

AIRMAP 2025

Le management public responsable et intégré :
entre tradition et innovation

Versailles / Saint-Quentin-en-Yvelines
4 au 6 juin 2025

LAREQUOI
Research Center of ISM-IAE
Graduate School of Management

UVSQ
UNIVERSITÉ PARIS-SACLAY



AIRMAP
Association Interuniversitaire de
Recherche en Management Public

UVSQ
UNIVERSITÉ PARIS-SACLAY

ISM-IAE
INSTITUT DES SCIENCES DE MANAGEMENT

Proposition d'atelier n°08

« Nos organisations de santé produisent-elles des inégalités de santé ? »

Président(e)s d'atelier :

Fatima YATIM* & Anne GIRAULT**

**Maître de Conférences en Sciences de gestion, LIRSA, CNAM*

***Maître de Conférences en Sciences de gestion, ARÈNES, EHESP*

Mails :

LOGO(S) DE VOTRE ou VOS INSTITUTIONS

Coordonnées où transmettre votre proposition :

copil-airmap2025@sympa.uvsq.fr

Track "08" – Title of the track

Cinq lignes de résumé en anglais

1°. OBJECTIFS DE L'ATELIER

Les inégalités de santé sont définies comme des « *différences systématiques de santé entre différents groupes socioéconomiques au sein d'une société.* » (Whitehead, 2007). Elles sont le produit de multiples dimensions interactives qui dépassent le seul statut socioéconomique des personnes (par exemple, le sexe et l'origine ethnique) car elles dépendent aussi de facteurs structurels, tels que les politiques en matière de logement, du marché du travail ou de l'éducation (Gkiouleka et al., 2018).

La polarisation de l'attention des chercheurs sur les structures sociales et les déterminants sociaux qui produisent des inégalités de santé, d'une part, et sur le contrôle des comportements à risques dans les vies individuelles, d'autre part (Halford et al., 2019 ; Hunter et Marks, 2016) a laissé peu de place à l'étude du lien entre organisations de santé et inégalités sociales de santé. Hellowell et Ralston (2016) parlent de « *marginalisation des soins de santé dans la littérature sur les inégalités* » (p. 151) et constatent que les questions organisationnelles ont été négligées au profit des déterminants sociaux et individuels.

Pourtant, il apparaît que les organisations de santé ne sont pas totalement neutres face aux inégalités de santé et peuvent en créer et les réduire. Par exemple, il est actuellement établi que les approches *Patient-Centred Care* (PCC) qui adoptent généralement une vision holistique des individus, en tenant compte d'une série d'aspects biopsychosociaux (Scambler et al., 2015 ; Turabian, 2018), améliorent les résultats cliniques mais aussi la satisfaction des patients (Bertakis et Azari, 2011), et peuvent donc réduire les inégalités de santé. Ces approches se fondent sur plusieurs principes qui favorisent la prise en compte des spécificités individuelles et cherchent à renforcer la capacité des organisations à prendre en compte ces spécificités: l'intégration des préférences des patients ; l'intégration et la coordination des soins; l'éducation et l'information des patients; la recherche du confort physique des patients ; le soutien émotionnel des patients ; l'implication de la famille et des proches; la continuité et la transition des soins et l'accès aux soins de santé (Sebai et Yatim, 2018). Ce dernier point, celui de l'implication des patients a été plus particulièrement souligné dans les conclusions de Gkiouleka et al., (2023) à la suite d'une revue systématique sur le rôle spécifique de la médecine générale dans la réduction des inégalités de santé. Les auteurs insistent sur l'importance de l'intégration et de la coordination des services et sur le rôle du médecin généraliste. Mais ils insistent plus particulièrement sur quatre autres éléments clés : tenir compte des différences au sein des groupes de patients, tenir compte des différents besoins et préférences des patients, intégrer les visions du monde et les références culturelles des patients et impliquer les communautés dans la conception et dans la réalisation des services.

Dans leurs modèles de conception, dans leurs formes et dans leurs pratiques, les organisations ont donc un impact sur les inégalités de santé car elles sont faites comme le suggèrent Halford et al., (2019) pour un patient "moyen", un patient "abstrait idéal" ou un "être

AIRMAP 2025

Le management public responsable et intégré :
entre tradition et innovation

Versailles / Saint-Quentin-en-Yvelines
4 au 6 juin 2025



universel” selon Acker (1990), et non pas pour s’adapter selon les profils des patients dans leur pluralité. Cette tendance à la standardisation et la non prise en compte des caractéristiques individuelles des patients et de leurs préférences par les organisations de santé seraient génératrices d’inégalités. Acker (1990) avance ainsi que les inégalités de santé subsisteraient dans des organisations de santé qui restent fondées dans leur conception sur des besoins définis selon des catégories cliniques et bureaucratiques standards.

Ainsi, et comme l’avait souligné le célèbre rapport Black de 1980 pour la réforme du système de santé en Grande Bretagne, cité par Halford et al., (2019), les inégalités ne doivent pas être résumées d’un point de vue organisationnel à la seule question de l’accès aux soins de santé mais il est aussi question de la nature des soins selon les profils des patients à qui ces soins s’adressent. Dans une étude de cas qualitative portant sur des innovations organisationnelles portées par des professionnels de santé pour prendre en charge des publics défavorisés en Grande Bretagne, Halford et al., (2019) suggèrent quatre domaines clés pour favoriser des organisations adaptatives qui tiennent réellement compte de la diversité des publics pour réduire les inégalités de santé. Les auteurs évoquent en premier la nécessité d’une intégration horizontale entre les services, au sein des services de santé et entre les services de santé et les services sociaux. Ils évoquent ensuite la nécessité d’investir dans de nouvelles ressources humaines et matérielles pour soutenir ce travail d’intégration (ex ; nouveaux métiers de coordination, nouveaux dispositifs technologiques de coordination). Et ils évoquent enfin l’encouragement de nouvelles pratiques organisationnelles qui soutiennent l’intégration de différentes perspectives, celle des personnels mais aussi celle des patients qui doivent être impliqués dans la conception et dans la réalisation des services.

Ces éléments de discussion rejoignent donc les conclusions des travaux évoqués plus haut sur les bénéfices des approches *Patient-Centred Care* et invitent à investiguer davantage le rôle des organisations de santé dans la création, et donc dans la réduction des inégalités de santé. Le projet de cet atelier est de croiser les regards disciplinaires sur la question des inégalités de santé pour renouveler nos grilles d’analyse en y intégrant le rôle des modèles et des pratiques organisationnels. Les travaux attendus peuvent ainsi adopter des optiques disciplinaires en sciences de gestion, en sciences politiques, en sociologie, en santé publique, en économie et dans d’autres disciplines, afin de favoriser les échanges et l’émergence de nouvelles perspectives pluridisciplinaires.

2°. CONTEXTE, ENJEUX ET QUESTIONNEMENTS

3°. TYPE DE CONTRIBUTION ATTENDUE

4°. BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

- Acker J, (1990), Hierarchies, jobs bodies: A theory of gendered organizations. *Gender & Society*, 4(2): 139–158.
- Arblaster L, Lambert M, Entwistle V, et al., (1996), A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health. *J Health Serv Res Policy* 1996; 1: 93–103.
- Dahlgren G et Whitehead M, (2021), The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health* 2021; 199: 20–24.
- Elliot J, Byrne E, Shirani F, et al., (2011,) *A Review of the Theories, Concepts and Interventions Relating to Community-Level Strengths and their Impact on Health and Well-Being*. London: Arts and Humanities Research Council.
- Ford J, Sowden S, Olivera J, et al., (2021), Transforming health systems to reduce health inequalities. *Future Healthc J* 2021; 8: e204 09.
- Gkiouleka A, Huijts T, Beckfield J et Bambra C, (2018), Understanding the micro and macro politics of health: inequalities intersectionality & institutions—a research agenda. *Soc Sci Med* 2018; 200: 92–98.
- Gkiouleka A, Wong G, Sowden S, et al., (2023), Reducing health inequalities through general practice, *Lancet Public Health* 2023 ; 8: e463–72.
- Halford S, Fuller A, Lyle K et Taylor R, (2019), Organizing Health Inequalities? Employee-Driven Innovation and the Transformation of Care, *Sociological Research Online* 2019, Vol. 24(1) 3–20.
- Hellowell M et Ralston M, (2016), The equity implications of health system change in the UK. In: Smith K, Hill S and Bambra C (eds) *Health Inequalities: Critical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press, pp.151–163.
- Hunter D et Marks A, (2016), Health inequalities in England’s changing public health system. In: Smith K, Hill S and Bambra C (eds) *Health Inequalities: Critical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press, pp. 138–150.
- Lawrence T, Amis J, Munir K, et al., (2014), Inequality, institutions and organizations: A call for papers. *Organization Studies*, 35: 1553– 1558.
- Scambler S, Gupta A et Asimakopoulou K, (2015), Patient-centred care - what is it and how is it practised in the dental surgery?, *Health Expect* 2015 ; 18 :2549–58.
- Sebai J et Yatim F, (2018), Patient-Centred Care model et New Public Management : confluence et paradoxe. *Revue Santé Publique*, vol 30/n°4, juillet-août, pp 517-526.
- Turabian JL (2018), Patient-Centered care and biopsychosocial model. *Trends Gen Pract*, 2018; 1:1–2.

AIRMAP 2025

Le management public responsable et intégré :
entre tradition et innovation

Versailles / Saint-Quentin-en-Yvelines
4 au 6 juin 2025

LAREQUOI
Research Center of ISM-IAE
Graduate School of Management

UVSQ
UNIVERSITÉ DE VERSAILLES
SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES



AIRMAP
Association Interuniversitaire de
Recherche en Management Public

UVSQ
UNIVERSITÉ DE VERSAILLES
SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

ISM-IAE
INSTITUT DE RECHERCHE EN
MANAGEMENT PUBLIC

Whitehead M.A (2007), Typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 473–78.