateurs souhaitent aborder la prévention et la promotion de la santé. Ils aspirent à une approche où le patient n'est plus considéré comme un acteur passif, rôle qui lui est encore trop souvent assigné, notamment par certains médecins. Désormais, l'accent est mis sur la capacité d'agir du patient : il est vu comme une personne autonome, dont le libre arbitre doit être respecté. La relation entre professionnel et patient tend ainsi vers une véritable collaboration.

Un opérateur illustre clairement cette vision dans l'extrait suivant :

*« Et aussi surtout, et ça c'est intéressant, c'était la philosophie. Où finalement nous dans la société occidentale, quand on est dans le soin, déjà le patient il a ben il est-il à ce titre de patient, donc il est enfermé dans, dans, dans ce rôle-là, quelque part dans cette fonction-là, il est patient, qui renvoie aussi à la patience, à la passivité, à l'attente. Donc il est pas du tout acteur du changement. Dans notre approche occidentale, un, c'est le médecin qui va dire ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire ». O3*

Les participants ont quitté cette vision pour aller vers une autre, comme expliqué ci-dessous :

*« D'ailleurs, je dis souvent qu'un changement qui se ferait au prix de la perte du libre arbitre n'aurait aucun sens (...). Il vaut mieux quelque part être fumeur et conserver son libre arbitre que de devenir non-fumeur au prix d'avoir perdu son libre arbitre ». O3*

Une autre souligne par un autre extrait son point de vue, aligné sur le principe de co-construction et d'attention centrée sur la personne :

*« Mais on est dans cette perspective de l'attention centrée sur la personne donc jamais penser des choses pour toi sans toi ». O6*

De manière globale, travailler avec le patient comprend aussi que le non-respect des choix individuels comporte un risque implicite : celui de glisser vers une forme de déshumanisation. Pour eux, faire avec son accord est prioritaire dans leurs pratiques, comme l'explique l'un des opérateurs :

*« (...) ben j'ai parfois des dames qui me disent : « Moi je souhaiterais rencontrer tel gynécologue parce que j'ai une amie qui me l'a conseillé et que j'ai pas eu du tout un bon feeling avec le gynécologue vers lequel le centre m'a orienté » et, et où le centre dit : « Ben je ... on, on refuse,*

*on ne peut travailler qu'avec tel médecin ». OK et donc moi je trouve ça terriblement déshumanisant de, de forcer une dame, ce n'est même pas un médecin traitant, c'est des consultations gynéco en plus à ne pas pouvoir aller chez le médecin qu'elle souhaite parce que elle a dépassé son quota de tickets de bus pour pouvoir se rendre dans l'hôpital où elle veut aller ». O9*

#### **4.2.3.3. Une vision holistique de la situation**

Ils réalisent également que les déterminants de la santé sont cruciaux à prendre en compte si l'on veut faire une action et améliorer la santé. Il faut se mettre à la place de l'autre et comprendre sa réalité de vie. Ils ont donc une vision globale de la personne autant au niveau social que médical, comme cette assistante sociale de formation l'explique :

*« On travaille beaucoup depuis en perspective systémique. Donc ça veut dire qu'on voit la personne dans sa globalité et si elle a des difficultés quelconques sociales de santé, donc voilà. Il faut aussi se poser des questions. Comment ça se fait que dans notre société, il y a des personnes qui ont une souffrance pareille ? Peut-être c'est la société elle-même qui amène des situations ou des personnes ne sont pas bien traitées (...). Oui, ce n'est pas sans sortir tout seul, donc nous considérons que c'est la société aussi qui doit amener cette aide et soutien » O6.*

#### **4.2.3.4. La création d'un point d'ancrage**

Pour atteindre un public considéré comme vulnérable et stigmatisé selon certains opérateurs, il est essentiel de s'appuyer sur un point d'ancrage. Celui-ci peut prendre des formes variées : un tapis de sport, une tasse de café, un « colis sexe », un lieu sécurisant et accueillant, ou encore un moment d'échange informel sous forme d'une discussion banale. Ces approches constituent, selon les opérateurs, une base concrète pour initier une démarche de promotion de la santé. Elles permettent de créer un lien, un espace de confiance à partir duquel des messages de prévention et de promotion peuvent être transmis. Voici un exemple concret :

*« On donne du matériel stérile (...). Mais alors ça sert aussi d'accroche, de première accroche. Donc ça veut dire que la personne elle vient et elle n'est pas jugée. Donc ça détend un peu la personne parce qu'elle est habituée à ce que tout le monde la juge parce qu'elle se drogue. » O6*

Ils amènent donc à réfléchir à la création d'outils, de supports de discussion et de transmetteurs d'informations, comme l'explique cette opératrice :

*« Et avoir cette thématique justement de jeu, ça permet finalement de, de, les, de, les, accrocher de manière sympa, mais on transmet des informations un peu l'air de rien. C'est, c'est ça qui, qui marche aussi, qui marche aussi pas mal : ce côté on fait comme si on papotait et au final, je te transmets plein d'informations ». O13*

Ces besoins spécifiques sont expliqués par certains participants, par les préjugés et la stigmatisation qui amènent à de la méfiance et dont la relation est précieuse comme ici :

*« La dimension d'accueil est très importante. De la convivialité pour nous, c'est vraiment un ... c'est une valeur vraiment fondamentale et qui non seulement crée du lien, un lien fort avec la personne assez rapidement, mais aussi un lien avec les autres parce que c'est vraiment une valeur qui est fondamentale et partagée par l'ensemble du groupe. Les plus anciens, voilà, font du lien, il se passe plein de trucs dans des moments un peu informels, des moments qui peuvent paraître creux, mais qui sont vraiment, le ... comment je vais dire ... l'ingrédient un peu magique de, du lien avec l'\*\*\*\*\* ». O11*

## 5. Discussion

Les principaux résultats de cette étude soulignent la complexité notable des définitions et des concepts liés aux ISS, ainsi que, plus largement, en santé publique, en particulier parmi les acteurs de terrain. En ce qui concerne l'opérationnalisation des ISS, ces acteurs ont développé diverses stratégies pour faire face à cette complexité, telles que l'ancrage dans les réalités locales, la collaboration intersectorielle, la perception des ISS comme une opportunité de rapprochement entre les secteurs, ainsi que l'adaptation de leurs interventions pour le plus d'accessibilité possible. Enfin, ils semblent engager un changement de paradigme en adoptant une nouvelle approche davantage centrée sur le patient, envisagé comme un acteur actif dans une perspective holistique, tout en insistant sur l'importance d'un ancrage solide avec le patient. L'échantillon de participants représenté à travers le **tableau 2** montre la richesse et la diversité des personnes au sein de cette étude. Il présente une certaine parité entre les hommes et les femmes avec pour formation initiale des métiers provenant majoritairement du secteur des soins et du social. Tout au long de l'analyse des résultats, les années d'expériences au sein de l'institution n'auront pas créé des résultats divergents dominants. La suite de cette étude va confronter les résultats entre eux mais aussi avec la littérature et en mobilisant le modèle KABP de manière transversale.

## **5.1. Discussion des principaux résultats**

### **5.1.1. Mobilisation d'une pluralité de savoirs pour comprendre**

Premièrement, un résultat saillant concerne la difficulté des opérateurs pour s'approprier certaines notions, ce qui entrave à la fois l'opérationnalisation des ISS et la collaboration entre les acteurs de terrain. La littérature renforce ce constat, soulignant que la multiplicité des définitions des ISS, de manière générale, constitue une source importante d'ambiguïté. En effet, les disparités ou inégalités en matière de santé peuvent être appréhendées différemment selon les cadres éthiques, philosophiques, juridiques, culturels ou techniques retenus. Certains auteurs recommandent ainsi de s'appuyer sur une définition unique afin de favoriser une compréhension commune et partagée (40). Malheureusement, ce n'est pas encore le cas comme aux États-Unis où ils parlent plus de « *disparités en matière de santé* » et font davantage référence aux différences raciales et ethniques. Un auteur avance l'importance de définitions claires, pertinentes et facilement opérationnelles dans son contexte. Il précise que c'est encore plus important à l'heure actuelle au vu de l'absence de progrès dans la réduction des ISS. Cette perception d'une stagnation des ISS est largement partagée par les opérateurs interrogés. Certains vont même plus loin, évoquant une tendance à leur aggravation. Ce résultat est cohérent sachant que les ISS augmentent en Région wallonne et ce, d'autant plus depuis la crise sanitaire (23). La clarification de ces concepts aidera les professionnels de santé et les décideurs à mieux réduire les disparités dans les soins et à promouvoir des politiques sociales (enfance, éducation, logement, travail, urbanisme) ayant un impact significatif sur la santé publique (40). Un autre auteur nuance cette perspective en soulignant que, si une définition commune est nécessaire, celle-ci ne doit pas présenter un niveau de complexité trop élevé. En effet, une formulation excessivement complexe risquerait de renforcer les difficultés d'opérationnalisation et de susciter, chez les acteurs, un sentiment d'impuissance (41). Par la suite, dans la continuité des définitions, un autre ouvrage confirme le témoignage des professionnels, en soulignant l'entrecroisement des finalités et des domaines couverts par les notions de prévention, promotion et éducation pour la santé. Il relève ainsi, une fois de plus, la nécessité de notions claires. Souvent confondues, elles limitent la reconnaissance et la mise en œuvre des logiques et de stratégies propres à chaque type d'intervention (42). Un autre résultat, sans doute plus interpellant en matière de connaissances théoriques sur les ISS, réside dans le fait que certains opérateurs déclarent

davantage comprendre les ISS en se raccrochant à leurs pratiques et aux réalités de terrain qu'aux apports théoriques. Cette position contraste avec celle mise en avant par un autre auteur, qui recommande de renforcer les connaissances des professionnels de la PS au moyen de formations complémentaires (6). Les professionnels de PS ont surtout souligné les insuffisances théoriques concernant les autres acteurs de terrain, tels que par exemple, les élus ou les avocats, qui selon eux, n'ont pas reçu assez de connaissances sur les ISS pour pouvoir les voir et lutter contre celles-ci. D'autres opérateurs encore, reconnaissent des limites à transférer leurs connaissances de leur master au niveau des ISS. Cette situation peut être éclairée par une étude qualitative exploratoire ayant interrogé des professionnels de santé publique sur l'utilisation des théories et cadres comportementaux dans la conception de leurs interventions de PS. L'auteur y identifie cinq freins principaux : l'absence de lien perçu entre ces cadres et les rôles ou tâches professionnelles actuels, la préférence accordée à l'expérience de terrain plutôt qu'aux connaissances académiques, une base théorique considérée comme morcelée, le manque de temps et de ressources pour mettre en œuvre ces cadres et la crainte que leur utilisation ne compromette la collaboration avec d'autres partenaires (43). Ce résultat ouvre la voie à une nouvelle manière de voir les ISS mais il ne faut pas pour autant rejeter les modèles et théories liés, par exemple, aux comportements qui obtiennent de meilleurs résultats plus prometteurs (44). Cela renvoie notamment à une étude de la notion de transférabilité des connaissances en formation continue à travers l'élaboration d'un modèle conceptuel opérationnalisable. L'auteur met en avant quatre leviers de transfert au sein des pratiques : « *l'intention de transférer, l'attitude envers le transfert, le sentiment d'efficacité personnelle par rapport au transfert et l'orientation de la formation vers le transfert* » (45). Cette littérature ne va pas dans le sens de certains opérateurs qui voyaient la pratique comme seul moyen de les cerner. Par ailleurs, pour acquérir du savoir d'une manière autre qu'académique, certains professionnels de PS adoptent une autre approche consistant à adopter une posture d'humilité épistémique. Cela implique de reconnaître les limites de leurs connaissances et de s'engager dans une logique de partenariat. Cette démarche met en évidence que « *le partenariat s'imposerait à des acteurs qui, isolés, se verrraient dans l'incapacité de répondre adéquatement à un problème donné* » (46). L'idée selon laquelle on est plus fort ensemble, constitue d'ailleurs un élément majeur dans les propos des opérateurs. En mobilisant le modèle KABP, il est observé que la source des connaissances des acteurs de PS est diverse.

### **5.1.2. La pratique comme producteur de connaissances**

Deuxièmement, dans le prolongement de l'idée d'une compréhension fondée sur la pratique comme vu dans les résultats précédents, un auteur examine la manière dont l'apprentissage par l'expérience permet aux étudiants en médecine de mieux appréhender les déterminants sociaux de la santé (47). Elle met en avant quatre étapes développées selon la théorie de l'apprentissage expérientiel de Kolb : l'expérience concrète, l'observation réflexive, la conceptualisation abstraite et l'expérimentation active. Cette théorie offre une structure pédagogique permettant de concevoir des formations favorisant une compréhension approfondie des déterminants sociaux de la santé chez les étudiants en médecine, en s'appuyant sur des expériences concrètes. Cette étude identifie clairement que l'apprentissage via l'expérience pour comprendre les déterminants sociaux de la santé et agir sur les ISS auprès de personnes marginalisées est une méthode pertinente et notable. De fait, les effets sont considérables pour qu'ils appréhendent davantage les facteurs complexes qui entraînent des conséquences sur la santé. À la suite de cet apprentissage, ils développent leurs consciences cognitives et émotionnelles des déterminants tout en améliorant leur sens de la responsabilité sociale. De plus, cette méthode accentue l'empathie, la pensée critique et l'engagement à agir contre les ISS. Ce bénéfice pourrait alors répondre à un autre défi mis en avant par les opérateurs qui est la stigmatisation et la discrimination encore trop présentes dans les pratiques de certains acteurs. Pour finir, certains ont ressenti des émotions complexes dont une certaine impuissance (47). Cette théorie confirme donc l'avis des opérateurs quant à l'importance du savoir expérientiel tout en insistant sur ce même sentiment d'impuissance également partagé par les opérateurs. L'auteur finira même par rejoindre la littérature précédente en parlant de cette difficulté de transférabilité de la théorie à la pratique (47). L'ensemble de ces données relève ici la pratique comme génératrice de connaissances, deux notions également liées au sein du modèle KABP.

### **5.1.3. Des attitudes et croyances à la pratique**

Troisièmement, les résultats ont mis en exergue une volonté de changement de paradigme. Ceux-ci comprenaient une volonté de replacer le patient au centre des interventions, en priorisant ses besoins, en proposant des programmes coconstruits, en développant le pouvoir d'agir, etc. Ces différentes volontés s'avèrent cohérentes avec le contexte actuel et notamment en lien avec un modèle qui se développe en Europe mais aussi en Belgique qui est le principe

des soins axés sur les objectifs, connu sous le terme de « *Goal-Oriented Care* » (GOC) en anglais, ou « *aide et soins centrés sur les objectifs de vie de la personne* » (ASCOP) en français. Cette approche vise à orienter les actions de soins et d'accompagnement en fonction des priorités exprimées par la personne elle-même, tout en tenant compte de l'ensemble des déterminants influençant sa santé avec une vision holistique (48). Tout au long de la démarche ASCOP, la personne va être considérée comme active, réelle partie prenante tout le long de sa prise en charge, et ce, même pendant l'élaboration des objectifs prioritaires, du plan d'action, de la réalisation et de l'évaluation. Ce modèle a pour objectif de renforcer le pouvoir d'agir tout comme les opérateurs mais aussi d'accentuer la relation partenariale entre soignant et patient à travers une prise de décision partagée. Elle les rejoint également quand ils parlaient de mettre en avant le savoir expérientiel à travers le principe de « *patient partenaire* » mais aussi à travers une vision globale de la situation de la personne. Dans cette continuité, l'ASCOP partage aussi la volonté de réaliser des collaborations interdisciplinaires (49). Un autre auteur a réalisé une étude en Belgique et souligne que cette méthode ASCOP conduit à une participation et un engagement plus fort de la part des patients. Ce résultat est pertinent sachant que notre étude se focalise sur la Belgique et plus précisément en Wallonie. Elle souligne également que, dans la mise en œuvre concrète, il est essentiel de construire une vision commune et de favoriser une intégration à deux niveaux : une intégration fonctionnelle, impliquant l'adaptation des outils et des processus, et une intégration normative, reposant sur un cadre de valeurs et une philosophie partagée au sein de l'organisation (50). Ce cadre commun est développé dans les résultats comme manquant sur le terrain, justifiant d'autant plus l'utilité de se pencher sur ce modèle. Un autre chercheur ayant mené un rapport de cas, notamment en Flandre (Belgique), a examiné la mise en œuvre de la méthodologie ASCOP et vient renforcer les constats précédents. Il met en lumière le potentiel de cette approche à favoriser une organisation des soins plus intégrée, en s'appuyant sur une vision partagée et une philosophie commune entre les professionnels (51). Néanmoins, ces résultats sont à nuancer car la Flandre est une région où les ISS sont moins présentes qu'en Wallonie (23). Cette méthodologie accentue aussi l'importance de passer d'un modèle biomédical (vision réduite de la santé) encore dominant à l'heure actuelle, vers une approche de santé populationnelle qui a pour objectif d'améliorer et de stabiliser la santé. Elle intègre l'importance d'inclure les déterminants de la santé (santé au sens large) avec un objectif de production de santé et de bien-être tout comme les opérateurs qui ne voient pas la santé

seulement à travers un bien-être physique et psychologique (52). Cette approche concorde avec le point de vue des opérateurs, dans la mesure où ces derniers transmettent certaines croyances et attitudes qui se reflètent directement dans leurs pratiques, conformément aux principes du modèle KABP (29).

#### **5.1.4. Des programmes adaptés au sein des pratiques**

Quatrièmement, la plupart des professionnels disent opter pour une démarche d'universalisme proportionné, qui est un moyen fortement recommandé par la littérature pour réaliser des programmes de PS (53). D'autres réalisent des programmes davantage ciblés pour les personnes précarisées, entraînant des effets beaucoup moins efficaces qu'en adoptant une démarche d'universalisme proportionnée comme l'explique Marmot M. (54). Un document mettant en avant les leviers fondés sur la littérature, a pour idée convergente avec les opérateurs, qu'il faut intégrer les ISS comme une sorte de fil rouge tout au long de sa pratique à travers le diagnostic, la définition d'objectifs, ... (55). En effet, ne pas fixer un objectif de réduction des ISS implique des effets contreproductifs (56). De plus, les opérateurs mettent en avant que la vision et la conscientisation des autres acteurs de terrain varient selon leur profession, comme l'explique un expert où la perception des ISS varie selon les professions : les médecins libéraux adoptent souvent une approche biomédicale, tandis que les professionnels de santé publique ou humanitaire privilégient une approche de PS (57). Face à la stigmatisation et à la discrimination dont sont victimes les populations accompagnées, les professionnels de PS insistent sur l'importance de créer des espaces d'accueil garantissant une sécurité psychologique dans leurs pratiques. Un auteur confirme que créer un cadre favorise la construction d'une confiance indispensable dans les programmes de PS (20). Par ailleurs, ces populations, souvent focalisées sur le moment présent, ne donnent pas toujours priorité à leur santé, ce qui souligne l'importance primordiale du respect de l'éthique et de la liberté de choix du patient (59). Pour clôturer la pratique, il y a l'idée d'intégration de la prévention et promotion dans les systèmes de soins comme possibilité d'action sur les ISS portée par les acteurs de PS. Un article a mis en lumière que l'intégration efficace de la promotion et de la prévention nécessite un pilotage central fort, capable de définir des objectifs de santé publique au-delà des seuls soins, soutenus par un cadre législatif adapté. Des obstacles communs sont également identifiés, tels que la complexité des structures, la diversité des acteurs et la pression pour des résultats rapides. Pour s'imposer, le secteur de la prévention doit mobiliser

largement la société, garantir la qualité de ses pratiques, renforcer son organisation et adapter ses actions au contexte des soins. Les échanges internationaux apparaissent comme un levier essentiel dans ce processus (58). Pour finir, les opérateurs ont parlé de l'importance du statut socio-économique au-delà de la responsabilité individuelle encore trop souvent véhiculée selon eux. Ils ont donc la même vision que le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) abordé dans l'introduction. Ensemble ils veulent agir sur « les causes des causes » pour réduire les ISS (59).

Pour conclure cette partie de la discussion, il apparaît clairement que, dans la pratique, les opérateurs perçoivent une interconnexion nette entre les dimensions de connaissances, croyances, attitudes et pratiques. Bien qu'aucun lien formel et systématique ne puisse être établi à partir des données disponibles, ces interactions sont indéniablement présentes et méritent d'être intégrées dans l'analyse des comportements des opérateurs. Si ces relations sont reconnues et mises en lumière, cela ouvre la voie à une compréhension plus riche des dynamiques professionnelles, à condition d'éviter une standardisation excessive qui pourrait mener à des analyses trop mécaniques ou stéréotypées. En outre, il est important de compléter ce modèle en y intégrant les processus d'interaction entre partenaires ainsi que les contextes sociaux et culturels, éléments essentiels pour appréhender pleinement la complexité des pratiques sur le terrain (29).

## **5.2. Biais, limites et forces**

Comme dans de nombreuses recherches qualitatives, cette étude n'échappe pas à certains biais et limites qu'il convient de reconnaître afin de garantir une transparence méthodologique. Le premier est le biais de sélection : seuls les professionnels agréés par l'AVIQ du plan PPP ont été inclus dans l'étude excluant ceux qui ne le sont pas. De plus, certains opérateurs, estimant ne pas disposer de connaissances suffisantes sur les ISS, ont refusé de participer. Ainsi, la population la moins familiarisée avec la thématique a potentiellement été sous-représentée. Cependant, pour éviter cette limite, un mail appuyant l'importance du vécu et non des connaissances théoriques a été rédigé. Par la suite, un biais de désirabilité sociale peut également inciter les personnes interrogées à formuler des réponses perçues comme plus socialement acceptables, au détriment de leur opinion spontanée ou réelle. Pour éviter celui-ci, les questions ont été posées de manière la plus neutre possible. Des limites logistiques ont également été rencontrées, en particulier un problème d'enregistrement audio lors de

l'entretien 2, qui a empêché la retranscription fidèle de cet échange et l'extraction de verbatims exploitables. La non-utilisation des parties non transcrives a permis d'atténuer cette limite. À l'inverse, ce travail présente plusieurs atouts notables. De fait, il a permis de recueillir des entretiens riches et diversifiés, auprès d'opérateurs issus de différents champs de la PS. Cette diversité des profils interrogés a renforcé la richesse des données recueillies. Par ailleurs, le choix méthodologique des entretiens semi-directifs s'est révélé pertinent pour atteindre l'objectif principal de cette recherche : accéder au vécu et aux représentations des acteurs de terrain en matière de prise en compte des ISS. La possibilité d'échanger avec des professionnels de structures telles que les CLPS a également contribué à affiner la compréhension globale des enjeux actuels. Enfin, le sujet même de cette étude constitue une force : il s'inscrit dans une dynamique de réflexion en constante évolution autour des ISS et de leur prise en compte dans les pratiques de PS.

### **5.3. Perspectives en santé publique**

Cette étude aura mis en avant la perception des opérateurs du PPP face à la question des ISS. Une certaine influence des attitudes, croyances et connaissances, impactant la manière d'agir selon le milieu d'origine, social ou médical, peut être mise en évidence, constatation intéressante à développer. Elle a aussi mis en lumière les avancées et les progrès qu'il reste à faire, notamment au niveau de la clarification des termes utilisés, mais également de revoir les formations enseignées auprès de tous les acteurs notamment en adoptant une approche plutôt expérientielle. Dans d'autres perspectives, il serait intéressant d'approfondir, à l'aide du modèle KABP, également le point de vue cette fois-ci des autres acteurs de terrain (élus politiques, médecins, ...). L'implémentation des méthodes participatives comme l'ASCOP qui pourrait favoriser des dynamiques plus ancrées dans les contextes locaux est à développer. Par ailleurs, une étude centrée sur les usagers permettrait de mieux cerner leurs besoins réels, souvent supposés mais peu étudiés. Enfin, les ISS devront être pensées à l'aube des enjeux émergents, notamment ceux liés au changement climatique et des pandémies, qui risquent d'accentuer les vulnérabilités existantes (60). Pour finir, de futures études pourraient être menées. Elles pourraient être mixtes, ce qui permettrait une meilleure compréhension et une validité externe mais aussi d'inclure davantage les interactions sociales et le contexte social et culturel (61).

## **6. Conclusion**

Cette étude a permis d'explorer en profondeur la manière dont les opérateurs du PPP en Région wallonne considèrent les ISS au sein de leurs pratiques, en mobilisant le modèle KABP. Une interrelation entre les connaissances, attitudes, croyances et pratiques est observée mais ces résultats ne sont pas généralisables au vu de l'étude réalisée.

Face à la complexité des ISS et des interventions en PS, les résultats montrent que ces professionnels développent une compréhension large grâce aux savoirs expérientiels et des apports théoriques divers. Les connaissances des opérateurs sur les ISS restent marquées par une certaine ambiguïté conceptuelle, reflétant la difficulté générale à s'approprier des définitions claires, cohérentes et opérationnelles. Cette situation complexifie la collaboration entre acteurs et freine l'opérationnalisation des interventions.

Sur le plan des attitudes et des croyances, les professionnels manifestent un fort engagement à réduire les ISS, perçues tant comme un enjeu majeur de santé publique qu'une opportunité de renforcer la collaboration intersectorielle et d'adopter une approche centrée sur la personne. Cette posture traduit une volonté claire de changement de paradigme, passant d'une vision biomédicale traditionnelle à une approche holistique et participative. Cette volonté peut notamment être reliée au modèle de l'ASCOP, qui perçoit le patient comme acteur.

Quant aux pratiques, elles sont marquées par l'adaptation des interventions aux réalités locales, la recherche d'accessibilité et la mise en œuvre d'une démarche d'universalisme proportionnée. Les opérateurs soulignent aussi l'importance d'intégrer les ISS comme fil rouge dans leurs actions, tout en pointant les difficultés liées à la stigmatisation, aux limites des formations théoriques et à la nécessité de renforcer le partenariat entre acteurs.

Pour finir, il serait intéressant d'approfondir le sujet au niveau du point de vue des patients et également d'intégrer les enjeux émergents tout en réalisant des études mixtes.

## **7. Références bibliographiques**

1. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*. 2007 Sept 29;370(9593):1153–63.
2. Moquet, M-J. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. 2008;(397).
3. De Koninck M, Disant MJ, Paquet G. Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent ? [Internet]. 2008. Available from: [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794\\_Inegalites\\_sociales\\_sante.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_Inegalites_sociales_sante.pdf)
4. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health, *Journal of epidemiology and Community Health*. 2003;57(4):254–8.
5. Ridde V, Guichard A, Houeto DS. Social inequalities in health from Ottawa to Vancouver: action for fair equality of opportunity. 2007 Feb;
6. Taeymans. La réduction des inégalités sociales de santé - un défi pour la promotion de la santé. Conseil supérieur de promotion de la santé. 2011 Apr;28.
7. Potvin L, Moquet MJ, Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. INEPS; 2010.
8. Lambert H, Aujoulat I, Delescluse T, Doumont D, Ferron C. Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques [Internet]. RESO (UCLouvain), FNES, Promotion Santé Normandie; 2021. Available from: <https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/publications/syntheses/2022/Onze-fondamentaux-en-promotion-de-la-sante.pdf>
9. Organisation mondiale de la santé (OMS). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. Centre de Recherche sur le cancer; 2018.
10. Aïach P, Didier F. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. 2004;
11. Commission des Déterminants Sociaux de la santé, Organisation mondiale de la santé (OMS). Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health [Internet]. Genève; 2008. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
12. Health inequities are shortening lives by decades [Internet]. [cited 2025 July 16]. Available from: <https://www.who.int/news/item/06-05-2025-health-inequities-are-shortening-lives-by-decades>
13. Health equity [Internet]. [cited 2025 July 16]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/health-equity>
14. Eikemo TA, Huijts T, Bambra C, McNamara C, Stornes P, Balaj M. Les inégalités sociales de santé et leurs déterminants : Principaux résultats de la 7ème édition de l'Enquête Sociale Européenne [Internet]. Londres, Royaume-Uni; 2016. Available from: <https://www.europeansocialsurvey.org/>

15. Lang T. Inégalités sociales de santé. *Les Tribunes de la santé*. 2014 July 15;43(2):31–8.
16. L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cited 2025 July 17]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en>
17. Renard. sciensano.be. Sciensano; 2022 [cited 2025 July 17]. *Health Status Report 2021 - L'état de santé en Belgique*. Available from: <https://www.sciensano.be/nl/biblio/health-status-report-2021-letat-de-sante-en-belgique>
18. Déclaration d'Alma-Ata [Internet]. [cited 2025 July 17]. Available from: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>
19. Canada A de la santé publique du. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé [Internet]. 2001 [cited 2025 July 17]. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>
20. Cuvilier M, Déjou F, Malengraux S, Nguena Kana M, Plateau A. La promotion de la santé dans un contexte de politique social - santé intégrée. Pourquoi ? Comment ? In 2023.
21. L'Universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé - Observatoire de la Santé [Internet]. [cited 2025 July 18]. Available from: <https://observatoiresante.hainaut.be/produit/semiss-luniversalisme-proportionne-strategie-de-reduction-des-inegalites-sociales-de-sante/>
22. Morales-Garzón S, Parker LA, Hernández-Aguado I, Tolosana MGM, Pastor-Valero M, Chilet-Rosell E. Addressing Health Disparities through Community Participation: A Scoping Review of Co-Creation in Public Health. *Healthcare*. 2023 Apr 4;11(7):1034.
23. AVIQ. Programmation wallone en promotion de la santé en ce compris la prévention - mise en oeuvre du Plan wallon de Promotion de la santé et de Prévention [Internet]. 2022. Available from: <https://www.aviq.be/fr/programmation-wallonne-en-prevention-et-promotion-de-la-sante-mise-en-oeuvre-du-plan-dactions>
24. Plan wallon de prévention et de promotion de la santé.
25. Breton E, Jabot F, Pommier J, Sherlaw W. La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone - Livre [Internet]. 2ème. 2020 [cited 2025 Aug 8]. Available from: <https://www.presses.ehesp.fr/produit/promotion-de-sante/>
26. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. 2019 Mar 25;19(1):339.

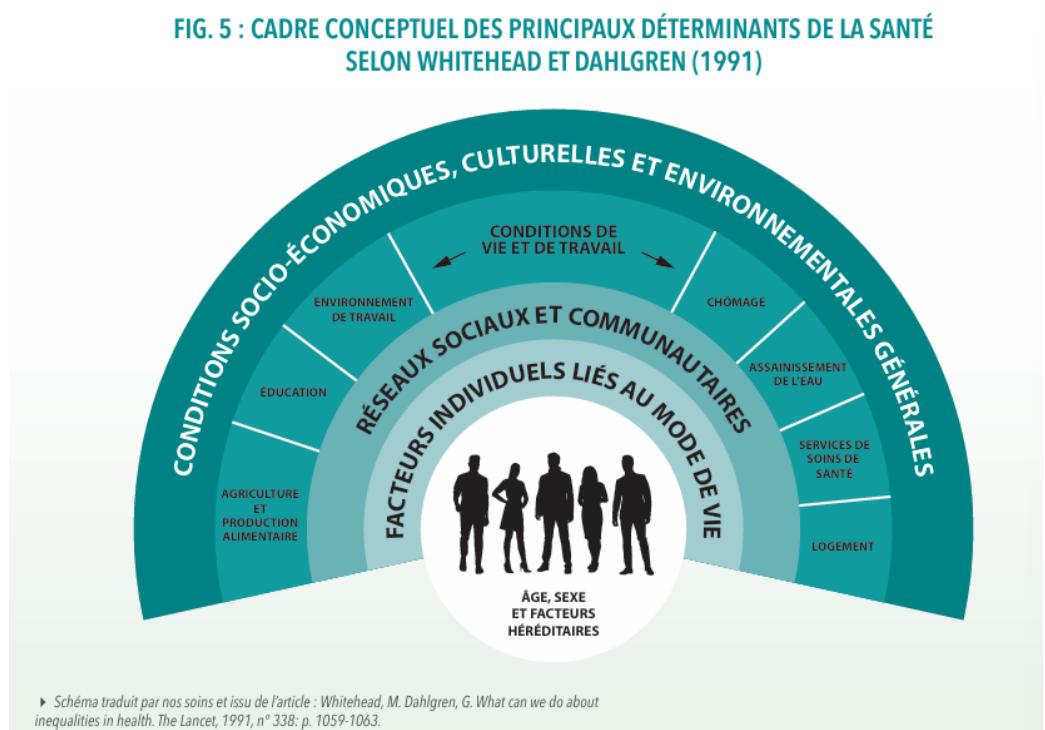
27. O'Campo P. Are We Producing the Right Kind of Actionable Evidence for the Social Determinants of Health? *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2012 June 15;89(6):881.
28. Ford J, Black M, Morling J. Health inequality: Time to get smart about our language. *Public Health in Practice*. 2023 Feb 21;5:100369.
29. Marquet J, Van Campenhoudt L, Quivy R. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 6th ed. Armand Colin; (U).
30. Kang J, Me RC, Kamarudin KM. A healthy lifestyle persuasive design model based on behavioral analysis. *Learning and Motivation*. 2024 Aug 1;87:102021.
31. Fortin MF, Gagnon J. *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière éducatio; 2016.
32. STM Cairn.info [Internet]. [cited 2025 July 19]. Les recherches qualitatives en santé. Available from: <https://stm.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897>
33. Denis J, Guillemette F, Luckerhoff J. Introduction : les approches inductives dans la collecte et l'analyse des données. *Université du Québec à Trois-Rivières*. 2019;6(1).
34. Opérateurs en promotion de la santé | AVIQ [Internet]. [cited 2025 July 19]. Available from: <https://www.aviq.be/fr/sensibilisation-et-promotion/operateurs-de-promotion-de-la-sante/operateurs-de-promotion-de-la-sante>
35. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé - guide méthodologique [Internet]. Fédération régionale de recherche psychiatrie en santé mentale Hauts-de-France; 2021. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/358769151\\_REALISER\\_UNE\\_ETUDE\\_QUALITATIVE\\_EN\\_SANTE\\_-\\_GUIDE METHODOLOGIQUE](https://www.researchgate.net/publication/358769151_REALISER_UNE_ETUDE_QUALITATIVE_EN_SANTE_-_GUIDE METHODOLOGIQUE)
36. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006 Jan 1;3(2):77–101.
37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349–57.
38. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ : British Medical Journal*. 2000 Jan 1;320(7226):50.
39. 7 MAI 2004. - Loi relative aux expérimentations sur la personne humaine(NOTE : Consultation des versions antérieures à partir du 18-05-2004 et mise à jour au 29-12-2023) [Internet]. Available from: <https://refli.be/fr/lex/2004022376>
40. Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, LaVeist T, Borrell LN, Manderscheid R, et al. Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice. *American Journal of Public Health*. 2011 Dec;101(Suppl 1):S149.

41. Ford J, Black M, Morling J. Health inequality: Time to get smart about our language. *Public Health in Practice*. 2023 Feb 21;5:100369.
42. Rayssiguier YR, Huteau G. Chapitre 4. La prévention, la promotion et l'éducation pour la santé. *Références Santé Social*. 2018;3:451–8.
43. Bélanger-Gravel A, Janezic I, Desroches S, Paquette MC, Therrien F, Barnett T, et al. Examining public health practitioners' perceptions and use of behavioural sciences to design health promotion interventions. *BMC Health Services Research*. 2023 May 16;23(1):493.
44. Koulouvari AD, Margariti A, Sakellari E, Barbouni A, Lagiou A. Applications of Behavioral Change Theories and Models in Health Promotion Interventions: A Rapid Review. *Behavioral Sciences*. 2025 May;15(5):580.
45. Hubens V, Raemdonck I, Bruwier G, Devos C. Les leviers du transfert des acquis en formation continue du médecin généraliste. Elaboration d'un modèle conceptuel opérationnalisable. *EDP Sciences*. 2017;
46. Hamant C, Supiot L. Le partenariat en 5 étapes, guide pratique pour développer le partenariat dans vos projets en promotion de la santé [Internet]. IREPS Auvergne-Rhône-Alpes; 2023. Available from: <http://www.guide-up.org/>
47. Ge Y, Ariga M, Takeda Y. Medical students' experiential learning on social determinants of health: a constructivist qualitative study. *BMC Medical Education*. 2025 May 26;25(1):771.
48. Mold JW, Blake GH, Becker LA. Goal-oriented medical care. *Fam Med*. 1991 Jan;23(1):46–51.
49. Buret L, Kersten H, Delphine K, Heymans I, Benoit P. L'ASCOP l'Aide et les Soins centrés sur les objectifs de la personne. Une approche complémentaire à l'ETP ? Université de Liège.
50. Vanneste L, Heymans I, Belche JL, Huybrechts I, Van de Velde D, De Vriendt P, et al. Implementation of Goal-Oriented Care in Belgium: Experiences From 25 Primary Care Organisations. *Int J Integr Care*. 2025;25(2):7.
51. Gray CS, Grudniewicz A, Armas A, Mold J, Im J, Boeckxstaens P. Goal-Oriented Care: A Catalyst for Person-Centred System Integration. *International Journal of Integrated Care*. 2020 Nov 4;20(4):8.
52. CSBE [Internet]. [cited 2025 Aug 8]. Santé populationnelle et système de santé et de services sociaux axé sur la valeur. Available from: [https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/sante-populationnelle-valeur.html?utm\\_source=Cyberimpact&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=La-sante-populationnelle-a-lavant-scene-au-CSBE](https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/sante-populationnelle-valeur.html?utm_source=Cyberimpact&utm_medium=email&utm_campaign=La-sante-populationnelle-a-lavant-scene-au-CSBE)

53. Porcherie M, Bihan-Youinou BL, Pommier J. À quelle échelle appliquer l'approche universelle proportionnée pour lutter contre les inégalités sociales de santé ? Pour une approche contextualisée des actions de prévention et de promotion de la santé. *Santé Publique*. 2018 Sept 19;1(HS1):25–32.
54. Marmot M. Fair Society Healthy Lives - the Marmot Review. *The Marmot Review*; 2010.
55. Villeval M. Mettre en place un projet qui contribue à la réduction des Inégalités Sociales de Santé - Leviers fondées sur la littérature scientifique. 2025.
56. Les inégalités sociales de santé d’Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances » [Internet]. [cited 2025 Aug 8]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/10253823070140021401x>
57. Richard Z, Chabrol F, Gautier L, Zinszer K, Ridde V. 19. La prise en compte des inégalités sociales de santé dans une intervention de réponse à la pandémie de Covid-19 en Île-de-France : « faire dans la dentelle » en temps de crise sanitaire? [cited 2025 Aug 8]; Available from: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/hospicovid/chapter/19-analyse-de-la-prise-en-compte-des-inegalites-sociales-de-sante-dans-une-intervention-de-reponse-a-la-pandemie-de-covid-19-en-ile-de-france/>
58. Bourdages J. L’intégration de la prévention et de la promotion dans les systèmes de santé : quatre réalités, plusieurs similitudes. *IUHPE – PROMOTION & EDUCATION SUPPLEMENT*. 2005;
59. Berkman LF, Sivaramakrishnan K. WHO Commission on the social determinants of health: a bold new venture. *Eur J Public Health*. 2008 Dec 1;18(6):547.
60. Acolin J, Fishman P. Beyond the biomedical, towards the agentic: A paradigm shift for population health science. *Social Science & Medicine* (1982). 2023 May 2;326:115950.
61. Pluye P. Les études mixtes. SciencesPo Laboratory fort interdisciplinary evaluation of public policies; 2023.

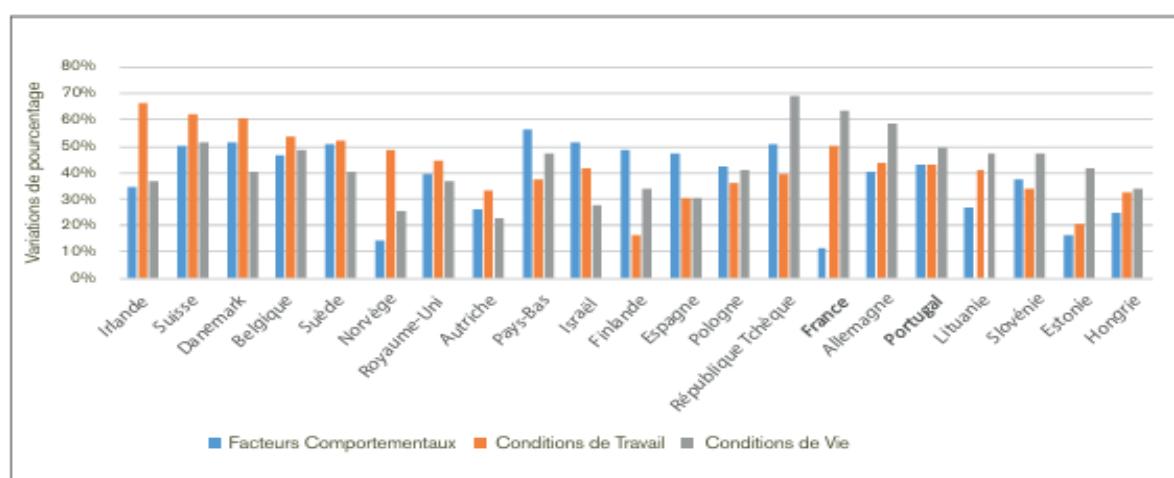
## 8. Annexes

### 8.1. ANNEXE 1 : Cadre conceptuel des principaux déterminants de la santé selon Whitehead et Dahlgren



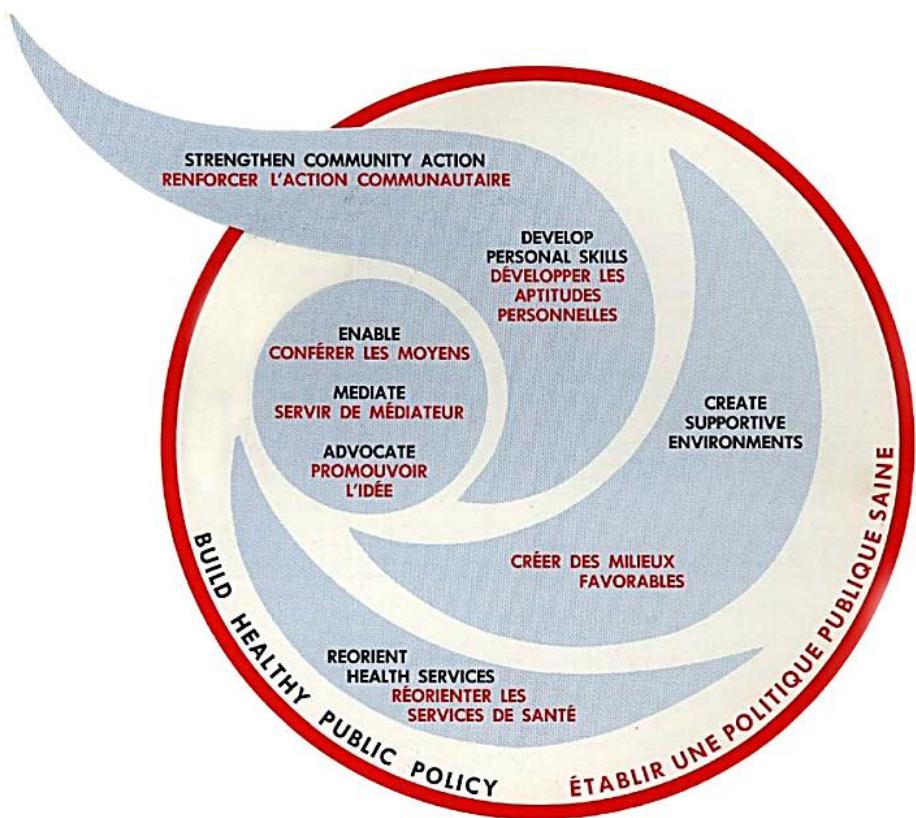
### 8.2. ANNEXE 2 : Inégalités de niveau d'éducation dans le domaine de la santé

**Figure 3: Variations de pourcentage (c.à.d. explication) des inégalités de niveau d'éducation dans le domaine de la santé en fonction de la contribution individuelle des facteurs comportementaux, professionnels et des conditions de vie**



Source: Enquête Sociale Européenne, édition 7, 2014. Note: toutes les estimations utilisées pour calculer les variations de pourcentage sont statistiquement significatives à  $p < 0.1$ .

### **8.3. ANNEXE 3 : Charte d’Ottawa**



### **8.4. ANNEXE 4 : Objectifs transversaux du PPP**

1. Promouvoir la santé dans toutes les politiques	2. Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités sociales de santé	3. Favoriser l'accessibilité et veiller à une bonne couverture territoriale en matière de prévention et de promotion de la santé	4. Veiller à l'efficience des actions et instaurer une culture d'évaluation continue	5. Intégrer les priorités de santé dans une approche selon le parcours de vie	6. Intégrer les priorités de santé dans une approche selon un continuum
7. Renforcer l'action communautaire (bottom-up), promouvoir la participation citoyenne et l'empowerment	8. Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel	9. Crée des environnements favorables à la santé (milieux de vie)	10. Incrire la promotion de la santé dans une perspective durable	11. Promouvoir l'innovation au service de la santé	12. Tenir compte de la dimension genre

## **8.5. ANNEXE 5 : Guide d'entretien pour les opérateurs de Promotion à la santé**

### **Guide d'entretien des opérateurs de promotion et prévention à la santé**

#### **1. Introduction**

<b>Présentation de l'enquêteur</b>	<p><i>« Bonjour, je suis Juliette Smolders, étudiante en deuxième année de master de Sciences de la santé publique au sein de l'Université de Liège.</i></p>
<b>Remerciements</b>	<p><i>Je tenais, tout d'abord, à vous remercier pour votre contribution à travers cet entretien à la réalisation de cette étude concernant les inégalités sociales de santé au sein des interventions de promotion et de prévention à santé.</i></p>
<b>Objectifs</b>	<p><i>Cette entrevue a pour objectif de recueillir vos expériences de terrain concernant ce sujet des inégalités sociales de santé dans le cadre de votre travail, dans le milieu de la promotion à la santé.</i></p>
<b>Explication de l'entretien</b>	<p><i>La durée de cet entretien sera en moyenne d'1 heure afin de parcourir l'ensemble des points clés de cette thématique. A travers votre vécu et votre parcours professionnel, nous allons parcourir quelques thématiques où il est essentiel que vous vous sentiez libre de communiquer les informations dont vous jugez pertinentes autour à ce sujet.</i></p>
<b>Confidentialité</b>	<p><i>Lors de notre échange, un appareil enregistra notre conversation. Cependant, l'enregistrement sera anonymisé et ensuite effacé après transcription. Les données collectées seront exclusivement utilisées et analysées dans le cadre de cette étude.</i></p> <p><i>Pour être totalement sûr de votre consentement, voulez-vous bien me confirmer que vous m'autorisez à enregistrer cet échange ?</i></p>
<b>Introduction à la suite de l'entretien</b>	<p><i>Nous pouvons dès à présent commencer notre entretien ».</i></p>

## 2. L'opérateur – parcours professionnel

Question générale	Questions supplémentaires
<p><b>Pour commencer, est-ce que vous pourriez me parler un peu de vous ? De votre parcours, de ce qui vous a amené à travailler dans la promotion de la santé, et du rôle que vous occupez aujourd’hui ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles études ou formations avez-vous suivies ? Sont-elles spécifiques à la promotion à la santé ?</li> <li>- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce secteur ?</li> <li>- Quelles sont les actions principales que vous menez en ce moment ? Quels sont les objectifs principaux de celui-ci ?</li> <li>- Est-ce que vous avez mené des projets ou des actions spécifiques qui vous ont marqué ?</li> <li>- Travaillez-vous seul, en équipe ou en réseau ?</li> <li>- Quels types de populations/groupes cible-vous principalement dans vos interventions ?</li> </ul>

## 3. Les inégalités sociales de santé – perception

Questions générales	Questions supplémentaires
<p><b>Dans votre travail qui s’inscrit dans la promotion à santé, comment percevez-vous la question des inégalités sociales de santé ? Est-ce un aspect que vous croisez souvent dans votre pratique ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment définiriez-vous les inégalités sociales de santé, avec vos mots ?</li> <li>- Est-ce une notion présente dans votre projet ? Est-ce pour vous essentiel de les prendre en compte au sein de votre travail ?</li> <li>- Pensez-vous que les ISS est une notion claire pour l’ensemble des professionnels du secteur ?</li> <li>- Selon vous, quels sont les éléments qui ont un impact/causent des ISS ?</li> <li>- La population a-t-elle un accès égal aux actions de promotion à la santé selon vous ?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous d'autres notions que vous trouvez intimement liés aux ISS ? (empowerment, participation, ...)</li> <li>- Avez-vous connaissances de différents moyens, outils afin de réduire les ISS ?</li> </ul>
--	---

#### 4. Présence des ISS dans les interventions – Constats de terrains – stratégies

Questions générales	Questions supplémentaires
<b>Dans vos interventions, votre vie professionnelle, quels constats faites-vous par rapport aux ISS, et comment y répondez-vous concrètement ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remarquez-vous des ISS dans le public que vous touchez ? Lesquelles (revenus, logement, accès aux soins, ... ?</li> <li>- Quelles adaptations mettez-vous en place pour mieux toucher ces publics ?</li> <li>- Utilisez-vous des approches/outils spécifiques ?</li> <li>- Avez-vous des exemples qui ont permis ou non de réduire les ISS ?</li> </ul>

#### 5. Enjeux structurels et pistes d'amélioration

Questions générales	Questions supplémentaires
<b>Selon vous, que faudrait-il améliorer ou renforcer pour que la prise en compte des ISS soit plus systématiquement dans les actions de promotion de la santé en Wallonie ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Y a-t-il des freins structurels ou institutionnels que vous identifiez ?</li> <li>- Que manque-t-il aujourd'hui pour aller plus loin dans la considération des ISS (formations, temps, financements, partenariats, ...)</li> <li>- Est-ce que certains changements politiques ou réglementaires vous semblent nécessaires ?</li> <li>- Quel rôle pourraient avoir les opérateurs dans une meilleure intégration des ISS à l'avenir ?</li> </ul>

## 6. Conclusion

<b>Conclusion</b>	« Voilà notre échange qui touche à sa fin. Voulez-vous ajoutez certains éléments où revenir sur certains sujets clés ?
<b>Remerciements</b>	Ayant eu votre avis/expérience sur l'ensemble de mes questions, je vous remercie d'avoir contribué à cette recherche ainsi que pour le temps que vous y avez consacré ».

## 8.6. ANNEXE 6 : Mail aux opérateurs de Promotion à la santé

 Smolders Juliette | ☺ ↶ ↷ ⌂ ...

À :  Accueil Département de Médecine Générale ULiège; + 50 autres Mar 10/06/2025 19:30

Cc :  Kirkove Delphine

Bonjour,

Les inégalités sociales de santé sont au cœur des préoccupations de la promotion de la santé.

En tant qu'opérateur.trice de la promotion de la santé, vous êtes confronté·e au quotidien aux réalités des publics et des territoires. Votre expertise est essentielle pour mieux comprendre et documenter les inégalités sociales de santé.

Dans le cadre de mon mémoire (ULiège) en partenariat avec le CePS UR Santé Publique, je cherche à recueillir les témoignages d'acteurs et actrices de terrain. Je vous propose de partager votre point de vue lors d'un entretien, à distance ou en présentiel selon vos préférences. Cet échange est confidentiel, anonyme et basé sur le volontariat.

N'hésitez pas également à diffuser cette invitation à des collègues, susceptibles d'être intéressés.

Pour toute information complémentaire ou pour convenir d'un rendez-vous, vous pouvez me contacter par mail ou téléphone (coordonnées ci-dessous).

Un grand merci pour votre précieuse contribution !

Smolders Juliette

Mail : [Juliette.Smolders@student.uliege.be](mailto:Juliette.Smolders@student.uliege.be)  
Téléphone : 0497336924

## **8.7. ANNEXE 7 : Mail comité d'éthique – loi**

Ethique<ethique@chuliege.be> Smiley icons | Print | ...  
À : Smolders Juliette Mer 09/04/2025 14:50  
Cc : Kirkove Delphine <Delphine.Kirkove@uliege.be>

Consentement rgpd\_CEHFUL... ▼  
27 Ko

Bonjour,

Votre étude n'est pas soumise à la loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine mais puisque vous souhaitez la publier dans une revue scientifique ou médicale, elle sera soumise à la réunion du Comité d'Ethique du 22/08/2025 sous la référence **2025-269**.

Merci de compléter et nous renvoyer le document RGPD en pièce jointe et nous fournir votre CV.

Bien à vous,

Sophie MARECHAL  
*Secrétariat Administratif*  
*Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège*  
*Route 562, Porte 166*  
*Avenue de l'Hôpital, 1*  
*4000 Liège*  
*Tel: +32 4 323 21 58*  
*[ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)*  


## **8.8. ANNEXE 8 : Accord du comité d'éthique**

**Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)**



Sart Tilman, le 22/04/2025

Madame le Prof. A-F. DONNEAU  
Madame Juliette SMOLDERS  
Service des SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Notre réf: 2025/269

**"Comment les opérateurs du Plan de Promotion à la Santé en Région Wallonne considèrent-ils les inégalités sociales de santé au sein de leurs interventions ?"**  
Protocole :

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude sous réserve de la validation du document « Evaluation de la protection des données à caractère personnel utilisées à des fins d'étude clinique » par le DPO du CHU de Liège (veuillez envoyer le document RGPD à [dpo@chuliege.be](mailto:dpo@chuliege.be)).

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agrérer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. LEDOUX'.

Prof. D. LEDOUX  
Président du Comité d'Ethique

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE  
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur <b>Didier LEDOUX</b> Intensiviste, CHU	Président
Monsieur le Docteur <b>Etienne BAUDOUX</b> Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur <b>Guy DAENEN</b> Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur le Professeur <b>Pierre FIRKET</b> Généraliste, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur <b>Resmi AGIRMAN</b> Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame <b>Viviane DESSOUROUX</b> / Monsieur <b>Pascal GRILLI</b> (suppléant) Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU	
Madame <b>Régine HARDY</b> / Madame la Professeure <b>Adélaïde BLAVIER</b> (suppléante) Psychologue, CHU                    Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame <b>Isabelle HERMANS</b> Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur <b>Maurice LAMY</b> Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure <b>Marie-Paule LECART</b> Rhumato-gériatre, CHU	
Madame <b>Marie LIEBEN</b> Philosophe, membre extérieure au CHU	
Madame <b>Patricia MODANESE</b> Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure <b>Anne-Simone PARENT</b> Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur <b>Marc RADERMECKER</b> Chirurgien, CHU	
Monsieur <b>Stéphane ROBIDA</b> Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame <b>Isabelle ROLAND</b> / Monsieur le Professeur <b>Vincent SEUTIN</b> (suppléant) Pharmacien, CHU                    Pharmacologue, ULiège	
Madame la Docteure <b>Liliya ROSTOMYAN</b> Endocrinologue, membre extérieure au CHU	
Madame la Docteure <b>Isabelle RUTTEN</b> Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Madame <b>Cécile THIRION</b> Infirmière cheffe d'unité, CHU	