



Réduire les inégalités sociales de santé

INTRODUCTION

Une Rencontre...

Les 17 et 18 novembre 2008, s'est tenue à Québec, dans le cadre des 12^{es} Journées annuelles de santé publique (JASP), la *Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé* regroupant 845 personnes provenant de 21 pays. Les participants ont pu débattre des multiples manifestations de l'impact des inégalités sociales sur la santé des populations, ainsi que de meilleures approches et moyens utiles à mettre en place pour les réduire.

Cette *Rencontre* visait à rassembler des acteurs francophones de santé publique dans une dynamique de confrontation d'idées, de comparaison et d'apports mutuels. Ce fut pour eux l'occasion, quelles que soient leurs responsabilités ou leurs fonctions, de progresser dans leur compréhension des inégalités sociales de santé, des mécanismes en cause, de leur ampleur, du rôle qu'ils peuvent jouer pour les réduire et aussi d'être mieux outillés pour le faire. Ce numéro spécial d'*Éducation Santé* se veut l'écho de ces débats et l'exploration d'avenues novatrices de solutions pour faire face à cet enjeu majeur et prioritaire de santé publique que représente l'équité en santé, tout particulièrement dans l'espace francophone.

Toutes les composantes du programme ont été définies en intégrant un point de vue international, incluant les préoccupations des pays en développement et en transition. Un nombre important de personnes, provenant aussi bien des milieux de la recherche que de l'intervention, a été associé à la conception de l'événement, donnant lieu à un programme qui comportait une grande diversité de conférences et de tables rondes en séances plénières ainsi que des communications et discussions en session de groupes.

Les séances plénières débutèrent par un rappel des fondements historiques de la prise de conscience et de l'action en santé publique pour contrer les inégalités sociales de santé – ce que **Luc Berghmans** résume dans le premier texte de ce numéro spécial d'*Éducation Santé*. La *Rencontre* s'est ensuite poursuivie par divers exposés et tables rondes, l'une d'elle ayant pour objectif d'explorer la façon dont se traduit la préoccupation pour la question des

inégalités sociales de santé dans les différentes fonctions de santé publique.

Un texte de **Véronique Janzyk** relatant l'essentiel des discussions tenues lors de ces séances plénières, notamment celles sur les impacts de la mondialisation ou sur les prises de position et initiatives récentes de l'OMS (Commission sur les déterminants sociaux de la santé), de l'Europe (projet DETERMINE) et du Canada (Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008), est ensuite présenté aux lecteurs et lectrices de la revue.

Des réflexions furent également proposées par des acteurs provenant de milieux divers (citoyen, municipal, syndical, éducation, société civile) interpellés par la question, sur leur rôle, ses limites, et leurs besoins de collaborations quelles soient interdisciplinaires ou intersectorielles. L'événement fut clôturé par un vibrant appel à la mobilisation pour instaurer l'équité en santé, lancé par l'Honorable **Monique Bégin** qui s'appuyait sur les travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

Ce numéro spécial se conclut par un texte de cette conférencière qui aura marqué les participantes et participants par sa grande détermination et sa volonté inébranlable à faire comprendre que la lutte contre les inégalités sociales de santé est un combat obligatoire, légitimé par les connaissances et surtout possible à mener avec succès. Dans les séances en groupes plus restreints ont été étudiées, toujours sous l'angle de la construction, de la reproduction et de la réduction des inégalités sociales de santé, de multiples questions. Des idées, analyses et suggestions issues d'un échantillon de ces séances sont présentées dans la revue :

- la surveillance des inégalités sociales de santé (**Myriam De Spiegelaere**);
- la petite enfance (**Ginette Paquet**);
- le milieu scolaire (**Lyne Arcand**);
- la planification et l'évaluation des interventions (**Shelley-Rose Hyppolite et Louise Potvin**);
- l'engagement citoyen (**Pier Bouchard et Sylvain Vézina**);
- les partenariats (**Jocelyne Bernier**);
- les habitudes de vie (**Katherine L. Frohlich**);
- l'environnement (**Pierre Cornut et Ginette Lafontaine**);



- les populations autochtones (**Marie-Jeanne Disant**);
- les pays à faible revenu (**Valéry Ridde et Mohamed Mebtoul**).

En mettant à votre disposition cet aperçu de la *Rencontre*, et en vous invitant à consulter le site Internet des JASP (www.inspq.qc.ca/jasp/) pour en savoir plus, nous souhaitons partager avec vous quelques-uns des constats sur la pertinence et l'urgence de se préoccuper de l'impact des inégalités sociales, quel que soit le problème de santé considéré. Nous souhaitons aussi faire connaître certaines analyses qui permettent de mieux saisir comment les inégalités sociales contribuent à façonner cette distribution de la santé entre les groupes et enfin quelques propositions novatrices et imaginatives sur des façons de faire pour les réduire.

De plus, ce numéro spécial d'*Éducation Santé* vous transmet une bibliographie commentée sur les inégalités sociales de santé, produite en partie par le Réseau francophone international en promotion de la santé (Réfips). Cette bibliographie est essentiellement composée des références les plus pertinentes pour le lectorat de la revue. Ces références sont également facilement accessibles en ligne.

Nous espérons que l'ensemble de ces textes puisse contribuer à bien informer les lectrices et lecteurs de la revue sur la question des inégalités sociales de santé et des moyens pour travailler, comme nous y invite l'OMS, à l'amélioration des conditions de vie quotidiennes et des circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

Maria De Koninck, Réseau de recherche en santé des populations du Québec et Université Laval, **Catherine Hébert**, Réseau de recherche en santé des populations du Québec, **Hélène Valentini**, Institut national de santé publique du Québec

Inégalités sociales de santé, une histoire ancienne d'actualité

Sur la carte de distribution d'un indice de perception de mauvaise santé en Belgique, une région du Hainaut se détache dans la teinte foncée de l'indice le plus défavorable. Sans surprise, cette zone, au passé d'industries lourdes et de mines de charbon, affiche des indicateurs sociaux et économiques à l'avenant. Un artiste surréaliste l'a surnommée avec irrévérence, la « silicose vallée ». La silicose a fait place depuis 50 ans aux maladies cardiovasculaires et aux cancers mais l'inégalité sociale de santé est toujours bien présente.

Tous les promoteurs de la santé sont confrontés à ces inacceptables « silicose vallées ». Les contours en sont des territoires, des groupes sociaux, des minorités, des groupes d'âges ou le sexe, et souvent ces contours se superposent pour accentuer les inégalités. Comprendre la problématique et agir au mieux pour tenter d'en diminuer l'ampleur sont des exigences éthiques au centre de nos métiers de santé publique.

Le 19^e siècle « découvre » les inégalités de santé

Un détour par l'histoire peut aider à la compréhension. Les inégalités de santé existent probablement depuis que les inégalités sociales existent mais c'est au 19^e siècle que les premiers travaux structurés sont publiés sur le sujet.

En France, **Louis Villermé** publie en 1830 un mémoire sur la mortalité dans les différents quartiers de Paris. Les observatoires de santé de Londres et de Bruxelles réalisent encore aujourd'hui ce genre d'analyse, en mettant en évidence le même type d'inégalités de santé. En 1840, son rapport sur l'état physique et moral des ouvriers du secteur textile conduit à l'adoption d'une loi interdisant le travail des enfants... avant l'âge de 8 ans.

Edwin Chadwick en Angleterre en 1842 estimait déjà que les travailleurs pourraient gagner 13 ans d'espérance de vie en améliorant drastiquement la propreté publique et l'approvisionnement en eau potable.



En Allemagne, **Rudolf Virchow** en 1848 enquête sur une épidémie de typhus en Haute Silésie : il prescrit comme traitement la démocratie, l'éducation, la liberté et la prospérité et fustige l'approche caritative du ministre de la santé de l'époque.

Friedrich Engels dans son ouvrage de jeunesse sur la situation de la classe laborieuse en Angleterre en 1845 analyse la situation ouvrière en établissant le lien avec le développement du capitalisme industriel. Pour lui, les solutions viendront de la prise de conscience et des combats collectifs du groupe social qui pâtit le plus de la situation, à savoir le prolétariat.

C'est une forme de théorie de l'empowerment avant la lettre.

Les moteurs historiques de l'action sur les déterminants de santé

De fait, les luttes sociales se développent dans toute l'Europe et deviennent le moteur essentiel du progrès social, qui aboutit quelques décennies plus tard à l'émergence d'États sociaux².

Deux autres facteurs vont favoriser les améliorations structurelles.

D'une part, la multiplication d'expérimentations sociales, de forme et de motivation très différentes :

- l'action patronale paternaliste parfois avant-gardiste;
- l'action caritative souvent d'inspiration religieuse ou moralisatrice;
- et enfin l'organisation de structures de solidarité ouvrière sous forme de coopératives et de caisses mutuelles d'assurances notamment de santé.

Ces expérimentations, surtout de la dernière catégorie, ont inspiré très directement les dispositifs actuels de solidarité sociale.

D'autre part, l'opportunisme de l'establishment qui perçoit les bénéfices indirects d'une meilleure protection des travailleurs.

■
Progressivement, les acteurs de santé publique construisent le modèle explicatif des déterminants de santé qui débouchera sur un nouveau référentiel pour l'intervention, brillamment résumé dans la Charte d'Ottawa.

Ainsi **Lord Beveridge**, le père du système de protection sociale en Grande-Bretagne a pu convaincre en 1945 les Conservateurs sceptiques d'adopter ses propositions avec des arguments de meilleure productivité et de compétitivité.

Les travailleurs, de plus en plus qualifiés, deviennent un investissement précieux dans l'industrie moderne. Ils deviennent aussi des consommateurs potentiels, porteurs d'élargissement de marchés.

En schématisant, historiquement, les moteurs de l'action sur les déterminants de la santé (cela ne s'appelait pas comme ça à l'époque) sont :

- 1) le développement des connaissances et la prescription de remédiations structurelles (souvent sur une base empirique et morale);

¹ Joseph Ghin, plasticien surréalistico-borain

² Welfare state, traduit communément et malencontreusement par État providence. Subtil glissement sémantique, providentiel pour les opposants aux formes sociales d'organisation de la solidarité.

- 2) les luttes et les revendications ouvrières;
- 3) les expérimentations sociales;
- 4) l'intérêt économique.

Et les résultats sont au rendez-vous : conditions de vie améliorées, réglementation du travail, protection sociale, prodigieux bond en avant de l'espérance de vie, accès aux soins de santé.

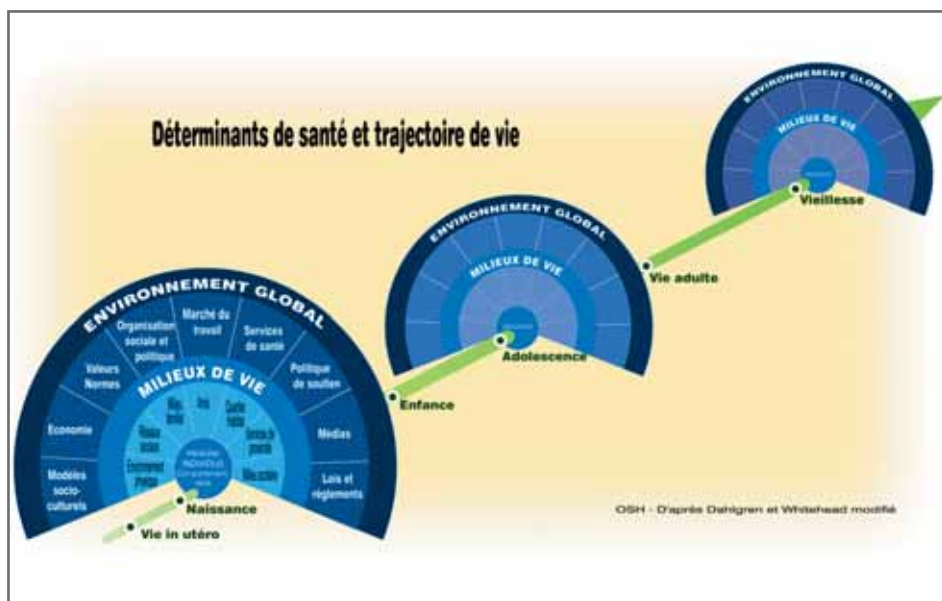
À partir de la moitié du xx^e siècle, l'essor de la médecine scientifique et technologique fait croire que le problème des inégalités disparaîtra grâce à cet accès aux soins en voie de généralisation.

Les progrès des connaissances en santé publique bousculent l'illusion médicale

Les recherches sur les causes des maladies chroniques et sur les différences de mortalité observées entre groupes sociaux vont mettre à mal cette illusion et le semi-échec des premiers grands programmes d'intervention cardiovasculaire, surtout ceux à fortes composantes comportementalistes, va stimuler la réflexion critique.

Progressivement, les acteurs de santé publique construisent le modèle explicatif des déterminants de santé qui débouchera sur un nouveau référentiel pour l'intervention, brillamment résumé dans la Charte d'Ottawa.

Sur le plan politique, le rapport de **Douglas Black**, commandité par le gouvernement britannique en 1980, documente clairement le fait que l'accès généralisé aux soins de santé n'a pas gommé les inégalités sociales de santé. Les propositions d'actions sur les déterminants de santé seront largement ignorées par le gouvernement Thatcher qui succède au gouvernement travailliste à l'initiative de l'étude. Il faudra encore deux décennies de recherches, colloques et publications notamment de l'OMS et de l'Union européenne pour que ce problème fasse l'objet de plans nationaux, qui sont loin d'être généralisés en Europe. On en trouve au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède, pays où travaillent les chercheurs les plus actifs dans ce domaine. Leurs travaux ont démontré que les inégalités sociales de santé ont tendance à s'aggraver à peu près partout en Europe rendant encore plus évidente la priorité d'une prise en charge globale.



Le passage du constat à l'action se heurte à des difficultés nouvelles

Épinglons deux éléments parmi d'autres.

1) La **complexité des chaînes causales** dans le modèle des déterminants de santé. Ces chaînes relient les facteurs individuels aux facteurs de lieux de vie eux-mêmes en relation avec l'organisation macroscopique de la société. Cela se complique encore par l'introduction du concept de trajectoire de vie et de trajectoires de vie des générations. Ces trajectoires de vie traversent l'environnement, lui-même changeant (voir figure ci-dessus). Face à cette complexité multifactorielle extrême et sous peine de paralysie, les recommandations stratégiques ne pourront plus être uniquement basées sur des preuves épidémiologiques classiques.

Il faudra dans une certaine mesure s'appuyer sur le quasi expérimental, les expériences naturelles et sur des arguments de justice sociale et d'éthique pour avancer, avec en contrepartie le développement de systèmes sophistiqués et transparents d'évaluation et de participation citoyenne.

2) Le deuxième élément réside dans la **difficulté d'obtenir une mobilisation sociale** à la hauteur des défis.

Cela s'explique peut-être par un manque de visibilité directe du problème. Pour reprendre l'expression d'un journaliste³, on est passé d'un modèle « falaise » avec les nantis en

haut et la masse du peuple en bas à un modèle en « escalier ». Les inégalités sociales de santé se manifestent dans l'organisation sociale actuelle au travers de gradients qui concernent toutes les couches de la population et les formes d'inégalités peuvent en plus varier en fonction de l'indicateur social choisi (revenu, éducation, profession, territoire) et dans une moindre mesure du problème de santé considéré.

Confrontés à ces deux difficultés, les acteurs de santé publique de terrain souhaitent un affinement et une meilleure opérationnalisation des référentiels pour l'action de lutte contre les inégalités.

Mais, plus fondamentalement, nos expériences de terrain nous incitent à penser que les avancées vont dépendre aussi de la capacité collective à revoir en profondeur notre organisation sociale. La pénombre dans laquelle s'est développée l'incroyable crise financière de 2008 nous rappelle que la démocratie s'arrête devant les portes des conseils d'administration des grands acteurs économiques mondiaux.

Pour diminuer les inégalités sociales de santé, l'amélioration de nos pratiques professionnelles est nécessaire, mais repenser la démocratie économique et les modèles de répartition des richesses collectives et de solidarité, est indispensable.

Luc Berghmans, Observatoire de la santé du Hainaut

³ Thierry Poucet, in Bruxelles santé n°51, septembre 2008

Lutte contre les inégalités sociales de santé : les initiatives se multiplient, mais...

La lutte contre les inégalités sociales de santé est une réalité qui prend la forme de projets d'envergures variables. Avec l'exposé de **Sylvie Stachenko** (Agence de la santé publique du Canada), c'est vers l'OMS que se sont d'emblée tournés les regards et les espoirs. L'OMS compte en effet depuis 2005 une Commission des déterminants sociaux de la santé. Avec l'appui de commissaires expérimentés et compétents, ses réseaux de savoirs, ses réseaux de la société civile et l'expérience de pays à l'avant-garde dans cette thématique, la Commission a tenté de proposer des principes pour l'action :

- améliorer les conditions de vie quotidienne;
- lutter contre les inégalités dans la répartition des ressources;
- mesurer l'ampleur du problème;
- et enfin évaluer l'action.

Sa réflexion s'est concrétisée dans le rapport « Comblé le fossé en une génération »¹.

« Un intérêt de ce rapport et non le moindre », a souligné Sylvie Stachenko, « c'est de légitimer l'enjeu que représentent les inégalités sociales de santé, de stimuler le dialogue entre secteurs, de réunir des données probantes, de guider les activités d'évaluation et d'identifier les mesures prioritaires en termes de santé publique ».

Un autre rapport, canadien celui-là, a été également cité. Il s'agit du premier rapport sur l'état de la santé publique au Canada². Datant de 2008, il aborde explicitement la thématique des inégalités de santé. Deux axes d'intervention ont d'ores et déjà été dégagés, à savoir favoriser la mobilisation collective face à cet enjeu et réduire les inégalités dont sont victimes les enfants.

Les coûts de ces actions doivent encore être évalués. Parmi les autres initiatives soulignées comme encourageantes : la création d'un sous-comité du Sénat sur la santé des populations, qui devrait rendre un rapport en 2009 sur l'évolution du problème.

L'Europe n'est pas en reste avec le projet



« Determine », un projet qui vise à mieux connaître les politiques porteuses de changements en matière d'inégalités sociales de santé³. Il s'agit d'une initiative qui assure le suivi du projet « Closing the gap ».

Comblé les écarts

Ron Labonté (Université d'Ottawa) est revenu, en se basant sur le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS, sur « ces insuffisances des politiques économiques et sociales qui continuent de tuer les populations à grande échelle ».

Le constat est dramatique : les bénéfices du développement économique sont partagés entre les plus riches. Les écarts de revenus dans et entre les nations se creusent. Une redistribution de biens s'imposerait. « Mais que penser », demande Ron Labonté, « de la position de l'ONU et de ses Objectifs du Millénaire pour le Développement particulièrement peu ambitieux ? Il faudrait 220 ans pour voir réduite de moitié la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté. On peut se demander où se situent les priorités de développement ! ».

Selon certaines estimations, l'espérance de vie mondiale a diminué de 1,53 année depuis 2000, ce qui est alarmant. En Chine, c'est une demi-année de vie qui serait perdue pendant la

même période. Les technologies de santé et les produits dérivés de la croissance économique se sont révélés insuffisants pour compenser les pertes causées par un accroissement des écarts entre revenus, par la détérioration de l'accès aux soins pour certains et par la détérioration d'un accès à l'éducation pour les femmes.

On notera encore l'évocation au cours de ces journées d'un modèle, dit en « escalier roulant » pour qualifier l'écart se creusant entre certaines fractions de la population. L'image est celle de l'escalier roulant des plus riches qui monte en ignorant l'escalier descendant des pauvres. Le modèle invite à questionner certains paradoxes des politiques sociales. Ainsi des politiques ciblées sur les familles les soutiennent-elles pendant que dans le même temps les personnes seules souffrent de ne pas figurer parmi les publics prioritaires ! Vigilance donc !

« Il faut savoir » dira **Marie-France Raynault** (Université de Montréal, Québec), « quelles sont les dépenses publiques qui luttent réellement contre la pauvreté ».

Monique Bégin (ancienne ministre et représentante pour le Canada à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS), rappellera, quant à elle, le nécessaire glissement sémantique d'inégalités de santé vers inéquités de santé. « Les chiffres sont aveugles si des valeurs ne sous-tendent pas leur quête ou leur explication. Les inéquités de santé, voilà ce qui doit conditionner les politiques ».

Suivent des chiffres, comme ces 50 millions de naissances non enregistrées par an, soit une sur trois. Des enfants qui ne seront pas scolarisés, des adultes qui ne voteront pas. La porte ouverte aux trafiquants. D'autres chiffres ? Celui, par exemple, du taux de dépression sévère, 17 fois plus important chez les bénéficiaires du revenu minimum que dans la population générale. Ou ce dernier, particulièrement éloquent : où se situent vraiment les priorités quand on sait qu'un maigre 2 % de l'argent consacré au sauvetage économique des banques aurait suffi pour régler, au niveau mondial, le problème des bidonvilles ?

¹ <http://www.who.int>

² <http://www.phac-aspc.gc.ca>

³ <http://www.health-inequalities.eu>

Une perspective historique

Luc Berghmans (Observatoire de la Santé du Hainaut, Belgique) a rappelé combien les inégalités sociales et les inégalités de santé sont liées. Il aura fallu attendre le 19^e siècle pour que les premiers travaux structurés les concernant soient publiés. Et de citer ces fins analystes et fervents militants que furent Louis Villermé (en France), Rudolf Virchow et Friedrich Engels (en Allemagne). Les luttes sociales conduisent heureusement, après plusieurs décennies, à l'émergence d'États sociaux, favorisant l'accès aux soins. Cependant, cet accès ne gomme pas les inégalités de santé, ce que démontre le rapport Black (Grande Bretagne, 1980). Ce rapport va stimuler les recherches et les analyses qui mettront en évidence la nécessité du travail en amont sur les déterminants socio-économiques et qui documenteront bien la stratification socio-économique des inégalités de santé (c'est la notion de gradient social de santé).

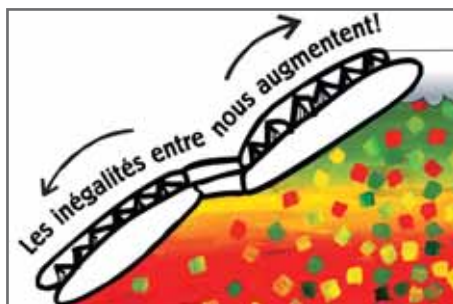
Selon Luc Berghmans, ces deux éléments impliquent que les stratégies correctrices doivent dépasser l'action ciblée vers les plus démunis pour toucher aux sources des inégalités dans l'organisation sociale, politique et économique de la société.

Les traumatismes

Lucie Laflamme (Karolinska Institutet, Suède) s'est penchée sur la question des traumatismes, définis comme les blessures intentionnelles et non intentionnelles. Ils sont responsables d'un décès sur dix et causent 5 millions de décès par an.

875 000 de ces victimes sont des enfants et des adolescents de moins de 18 ans. La grande majorité, soit environ 90 %, de ces traumatismes surviennent dans les pays à faibles revenus. « *Les traumatismes* », explique Lucie Laflamme, « *ne découlent pas nécessairement de la pauvreté, mais peuvent y mener. Il va de soi qu'une situation sociale peu favorable ne permettra pas d'avoir accès à tous les moyens de protection, va augmenter les expositions aux risques, que cela soit à la maison, à l'extérieur ou au travail. Le suivi des blessures sera en outre moins favorable. Le défi est de travailler à diminuer l'ensemble de la mortalité, mais aussi à rapprocher la situation chez les plus nantis et chez les moins nantis* ».

Les moyens d'action évoqués sont la législation,



Vivian Labrie - Collectif pour un Québec sans pauvreté

les programmes communautaires et les actions d'éducation. Lucie Laflamme propose aussi d'exploiter les 10 stratégies de prévention de Haddon, dont la liste est la suivante : éliminer, séparer, isoler, modifier, équiper, entraîner et instruire, avertir, superviser, secourir, réparer et réhabiliter.

■
En général, les budgets dits durs, assez immuables, récurrents, sont utilisés dans les quartiers favorisés et les budgets qualifiés de mous, plus précaires, sont dévolus à des projets de développement (Louise Potvin)
■

Pour contrer les conséquences différentielles, on travaillera sur les stratégies « secourir », « réparer » et « réhabiliter » ainsi que sur le volet « s'équiper » (se protéger). En matière de lutte contre l'inégalité face au risque, on travaillera le développement des compétences et mettra en œuvre les stratégies « instruire », « avertir » et « superviser », des stratégies de prévention qui sont complémentaires d'un travail sur la mobilité sociale des individus.

En Afrique du Sud par exemple, les violences conjugales ont été réduites de moitié après trois ans d'un programme de formation destiné aux femmes (prise de décisions et connaissance des ressources).

Balises pour l'action

Actives au sein du Centre Léa Roback (Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal), **Marie-France Raynault** et **Louise Potvin** ont proposé quelques idées fortes concernant l'approche des parcours de vie, mais aussi les actions à mettre en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé.

Ainsi, elles définissent la santé comme un attribut des populations. Qualifiée de responsabilité collective, la santé est tributaire des conditions de vie. « *Une responsabilité sur laquelle il convient de s'interroger* », explique Louise Potvin, « *quand on réalise qu'en général, les budgets dits durs, assez immuables, récurrents, sont utilisés dans les quartiers favorisés et que les budgets qualifiés de mous, plus précaires, sont dévolus à des projets de développement; ce sont justement les budgets dont les quartiers moins favorisés ont besoin !* ».

L'approche des parcours de vie nous rappelle que la vie se déploie dans le temps, qu'elle intègre des éléments de nature variée et qu'enfin les vies, à l'échelle globale, sont liées. Les éléments, de nature variée, cités plus haut seraient de quatre types : biologique, social, économique et culturel. Ces « capitaux » permettent les échanges qui construisent nos vies. Les inégalités naissent de l'interaction entre l'accès aux ressources et les capacités à transformer ces ressources en santé. Ces capacités pourraient être accrues par l'intervention préventive, qui prend diverses formes. Elles se sont succédé au cours du temps et coexistent aujourd'hui. Il s'agit de l'éducation sanitaire, l'éducation sanitaire de groupe, les programmes structurés, l'approche écologique et les modifications apportées à l'environnement des individus. Un accent particulier est mis dans l'exposé des intervenantes sur l'importance des parcours de vie, qui implique notamment que ce qui se passe tôt dans la vie d'une personne aura des répercussions importantes. Des conséquences qui peuvent être extrêmement favorables puisque des garderies de qualité, par exemple, pourraient diminuer les différences de santé dues à l'origine familiale (socio-économique) des enfants.

Ce n'est pas le seul exemple cité : des espaces verts dans les quartiers sont aussi corrélés de manière similaire avec l'état de santé. Des pratiques cliniques préventives sont également favorables et représentent une autre façon de créer des richesses... L'ensemble de ces préoccupations devrait donner lieu à une « nouvelle santé publique » qui prendrait en considération le gradient social de santé, et ce dans tous les secteurs de l'intervention.

Véronique Janzyk, Observatoire de la Santé du Hainaut

Éclairer la réalité des inégalités sociales face à la santé

La fonction de surveillance ou observation¹ peut être comparée à celle d'une lampe. Lorsqu'un appareil ne fonctionne pas correctement, il faut de la lumière pour bien voir où est le problème, ensuite il faut un technicien qui doit disposer des bons outils pour réparer.

S'il doit travailler dans le noir, il est fort probable que, malgré ses compétences et la qualité de ses outils, il ne puisse mener à bien son travail. Inversement, si on se contente d'éclairer l'appareil qui dysfonctionne, sans que personne ne s'attache à le réparer, ou que le réparateur ne dispose pas des outils nécessaires, cela ne servira à rien. L'objectif de l'éclairage en santé des populations n'est pas purement « descriptif » : on n'éclaire pas pour pouvoir « admirer » les inégalités de santé sous toutes les coutures mais pour mobiliser les décideurs et la société civile, pour engager à agir.

Éclairer le mieux possible, qu'est-ce que cela implique ?

Pour rendre visible la réalité, il faut utiliser toutes les informations dont on dispose, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives. La mesure des inégalités de santé implique une réduction de la réalité à une série d'indicateurs. Les indicateurs doivent être avant tout au service de la réalité qu'ils tentent d'appréhender. Trop souvent les indicateurs acquièrent une vie propre, qui les détache progressivement de cette réalité. Notre travail consiste à les relier à cette réalité, c'est-à-dire comprendre quelle réalité concrète est captée par un indicateur et comment le lien entre cette réalité et l'indicateur évolue dans le temps en tenant compte des évolutions démographiques, économiques, législatives, etc. C'est pourquoi il est indispensable que les services chargés de la surveillance maintiennent une interaction avec les acteurs de terrain.

Il faut donc choisir ou créer des indicateurs de qualité. Il ne s'agit pas ici d'un exercice méthodologique scientifique, visant à élaborer l'indicateur « idéal » mais plutôt de tenter de trouver le meilleur compromis possible dans les contraintes existantes : des indicateurs du statut social et de santé qui puissent être associés entre eux, qui soient pertinents dans le contexte donné, fiables, accessibles de manière régulière. Le rôle de la surveillance est aussi de plaider et de guidance pour le développement de sources de données qui combinent santé et social.

■

**Se baser sur une relation simple et logique du type
« bonne documentation =
bonne information des décideurs =
bonnes décisions d'interventions »
relève un peu du fantasme**

■

Il faut cependant être conscient qu'une partie de la réalité échappe aux informations rassemblées, qu'elles soient issues de données d'enquête, de données de routine ou de données administratives. Pour élaborer une vision globale des inégalités sociales de santé dans un territoire donné, il est donc indispensable de combiner également d'autres types d'informations que les données chiffrées, comme celles issues de l'expertise des acteurs de terrain, de la population elle-même et de recherches qualitatives.

Comment maintenir l'attention sans répéter inlassablement les mêmes constats au risque de lasser ? Comment rendre compte de la complexité de cette réalité et des liens intrinsèques entre les inégalités de santé et les inégalités sociales sans risquer de renvoyer vers un sentiment d'impuissance ? Il est bien plus facile de mobiliser les décideurs en santé publique pour agir sur les inégalités face à l'accès aux soins (les réponses sont de leur compétence, les obstacles sont plus faciles à cerner et à surmonter) que de les mobiliser

face aux inégalités sociales de santé dont les déterminants se situent très largement en dehors de leurs compétences et qui renvoient vers des questions idéologiques très fondamentales, ce qui a un effet « paralysant ». Il faut donc rester attentif à la manière dont on maintient l'attention, en accompagnant la diffusion des informations et en donnant des outils qui guident vers l'action.

Se baser sur une relation simple et logique du type « bonne documentation = bonne information des décideurs = bonnes décisions d'interventions » relève un peu du fantasme. En effet, la question du passage de la mesure des inégalités à la mise en place de politiques efficaces est beaucoup plus complexe. Tout d'abord parce que les constats ne donnent aucune clé pour agir. Et plus fondamentalement encore parce que la réduction des inégalités sociales de santé concerne directement la question de la répartition des ressources dans une société.

De manière très simplifiée, on peut décomposer ce chemin en grandes étapes :

- intégrer les données concernant les inégalités de santé dans une vision globale et compréhensive (articuler les informations quantitatives et qualitatives);
- diffuser largement cette vision globale pour amener à une volonté de réduire ces écarts;
- proposer aux décideurs qui veulent agir des éléments concernant les stratégies efficaces dans le contexte précis de leurs compétences pour qu'ils puissent élaborer des politiques visant la réduction des écarts.

Enfin, en fonction des stratégies choisies par les décideurs, proposer des indicateurs permettant d'évaluer à court, moyen et plus long terme les politiques mises en place, toujours dans le contexte spécifique du pays, de la région, de la localité.

La fonction de surveillance ne se limite donc pas à mesurer de manière régulière les écarts existants. Il faut aussi proposer des informations qui permettent de suivre les mécanismes qui créent, qui maintiennent ou qui réduisent les écarts dans ce contexte spécifique. Il faut aussi pouvoir éclairer les acteurs

¹ En fonction des pays et des contextes, plusieurs termes désignent la fonction de suivi de la santé des populations : observation de la santé en Europe, surveillance de la santé au Québec...

et décideurs qui sont en dehors du champ de la santé publique et qui peuvent agir via leurs compétences.

Par exemple, rassembler les informations utiles portant sur les liens entre logement et inégalités de santé pour éclairer ceux qui ont les compétences et la volonté d'agir pour réduire les écarts de santé par le biais du logement.

Pour mobiliser les niveaux de pouvoirs utiles, il est important de présenter les écarts à l'intérieur du territoire de compétence (national, régional, local); cela permettra également d'éviter que seules les autorités qui ont en charge les populations les plus défavorisées ne se sentent concernées.

La fonction de surveillance a aussi une responsabilité d'objectivation du débat

La question des inégalités sociales de santé pose des questions fondamentales sur l'organisation plus ou moins équitable de la société, questions éminemment idéologiques. Cependant, dans le cadre précis de la fonction de surveillance, il est important de garder une position, non pas neutre (le choix même de vouloir éclairer cette réalité n'est pas neutre) mais en recul par rapport au débat idéologique.

Les informations, rigoureusement documentées, que l'on diffuse doivent pouvoir alimenter le débat, en particulier sur les stratégies à mettre en place pour réduire les écarts. Mais il faut éviter d'induire des représentations et

des modes d'interventions par le choix des indicateurs présentés.

Par exemple, la présentation des inégalités sociales par un rapport entre les groupes extrêmes peut induire une représentation « duale » des inégalités et des interventions ciblées uniquement sur les groupes les plus pauvres; la présentation des inégalités de manière spatiale (inégalités entre zones) peut induire des interventions ciblées sur les territoires. La diffusion répétée de données mettant en évidence la fréquence croissante de comportements « nocifs » pour la santé lorsqu'on descend dans l'échelle sociale peut induire l'idée qu'il faut avant tout éduquer et responsabiliser davantage les individus pour qu'ils arrivent au meilleur état de santé possible; à l'inverse, la diffusion d'informations mettant en évidence les mécanismes qui lient facteurs environnementaux et comportements (par exemple les liens entre conditions de vie et stress et le développement de certains comportements « à risque » comme une réponse au stress (ex. tabac, alcool)) peut conduire à des interventions portant davantage sur l'environnement ou les facteurs en amont des comportements.

Nous avons donc une responsabilité à présenter des informations en mesure d'éclairer ces questions sous des angles divers en tenant compte des connaissances accumulées par les recherches et recherches-actions. Il nous faut aussi diffuser les informations

contextualisées sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Enfin, la fonction de surveillance ou d'observation a une responsabilité dans le cadre de l'évaluation de l'impact des politiques, stratégies et interventions sur les inégalités de santé. Cette évaluation doit se faire en partenariat avec les acteurs de terrain, les politiques ou les communautés. Des activités de promotion ou de prévention réduisent-elles les inégalités sociales pour les problèmes de santé précis qu'ils ciblent? L'amélioration de l'accès aux soins réduit-il les inégalités sociales face aux problèmes de santé sensibles aux soins?

Un peu en recul et sans lien direct avec les interventions menées, la fonction de surveillance peut évaluer l'impact positif ou les effets pervers éventuels des interventions sur les inégalités de santé et, par exemple, tirer la sonnette d'alarme si l'on constate que des interventions visant à améliorer l'accès financier aux soins augmentent les obstacles administratifs et le contrôle social au point de rendre l'accès encore plus difficile pour certains.

La fonction de surveillance est donc tout à fait complémentaire et au service des autres activités de santé publique et de promotion de la santé.

Myriam De Spiegelaere, M. D., Ph. D.,
Observatoire de la santé et du social de Bruxelles

ATELIER 'PETITE ENFANCE'

Les inégalités sociales à la petite enfance : comment réduire leurs répercussions à l'âge adulte ?

Éclairer judicieusement l'action publique afin de réduire les inégalités sociales à la petite enfance, voilà un grand défi à relever. Un consensus émane rapidement : on ne peut promouvoir le développement sain des enfants sans agir sur les déterminants sociaux, économiques et affectifs qui rendent leur santé et leur bien-être précaires.

Sinon, les efforts investis dans la recherche et dans l'intervention ne réduiront pas les inégalités entre les groupes sociaux. D'où l'importance des enjeux à propos du développement des enfants et du transfert des connaissances vers les milieux de décision et d'intervention. Certaines conditions sont identifiées afin que la recherche et le transfert des connaissances

puissent davantage contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé à la petite enfance. En voici un aperçu :

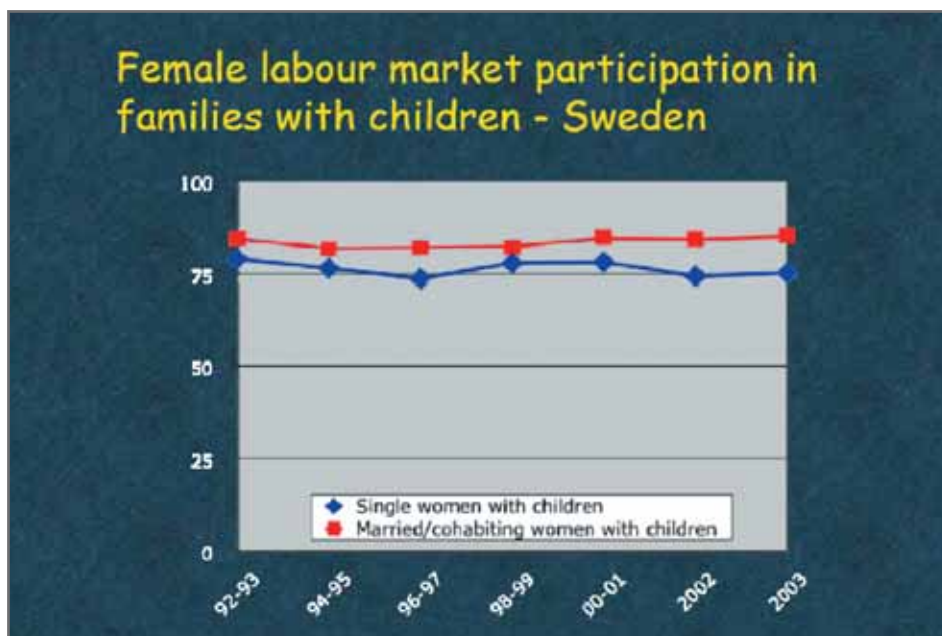
- la recherche et le développement des connaissances doivent être menés avec une vision plus sociale;
- il importe de différencier déterminant et déterminisme;

- l'étude du développement de l'enfant doit débuter dès la grossesse;
- les études longitudinales qui s'intéressent aux facteurs de protection, à la résilience sont indispensables;
- il est nécessaire d'effectuer la synthèse bio-psycho-sociale des facteurs du développement de l'enfant. Cette incontournable synthèse ne pourra réussir sans surmonter les difficultés de la multidisciplinarité;
- l'évaluation et le suivi des programmes implantés devront être accrus;
- afin d'influencer les décideurs, les conséquences économiques des déterminants sociaux de la santé doivent recevoir plus d'attention;
- le transfert des connaissances devrait revêtir une forme qui touche des publics autres que les seuls scientifiques.

Le directeur national de la santé publique du Québec, **Alain Poirier**¹, affirme que ce n'est pas uniquement ce qui est publié dans une revue scientifique qui influence les décideurs, mais aussi les données locales et régionales. Il fait remarquer que bien que le Québec ne figure pas parmi les provinces canadiennes les plus riches, c'est lui qui a le plus réduit la pauvreté des enfants et de leur famille au cours des dernières années.

Ce constat émane de la publication, en 2007, du Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Précisons que ce rapport avait pour objet la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans. La récente hausse du salaire minimum au Québec pourrait être l'une des retombées politiques du rapport. Néanmoins, il apparaît primordial pour le Québec de ne pas se comparer simplement à ses voisins continentaux, mais aussi aux pays européens.

Les politiques publiques mises en place par la Suède sont en effet riches d'enseignements. La Suède a implanté des programmes qui soutiennent le développement global des jeunes enfants. Ses politiques et programmes agissent de façon probante sur la réduction du gradient socio-économique de santé et de développement des enfants. Les travaux de



Sven Bremberg² nous permettent de comprendre les fondements scientifiques et l'articulation des trois principaux programmes suédois destinés aux enfants d'âge préscolaire ainsi qu'à leurs parents.

Premièrement, comme il est démontré que les interactions entre parents et enfants ont un impact à long terme, la Suède investit de plus en plus dans les services de soutien aux habiletés parentales pendant la grossesse et l'enfance.

Par exemple, la Suède dispense des programmes structurés, concrets et universels favorisant le développement précoce d'un attachement sécurisant ainsi que l'adoption de pratiques parentales adéquates. Deuxièmement, à la suite de la naissance d'un enfant, la Suède accorde des congés parentaux généreux et de longue durée : 13 mois avec salaire complet et 3 mois additionnels avec traitement partiel. À noter que les pères se prévalent de plus en plus de ces congés. Troisièmement, non seulement les politiques publiques suédoises soutiennent les parents dans leur rôle parental, mais elles offrent un système éducatif préscolaire universel de grande qualité aux enfants. Outre les effets bénéfiques à long terme sur le développement et la santé des enfants, les services éducatifs préscolaires universels suédois réduisent la pauvreté des familles défavorisées, notamment

parmi les familles monoparentales. Ainsi, contrairement aux données nord-américaines, le taux de participation au marché de l'emploi des mères suédoises monoparentales ayant des enfants d'âge préscolaire affiche très peu de différence avec celui des mères vivant avec un conjoint (voir graphique ci-dessus).

Les preuves scientifiques conjuguées aux résultats probants obtenus par la Suède quant aux stratégies à mettre en œuvre pour instaurer les meilleures conditions de départ dans la vie suscitent un questionnement. Au Canada et aux États-Unis, pourquoi s'avère-t-il si difficile de mettre en place des services éducatifs préscolaires universels de grande qualité ?

Le Québec fait en quelque sorte figure d'exception. L'OCDE notait, en 2004 :

*Un financement public faible, particulièrement pour les enfants âgés de moins de 5 ans, est un défaut fondamental du système d'éducation et de garde de la petite enfance au Canada. Il n'y a pas eu, ailleurs qu'au Québec, d'expansion importante du système au Canada au cours de la dernière décennie. Moins de 20 % des enfants âgés de 0 à 6 ans trouvent une place dans un service réglementé (...), comparativement à, par exemple, la Belgique avec 63 %, le Danemark avec 78 %, la France avec 69 %, le Portugal avec 40 % et le Royaume-Uni avec 60 %. (...)*³

¹ Alain Poirier, Directeur national de santé publique du Québec et sous-ministre adjoint au Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec.

² Sven Bremberg, Swedish National Institute of Public Health, Suède.

³ OCDE - Politique sur les services éducatifs et de garde à l'enfance : note de présentation du Canada - Octobre 2004, chap. 4

À partir de sa vaste expérience politique, l'Honorable **Monique Bégin**⁴ propose des explications à l'étrange résistance des décideurs nord-américains. Elle rappelle que déjà, en 1970, en s'inspirant de ce qui existait en France, en Grande-Bretagne, en Suède, au Danemark, entres autres, et tenant compte des nombreux mémoires reçus, la Commission royale d'enquête sur le statut de la femme au Canada recommandait le développement de garderies à tarif fixé d'après le revenu des parents et largement subventionnées par l'État⁵. Bien que les trois quarts des 167 recommandations de la Commission royale aient été mises en œuvre, les recommandations sur les garderies furent rejetées d'emblée, sans aucune discussion. Selon M^{me} Bégin, on est tenté de considérer que la très ancienne division anglo-saxonne entre les notions de sphère publique et sphère privée perdure. S'occuper des enfants relèverait des femmes dans le monde clos de la famille et du foyer, la sphère privée à laquelle le gouvernement ne touche pas. Cette idéologie prône que la mère ait la responsabilité des enfants et le

■
Les politiques et programmes mis en place en Suède agissent de façon probante sur la réduction du gradient socio-économique de santé et de développement des enfants.
 ■

libre choix du service de garde. Mais pour avoir le choix, elle doit avoir accès aux services. Différentes publications inspirées par cette idéologie critiquent d'ailleurs les quelques avancées du Québec, en préconisant que la place de la mère, pendant les premières années de vie de son enfant, est à la maison, comme condition essentielle au développement affectif de ce dernier. Madame Bégin rappelle, avec conviction, que l'équité dès le départ dans la vie, dont les maternelles et services de garde ne sont qu'une composante, mais une composante importante, constitue une des meilleures chances de réduire les inégalités en santé de toute société en l'espace d'une génération.

Ginette Paquet, Ph. D., Institut national de santé publique du Québec, Canada

Ont également contribué à cet atelier intitulé, Les inégalités sociales à la petite enfance : comment réduire leurs répercussions à l'âge adulte ? présenté le 17 novembre 2008 dans le

cadre de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé :

Georges Menahem, CNRS et Institut de recherche et documentation en économie de santé, Paris; **Richard Massé**, École de santé publique de l'Université de Montréal; **Michel Boivin**, Chaire de recherche du Canada sur le développement social de l'enfant, GRIP, École de Psychologie, Université Laval; **Johanne Laverdure**, Institut national de santé publique du Québec, Canada; **Claire Gascon Giard**, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, Québec, Canada; **André Dontigny**, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec/Direction de santé publique, Québec, Canada; **Lise Dunnigan**, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Canada; **Florence Jusot**, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, France; **Alain Poirier**, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Canada; **Sven Bremberg**, National Institute of Public Health, Karolinska Institute, Suède; **L'Honorable Monique Bégin**, C.P., MRSC, OC, École de gestion Telfer de l'Université d'Ottawa et représentante pour le Canada à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé.

4 L'Honorable Monique Bégin, sénatrice canadienne, professeure émérite à l'Université d'Ottawa, ancienne ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et représentante pour le Canada à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé

5 Rapport de la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada, Information Canada, 1970, chap. 4.

ATELIER 'MILIEU SCOLAIRE'

Réduire les inégalités sociales de santé à partir de l'école ?

D'abord y croire et comprendre

Pour agir efficacement au regard de la réduction des inégalités sociales de santé, il faut d'abord avoir la conviction qu'elles résultent de forces politiques, sociales et économiques et qu'elles sont évitables (Aiach et Fassin, 2004; Kelly et coll., 2007). Puis il faut comprendre les interrelations entre les déterminants sociaux qui en sont à l'origine (OMS, 2008; Niwiadomski et Aiach, 2008; Ridde, 2007).

Bien qu'il s'agisse d'un champ relativement nouveau, des critères d'efficacité ou éléments prometteurs d'interventions destinées à les

réduire sont connus et doivent être pris en compte pour agir à partir de l'école. Il faut notamment avoir un objectif avoué d'agir sur les inégalités sociales de santé pour les réduire (Niwiadomski et Aiach, 2008; Ridde, 2007).

Agir pour réduire les inégalités sociales de santé à partir de l'école : une question de promotion de la santé

L'éducation est reconnue comme un déterminant majeur de la santé et l'école s'avère un milieu incontournable pour contribuer à réta-

blir l'égalité équitable des chances face à la réussite, à la santé et au bien-être. Pour ce faire, il importe d'en garantir l'accès à tous et d'y offrir des services de qualité. Une approche globale de promotion de la santé comme celle qui a cours dans divers pays revêt un grand potentiel pour contribuer à réduire ces inégalités (Ridde, 2007). Toutefois, les approches globales prometteuses se distinguent par des éléments incontournables (Hamel et coll., 2001; IUHPE, 2005; St-Léger et Nutbeam, 2000):

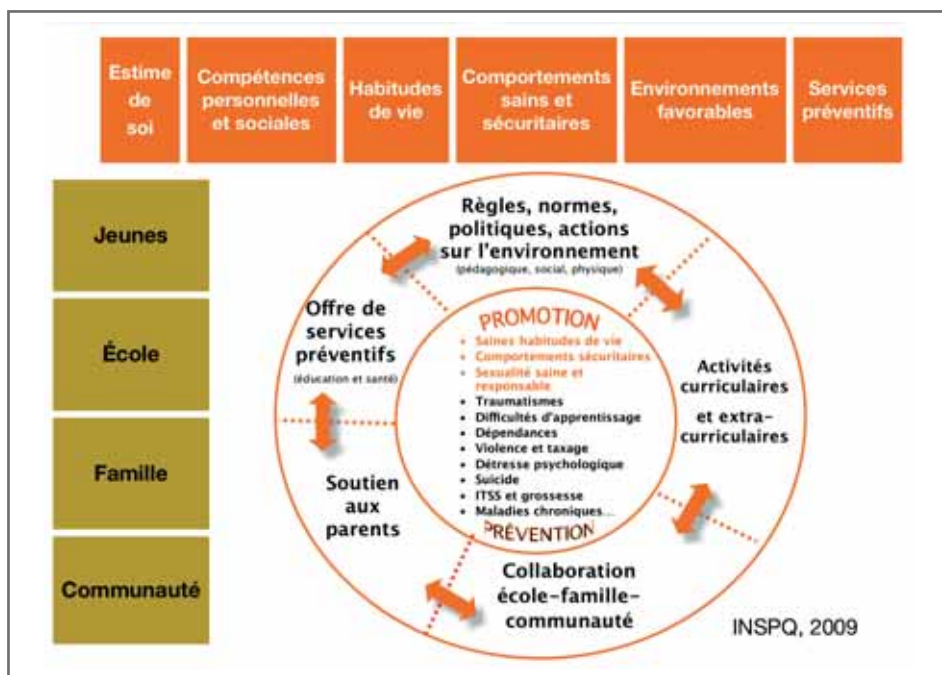
- elles impliquent une concertation entre les divers acteurs concernés (personnels sco-

lares, professionnels de la santé, jeunes, parents, partenaires de la communauté, etc.);

- elles tiennent compte de la réalité de l'école : mission et objectifs, organisation scolaire, pratiques pédagogiques, etc.
- elles recourent aux stratégies de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) adaptées au milieu scolaire : soutenir le développement de compétences personnelles et sociales en suscitant l'engagement actif des jeunes afin de leur conférer un pouvoir d'action; aménager un environnement favorable sur les plans pédagogique, social et physique (climat scolaire, règles, normes et politiques cohérentes à l'école, participation scolaire, soutien des parents); offrir des services aux jeunes (soutien social, services préventifs en matière de santé, services d'aide à l'élève, etc.); s'appuyer sur une collaboration école-famille-communauté;

- elles supposent une combinaison d'interventions jugées efficaces, c'est-à-dire ayant fait l'objet d'évaluation ou prometteuses, parce qu'elles s'appuient sur des modèles théoriques ayant démontré leur efficacité;
- elles visent simultanément le jeune, l'école, sa famille et la communauté;
- elles sont axées sur les déterminants de la réussite, de la santé et du bien-être des jeunes;
- elles tiennent compte des besoins différenciés des jeunes sur le plan social, culturel, économique. Notamment dans les milieux multiethniques, les interventions doivent prendre en compte les particularités associées aux différences culturelles, par exemple quand il est question d'alimentation ou de sexualité. En milieux défavorisés, il faudra d'abord s'assurer de combler les besoins fondamentaux des jeunes préalablement à des interventions sur la saine alimentation;
- enfin elles combinent des interventions qui sont intenses (fréquence suggérée selon les recommandations d'experts) et continues (durée suffisante selon les recommandations d'experts) afin d'obtenir les résultats escomptés.

Au Québec, l'approche *École en santé* visant la promotion de la réussite, de la santé et du bien-être en contexte scolaire, incarne ces éléments (Martin et Arcand, 2005; Roberge et Choinière, 2009). Elle est illustrée dans le schéma qui suit :



Surtout ne pas nuire!

La compréhension récente des inégalités sociales de santé invite à réfléchir sur les pratiques en milieu scolaire. Bien qu'il faille résolument tendre vers une approche globale et concertée de promotion de la santé, peu d'écoles sont engagées dans cette voie. Il importe donc de s'attarder aux interventions actuellement déployées en milieu scolaire afin de s'assurer qu'elles n'accroissent pas les inégalités sociales de santé, mais contribuent plutôt à les réduire.

À ce titre, toute personne qui agit en milieu scolaire devrait réfléchir sur sa pratique en se posant certaines questions qui permettront d'ajuster au besoin les interventions déployées en contexte scolaire :

- comment les actions tiennent-elles compte des besoins différenciés des jeunes visés, par exemple l'ethnicité, le sexe, les réalités socio-économiques, les réalités culturelles, les représentations de la santé ?
- comment la stigmatisation est-elle évitée ? Comment s'assure-t-on que l'intervention sera aussi bénéfique chez tous les groupes d'élèves sachant que certaines interventions ont des impacts plus importants auprès de certains groupes sociaux ?
- reconnaissant qu'une intervention axée sur une seule stratégie de promotion de la santé, par exemple le développement de compétences personnelles et sociales, a un

impact limité, comment est-elle combinée à des actions permettant d'agir sur les autres déterminants de la santé ? Par exemple, en milieux défavorisés, des activités éducatives à l'école sur les saines habitudes de vie sont-elles complétées par des mesures qui permettront aux jeunes de ces milieux de réinvestir les apprentissages faits à l'école ? Existe-t-il une concertation avec les parents et la communauté pour que des mesures de sécurité alimentaire, d'occasions d'être actifs physiquement, de cuisines collectives dans la communauté, de comptoirs d'échanges pour des équipements de sport et loisirs ou de coopératives d'achat, soient accessibles à ces jeunes et leur famille ?

- l'efficacité des interventions pour réduire les inégalités passe par l'implication des personnes en les mettant au cœur des décisions qui les concernent. Les interventions reflètent-elles leurs représentations de la situation, leurs préoccupations, leurs pistes de solutions (Ridde, 2008)?

Ces quelques questions devraient permettre une prise de conscience chez les intervenantes et intervenants qui œuvrent en contexte scolaire, au regard d'éléments à considérer pour agir sur les inégalités sociales de santé.

Agir ensemble

Considérant que les leviers pour agir sur les forces politiques, sociales et économiques

résident dans divers secteurs de la société, il importe d'inscrire les actions déployées à partir de l'école dans une stratégie d'intervention intersectorielle plus large au sein d'un territoire donné. En plus de permettre la cohérence entre les divers acteurs, cela permet d'assurer le renforcement des actions (déploiement d'actions qui vont dans le même sens, et d'offrir des occasions de réinvestissement des apprentissages dans divers milieux de vie), ainsi que leur complémentarité, pour les actions qui ne peuvent être offertes par l'école.

Lyne Arcand, MD., Institut national de santé publique du Québec

Ont également contribué à cet atelier intitulé Comment les pratiques en milieu scolaire agissent-elles au regard des inégalités sociales de santé ? Regard sur trois continents, présenté le 18 novembre 2008 dans le cadre de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé :

Bruno Housseau, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France; **Érold Joseph**, Association de santé publique d'Haïti; **Lise Dunnigan**, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Canada; **Hélène Valentini**, Institut national de santé publique du Québec, Canada.

Références

- Aiach, P., Fassin, D. (2004), L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, *La revue du praticien*, 2004 :54, 2221-2227.
- Braveman, P. (2006), Health disparities and health equity : concepts and measurement, *Annual review of Public Health 2006*, 27 :18.1-18.28
- Hamel, M., Blanchet, L., et Martin, C. (2001). 6-12, 17, *Nous serons bien mieux !: les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. Sainte-Foy : Publications du Québec.
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). (2005). Global School Health Promotion. Promotion and Education 12[3-4], 107-234. Ref Type : Journal (Full)
- Kelly, M.P, Exworthy, M. et al (2007), *The social determinants of health : developing an evidence base for political action*, Final report to WHO commission on the social determinants of health, 165 p.
- Martin, C., Arcand, L. (2005), *École en santé*, Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite, la santé et le bien-être des jeunes. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 64 p.
- Niwiadomski, C, Aiach, P. (2008), Lutter contre les inégalités sociales de santé, *Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Éditions Presse de l'école des hautes études en santé publique, 281 p.
- OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : une Conférence internationale pour la promotion de la santé : vers une nouvelle santé publique*, 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario) Canada. Ottawa : Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.
- OMS (2008), Comblent le fossé en une génération, Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, OMS, Commission des déterminants sociaux de la Santé, 36 p. www.who.int/social_determinants
- Ridde, V. (2007), Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ?, Promotion et éducation, vol XIV, no.2, 2007, p.111-114
- Ridde, V. et Guichard, A. (2008), Réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis, dans Niwiadomski, C, Aiach, P. (2008), Lutter contre les inégalités sociales de santé, *Politiques publiques et pratiques professionnelles*, (chapitre 4, pp. 57-80). Éditions Presse de l'école des hautes études en santé publique, 281 p.
- Roberge, M.-C. et Choinière, C. (2009), Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois au regard de leur cohérence et de leur contribution à l'approche *École en santé*, Institut national de santé publique du Québec, 212 p.
- St-Leger, L. et Nutbeam D. (2000). Health promotion in schools. In *A report for the European commission by the international union for health promotion and education. The evidence of health promotion effectiveness, shaping public health in a new Europe* (pp. 110-122).

ATELIER 'PLANIFICATION ET ÉVALUATION'

Planification et évaluation des programmes de promotion de la santé des populations : des approches innovatrices au cœur du changement social

La planification et l'évaluation d'interventions en santé publique qui s'inscrivent dans une volonté de réduction des inégalités sociales de santé nécessitent

des approches novatrices.

Les approches participatives représentent une avenue à privilégier car :

- elles sont reconnues comme particulière-

ment appropriées pour les projets qui visent la participation, l'empowerment et le développement communautaire;

- il s'avère pertinent de construire la planifi-

cation et l'évaluation en santé publique sur des valeurs partagées avec les interventions orientées vers la réduction des inégalités sociales de santé.

Or, les approches participatives nécessitent l'inclusion de différents acteurs porteurs d'intérêts et d'enjeux divers dans la planification et l'évaluation des interventions en vue de collaborations et de partenariats. Toutefois, on remarque que dans les démarches participatives menées le plus souvent dans les programmes de promotion de la santé des populations, peu d'efforts sont portés sur la construction d'un nouveau réseau d'acteurs variés et sur l'établissement de rapports plus égalitaires entre les acteurs mis en interrelation au sein de ce nouveau réseau.

L'expérience vécue au sein d'une évaluation participative menée auprès du projet *Collectivité en Action* qui vise l'*empowerment* de personnes en situation de pauvreté dans certains quartiers de la ville de Québec, Canada, a permis de montrer l'importance, lorsqu'on opte pour une approche participative, de deux éléments essentiels.

Mettre l'accent sur la création d'un nouveau réseau de relations entre des acteurs variés

Contrairement à ce que peut laisser croire la rhétorique officielle concernant les partenariats, la participation et l'*empowerment*, la planification, l'implantation et l'évaluation de programmes de promotion de la santé des populations fondés sur des partenariats entre des acteurs divers ne peuvent pas reposer seulement sur la bonne volonté. Des mécanismes formels qui reconnaissent les différences intrinsèques entre différents acteurs (organisations de santé publique, organismes communautaires, citoyens) doivent être mis en place de façon à rendre ces collaborations possibles, par la création de solutions novatrices aux controverses qui surgissent nécessairement entre des entités aussi disparates.

La sociologie de la traduction de Callon (1986) propose quatre opérations constitutives d'un processus de traduction et qui permet le développement de ces innovations qui reposent essentiellement sur la création de connections entre des entités qui n'étaient

pas déjà liées. L'opération de la **problématisation** consiste à définir les rôles et identités des parties en présence en fonction l'une de l'autre, et ce faisant, orienter les relations que l'on envisage entre ces parties.

L'opération de l'**intéressement** consiste à déployer des actions ou des appareillages qui permettront d'imposer ces nouvelles identités aux parties. Il s'agit ici de tenter de démontrer aux différents acteurs qu'ils devraient collaborer pour répondre à leurs propres intérêts.

L'**enrôlement** est un intéressement réussi. C'est la prise des rôles définis par la problématisation par les parties à connecter.

Enfin, la **mobilisation** est une sorte de mise à l'épreuve de l'enrôlement, c'est la capacité du réseau, résultant de la traduction, de conduire des actions coordonnées par la mobilisation des parties maintenant connectées. Ce processus n'est pas linéaire et de nombreux va-et-vient entre ces opérations sont souvent nécessaires pour bricoler les arrangements qui conduisent à une mobilisation réussie. Les controverses qui surviennent tout au long de ce processus sont importantes et ne doivent surtout pas être contournées et écartées sans discussion car elles soulignent les faiblesses dans les connections établies, exigent des itérations des opérations de traduction et permettent enfin les bricolages nécessaires pour bien ali-

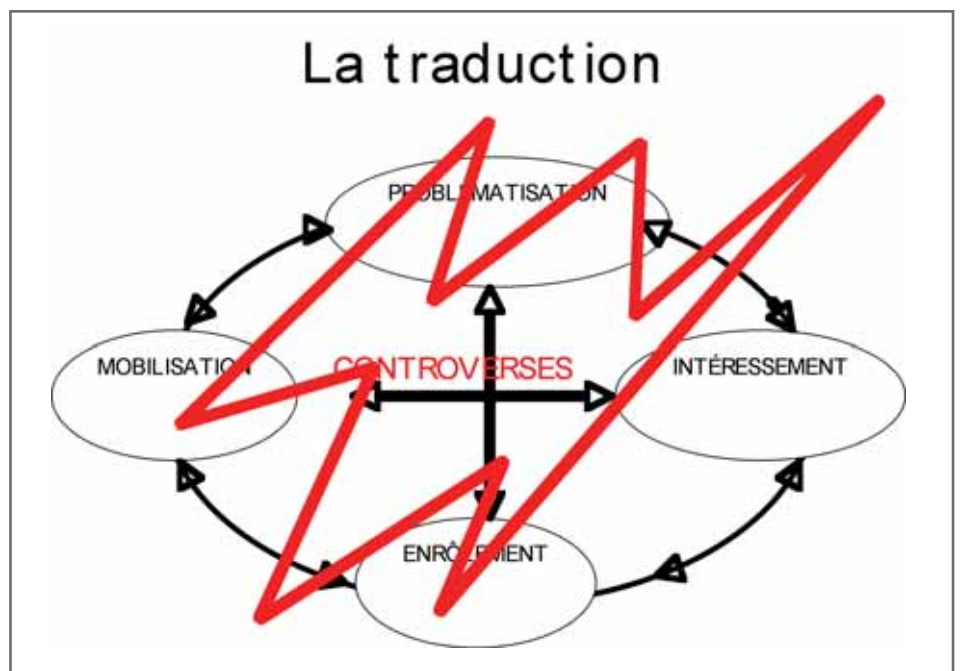
gner les intérêts des parties en présence. Comme le montre le schéma ci-dessous, les controverses (illustrées par la ligne rouge) qui surgissent au cours de la traduction servent de moteur pour les itérations successives.

En somme, il ne faut désormais plus penser la création d'un réseau d'acteurs qui coopèreraient spontanément autour d'un objectif commun, mais penser créer un espace d'interrelations entre des acteurs ayant des rôles variés, défendant des intérêts différents, se mobilisant pour des enjeux divers et entre lesquels des controverses sont susceptibles d'émerger. La traduction conduit à la formation d'un nouveau réseau au cours de laquelle les buts, les intérêts et les rôles des acteurs sont continuellement interprétés et réinterprétés par les autres.

Cette théorie a été utilisée par l'évaluatrice pour planifier de manière stratégique la formation du comité d'évaluation composé de quatre citoyens en situation de pauvreté, quatre membres du comité de gestion du projet et d'elle-même.

Chercher à transformer les relations de pouvoir pour assurer les conditions nécessaires à une réelle participation de tous les acteurs impliqués.

Pour ce faire les principes des démarches participatives ont été traduits en actes concrets



dans le but de niveler les relations de pouvoir présentes au sein du comité d'évaluation. Voici à chaque fois deux exemples pour les quatre principes clés des approches participatives identifiées.

Favoriser la participation de tous et la prise de décision en groupe des membres du comité d'évaluation : 1) octroyer un montant d'argent aux citoyens en situation de pauvreté, 2) planifier les rencontres où tous peuvent être présents.

Assurer la réciprocité et la symétrie des relations entre l'évaluateur et les autres membres du comité d'évaluation et en particulier avec les citoyens en situation de pauvreté : 1) établir des liens directs avec les citoyens, 2) accueillir les demandes formelles et informelles des différents acteurs en y accordant autant d'attention.

Diminuer les relations de pouvoir inhérentes entre les différents acteurs du comité d'évaluation : 1) favoriser une représentation égale entre les citoyens en situation de pauvreté et les autres acteurs, 2) susciter l'attention du groupe aux discours de chacun et favoriser les prises de décisions consensuelles ou les opinions divergentes.

Maintenir l'objectif d'améliorer les interventions et la santé de la population ciblée : 1) assurer des échanges au sein du comité d'évaluation sur les résultats, 2) ramener les résultats au comité de gestion du projet. La participation de différents acteurs au sein de cette démarche évaluative a permis de

prioriser et de répondre aux questions d'évaluation les plus pertinentes pour les différents acteurs en présence, de mettre l'accent sur la production de connaissances qui soient utiles pour l'action, d'établir rapidement un consensus sur les résultats de l'évaluation et d'orienter les interventions menées par le projet en fonction des résultats obtenus dans l'évaluation.

De plus, la participation de citoyens impliqués dans les projets au sein du comité d'évaluation a grandement facilité la collecte des données auprès des personnes en situation de pauvreté ciblées par le projet.

Finalement, la création de ce nouveau réseau de relations entre différents acteurs qui a favorisé la participation de chacun a permis de transformer nos perceptions, nos identités, nos rôles et nos interactions ainsi que certaines de nos pratiques, transformation qui est au cœur d'une pratique innovante en santé publique dans l'espace socio-sanitaire local.

Shelley-Rose Hyppolite, MD. M. Sc., FRCPC, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique, comité d'évaluation de Collectivité en Action, Québec, Canada

Louise Potvin, Ph. D., Chaire Approches communautaires et inégalités de santé, Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal, Québec, Canada

Ont également contribué à cet atelier intitulé Planification et évaluation des interventions en santé publique : des approches innovatrices au cœur du changement social, présenté le 18 novembre 2008 dans le cadre de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé :

Michel Beauchemin, M.A.P., Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique, Québec, Canada; **André Gauthier**, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Québec, Canada; **Jean-Louis Fortier**, bénévole, Café-Rencontre Sainte-Ursule et membre du comité d'évaluation de Collectivité en Action, Québec, Canada; **Luc Berghmans**, M.D., Observatoire de santé du Hainaut, Belgique; **Céline Morrow**, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique, Québec, Canada.

Références

- Callon, M. Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'année sociologique*, 36 : 169-208, 1986.
- Potvin, L. Managing uncertainty through participation, In *Health & Modernity. The role of theory in health promotion*. McQueen, D.M., Kickbusch, I., Potvin, L., Peilikan, J.M., Balbo, L., Abel, T. (pp. 103-128). New York : Springer, (2007).

ATELIER 'PARTICIPATION CITOYENNE'

L'engagement des citoyens dans un processus dialogique : un moyen à privilégier pour réduire les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales en santé ne pourront être traitées de façon adéquate sans un engagement des parties prenantes, des citoyens concernés en particulier. Dès lors, les modèles émergents de la participation citoyenne représentent une avenue très prometteuse. Divers facteurs contribuent à expliquer la

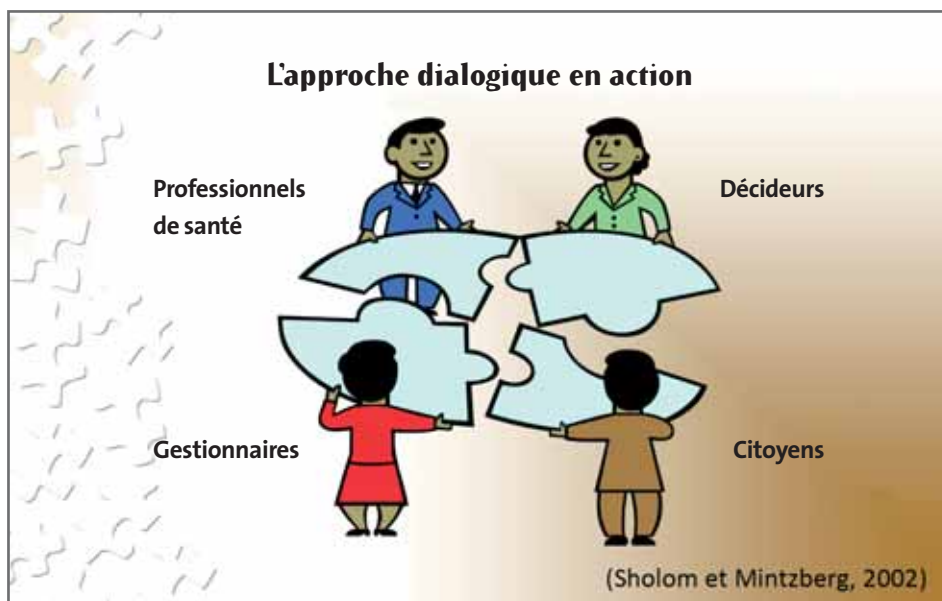
popularité de ce modèle : les citoyens demandent à être davantage impliqués dans la prise de décision; les gouvernements sont à la recherche de mécanismes pour rétablir la confiance des citoyens à leur endroit; et les gestionnaires dans les ministères et les établissements souhaitent améliorer l'efficacité

du système ainsi que les services de santé. Au cours des dernières années, des spécialistes de la gouvernance et de la gestion se sont intéressés à la problématique du cloisonnement entre les acteurs de la santé et ont insisté sur l'importance de favoriser le dialogue et la concertation de manière à

mettre le patient au centre de leurs préoccupations (Sholom G, Mintzberg H, 2002). Plus précisément, le processus dialogique consiste à réunir des citoyens, décideurs, gestionnaires, experts du domaine, à les informer, à écouter ce qu'ils ont à dire, à favoriser des échanges autour d'enjeux et de valeurs selon une approche de résolution de problèmes afin d'en arriver à des solutions concrètes qui obtiendront l'adhésion du plus grand nombre (J. Maxwell, RCRPP, 2002, D. Yankelovich, 2001). Ainsi, l'engagement des citoyens permet d'arriver à une prise de décision éclairée en tenant compte des valeurs et des choix de société. Pour mener une lutte contre les inégalités sociales en santé, il importe de recourir à des stratégies multiples. À ce titre, diverses initiatives réalisées au cours des dernières années au Canada sont dignes de mention : la tenue de forums communautaires (Ontario), la conception de guides pour favoriser l'adoption d'une politique d'inclusion sociale (Nouveau-Brunswick) et la recherche sur la prestation de soins de santé à l'intention de populations vulnérables (réseaux canadiens de recherche sur les politiques publiques). En outre, la participation citoyenne s'avère être un outil efficace pour amener les parties prenantes à discuter ouvertement des enjeux liés à l'inclusion et à la santé et à se familiariser avec des pratiques novatrices et des stratégies pour mieux répondre aux besoins des citoyens vulnérables. Bref, ce n'est plus tant au pourquoi de la participation publique qu'il faut s'attarder, mais plutôt au comment.

Deux réussites de dialogues citoyens

Nous pouvons illustrer le potentiel ainsi que des défis associés à la participation publique par une étude du cas du « Dialogue santé » mené dans la Péninsule acadienne, au nord-est du Nouveau-Brunswick. Signalons que cet exercice s'est déroulé en période de crise dans une région aux prises avec de nombreuses difficultés socio-économiques (taux de chômage élevé, exode des jeunes, niveau de scolarisation inférieur à la moyenne provinciale, etc.). Le dialogue faisait suite à la mobilisation des citoyens devant la fermeture d'un hôpital local et sa transformation en Centre de santé communautaire. Réunissant plus de cent-vingt participantes et participants



(citoyens, professionnels de la santé, gestionnaires, élus, académiciens), le dialogue devait proposer une meilleure équation entre les besoins de santé des populations de la Péninsule acadienne et les services offerts. Cet exercice s'est avéré un puissant instrument d'apprentissage social (97 % des participants estiment mieux comprendre la position des autres) dans une région marquée par la compétition entre localités et où chacun a pris conscience des préoccupations et contraintes de l'autre. Il a aussi donné lieu à la formulation collective de 14 pistes de solution dont 13 ont été retenues par le gouvernement. Par ailleurs, cette expérience a révélé un certain nombre de défis relatifs à la participation citoyenne dans une perspective dialogique. Notons, en guise d'illustration, la méfiance persistante entre les participants, la difficulté de passer du débat au dialogue et les exigences de la décision par consensus qui est source de frustrations pour certains participants. Le Centre de santé communautaire situé sur l'île de Lamèque, une localité isolée du nord du Nouveau-Brunswick, est considéré par plusieurs comme un second modèle de réussite. L'initiative d'engagement des citoyens menée dans cet établissement a donné lieu à des résultats concrets, notamment à l'émergence d'une nouvelle culture organisationnelle et à une responsabilisation des individus, des familles et des communautés. Les membres du comité communautaire se sont engagés dans une démarche d'évaluation des besoins incluant les déterminants de la santé et à la mise en œuvre

de mesures concrètes. Inspirés par les principes de l'engagement citoyen, ces derniers ont mis en œuvre de nouvelles approches pour la livraison des services et programmes, laquelle inclut de poser des questions au lieu d'imposer des réponses, miser sur les forces et la volonté d'agir collectivement et enfin, assurer la participation des partenaires dès le début du processus. Sur le plan des résultats, mentionnons la popularité de certains programmes de promotion de la santé ainsi que l'adoption de nombreux protocoles permettant l'élargissement du rôle des professionnels de la santé. Aussi, l'exemple de ce centre de santé communautaire montre bien l'importance du rôle joué par les gestionnaires de l'établissement. De fait, la réussite du processus d'engagement implique que les responsables détiennent des compétences particulières telles une capacité d'écoute et de mobilisation ainsi qu'un sens de la créativité.

Une voie prometteuse

À la lecture de ces expériences, nous nous estimons autorisés à affirmer que la participation citoyenne selon une approche dialogique, si elle renferme de nombreux défis, s'impose néanmoins comme une voie prometteuse pour la formulation de politiques de santé mieux adaptées aux besoins des populations, ceux des plus vulnérables en particulier. La concertation entre les parties prenantes et l'inclusion des citoyens, même des plus démunis, est source non seulement de cohésion sociale, mais également d'engagement du

plus grand nombre dans la prise en charge de la santé. En favorisant l'expression des inégalités sociales, l'approche dialogique peut représenter un outil efficace d'apprentissage social et d'innovation. Elle nécessite toutefois l'acquisition de compétences spécifiques chez les gestionnaires et décideurs, notamment une capacité d'écoute et l'exercice d'un leadership transformationnel.

Pier Bouchard, Ph. D., et **Sylvain Vézina**, Ph. D., Université de Moncton

Ont également contribué à cet atelier intitulé Placez les citoyennes et les citoyens au centre de vos actions ! L'engagement citoyen pour

réduire les inégalités sociales de santé, présenté le 18 novembre 2008 dans le cadre de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé :

Marie-France Duranceau, M. Sc., Santé et citoyenneté, Institut du Nouveau Monde, Québec, Canada; **Dina Chiasson**, M. Sc., Régie de la santé Acadie-Bathurst, Nouveau-Brunswick, Canada; **Marie-Josée Roussel**, Centre de santé communautaire de Lamèque, Nouveau-Brunswick, Canada; **David Houéto**, M.D., Ph. D., Centre de recherche pour le développement de la promotion de la santé en Afrique (CREDEPSA), Bénin; **Catherine Hébert**, M. Sc., Réseau de recherche en santé des populations du Québec.

Références

- Maxwell J. et autres, *Rapport sur le dialogue entre Canadiens sur l'avenir des soins de santé au Canada*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Juin 2002.
- Sholom G, Mintzberg H, « Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie ». *Gestion*, vol.17, no.3, automne 2002.
- Yankelovich Daniel, *The Magic of Dialogue*, Transforming conflict into cooperation, First Touchstone, New York, 2001.

ATELIER 'NIVEAU LOCAL'

L'instrumentation du travail en partenariat entre institutions et collectivités locales

L'action en vue de réduire les inégalités sociales de santé et favoriser un développement durable ne peut être le fait d'un seul secteur de la société. Comment peut-on combiner les atouts et les compétences de multiples acteurs pour avoir une action efficace ?

Le milieu local offre un ancrage privilégié où s'entrecroisent diverses légitimités et capacités d'action : celles des élus municipaux, des services publics décentralisés, des organismes de développement local, du milieu communautaire ou associatif et des porte-parole de la population. Les interactions entre ces acteurs ne sont pas dénuées de concurrence, d'où le défi de connaître et mettre à profit le potentiel et les responsabilités des divers acteurs et réseaux locaux dans le but de développer des solutions nouvelles. Des initiatives issues du milieu local montrent que le travail en partenariat peut aboutir à des combinaisons entre les savoirs et les capacités d'action des uns et des autres pour mobiliser la population et influencer les pouvoirs publics de façon à réduire les inégalités sociales de santé.

Quelques leçons de ces expériences

Le travail en partenariat appelle un changement de pratique pour les intervenants de santé publique, d'un rôle de programmeur à un rôle de facilitateur ou de « traducteur » entre savoirs profanes et experts. Le partenariat entre institutions et collectivités locales s'inspire des méthodes de promotion de la citoyenneté qui impliquent une transformation des rapports de pouvoir. Ce travail requiert de la part des intervenants des compétences psycho-sociales et d'animation de groupe pour faire émerger des stratégies avec les divers acteurs et la population concernée.

La participation citoyenne repose sur la création d'espaces d'expression où chaque personne est reconnue à travers le savoir dont elle est porteuse. Elle implique une approche collective et ascendante face aux pouvoirs publics. L'expérience des ateliers 'santé et citoyenneté' réalisés par l'Université du citoyen au centre-ville de Marseille a favorisé une participation dépassant la consultation, ce qui a permis aux résidents d'obtenir plus d'informations sur les ressources locales, de partager leurs connaissances, de nouer de

nouvelles solidarités et de développer leurs compétences individuelles et collectives.

Une démarche de développement des collectivités en santé dans la région de Recife au Nord-Est du Brésil a misé sur une méthodologie affirmative qui s'appuie sur des petites actions ayant le potentiel de changer le quotidien avec les gens concernés. Ces expériences locales ont servi de base à la formation des promoteurs de villes santé, pour leur apprendre à négocier avec les pouvoirs publics, afin d'assurer la durabilité de la démarche.

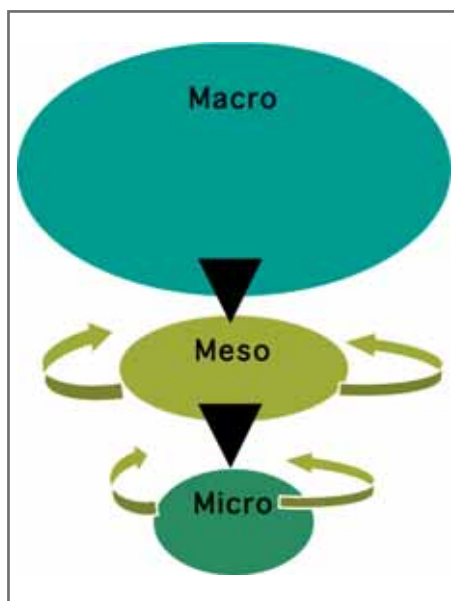
Une mobilisation pour la relance économique en Estrie, une région semi-urbaine du Québec frappée par des fermetures d'entreprises et des pertes massives d'emplois, montre que la participation citoyenne doit être bien préparée autour de thèmes précis, traités en ateliers ou en petits groupes, dans le but de construire des perspectives de solutions qui font consensus, plutôt que de se limiter à une tribune libre où chaque personne exprime ses doléances. Une telle démarche exige de bien documenter la situation dès le départ en s'appuyant sur l'analyse des enjeux et des ressources du

milieu, incluant son « capital social » pour identifier les leaders ainsi que les défis et les potentialités. Dans tous les cas, le maintien de la participation citoyenne nécessite un soutien significatif aux participantes et participants, une communication transparente et constante avec un plan stratégique crédible assorti d'une reddition de compte régulière à la population.

Les représentants politiques doivent être interpellés bien que ce ne soit pas toujours simple, car les démarches citoyennes suscitent la méfiance de certains élus. Les initiateurs du partenariat doivent reconnaître la légitimité des élus et miser sur leurs intérêts particuliers et leur volonté d'agir pour les convaincre qu'ils ont intérêt à écouter la population et qu'un partenariat bien mené peut apporter une valeur ajoutée dans leurs décisions et leurs démarches. De plus, il faut donner une visibilité au soutien des élus, surtout s'ils apportent une contribution concrète à l'atteinte des résultats visés, telle que la réduction des inégalités sociales de santé. La concertation avec les élus doit aussi tenir compte des enjeux de pouvoir entre les divers paliers de gouvernement. L'expérience québécoise s'est appuyée sur un comité de stratégie regroupant tous les niveaux de la décision publique sous leadership d'une instance régionale, le Centre local de développement.

Au Brésil, l'expérience a permis de distinguer les actions qui peuvent être réalisées par la population dans les quartiers et les associations locales sans avoir besoin d'une intervention des élus (niveau micro); celles où la décision politique et la concertation sont nécessaires et qui appellent chez les participants des compétences de prise de parole, de promotion des besoins et de négociation avec les gestionnaires (niveau méso); et les stratégies requises pour influencer les décisions et les politiques publiques (niveau macro). Dans ce cas, il importe de prévoir des mécanismes de passage pour favoriser l'articulation entre ces divers niveaux.

L'évaluation de l'efficacité des partenariats peut combiner à la fois des preuves pratiques et des analyses plus systématiques. Des indicateurs de réussite doivent être établis au départ et s'appuyer sur une vision partagée



du développement souhaité, bien que l'appréciation des résultats dépende du point de vue des différents acteurs. Toutefois, il faut souligner qu'une évaluation systématique aide à susciter l'attention des politiciens. Pour les Ateliers 'santé ville' à Marseille, une évaluation externe s'appuyant sur un outil proposé par *Promotion Santé Suisse* a montré que l'action a eu un impact important sur les compétences individuelles des résidents et sur le climat social, mais moindre sur l'offre de services du fait de la non prise en compte des propositions par les centres de services concernés.

■

Les initiateurs du partenariat doivent reconnaître la légitimité des élus et miser sur leurs intérêts particuliers et leur volonté d'agir pour les convaincre qu'ils ont intérêt à écouter la population et qu'un partenariat bien mené peut apporter une valeur ajoutée dans leurs décisions (...) et une contribution concrète à l'atteinte des résultats visés, telle que la réduction des inégalités sociales de santé.

■

Au Brésil, une évaluation externe a permis de compléter des preuves pratiques, comme l'existence d'un plan directeur municipal en

santé et la mise en œuvre de projets locaux développés avec l'appui des élus.

Au Québec, un plan de développement social sur dix ans combine la mobilisation du milieu, des initiatives de développement économique durable et des interventions de soutien à la communauté face aux fermetures d'entreprises et aux pertes d'emplois. Après quelques années, les premiers effets se font déjà sentir avec la récupération du niveau d'emploi perdu, une première croissance démographique constatée et le succès d'une formation à l'entrepreneuriat pour dynamiser un tissu commercial encore fragile.

Le travail en partenariat peut contribuer au renouvellement des pratiques de planification et d'intervention en vue de réduire les inégalités sociales de santé. Il mise sur la valorisation des différents savoirs et la cohabitation des intérêts dans la recherche de solutions. Cette approche appelle un élargissement de l'expertise des professionnels de santé publique, basée sur l'analyse des problèmes et des solutions ainsi que vers des compétences stratégiques fondées sur la connaissance du contexte et des acteurs, ces derniers devant être appelés à s'engager dans la mise en œuvre des solutions.

Jocelyne Bernier, M. Sc., Chaire approches communautaires et inégalités de santé, Université de Montréal

Ont également contribué à cet atelier intitulé Les partenariats entre institutions et collectivités locales : comment agir ensemble ?, présenté le 18 novembre 2008 dans le cadre de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé :

Mario Morand, Centre de santé et de services sociaux des Sources, Québec, Canada; **Hugo Tiffou**, Atelier Santé Ville de Marseille Centre-ville, France; **Ronice Franco de Sa**, Centre de santé publique et de développement social de l'Université fédérale du Pernambuco, Brésil; **Valérie Lévy-Jurin**, Réseau français des Villes Santé OMS, France; **Angèle Bilodeau**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique, Québec, Canada; **Catherine Jones**, Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, Paris, France.

Où est le social dans la distribution inégale des habitudes de vie et des maladies chroniques ?

Pourquoi s'intéresser d'aussi près à la question sociale lorsqu'il est question d'inégalité de santé ? La raison est fort simple. La littérature épidémiologique nous démontre depuis plusieurs décennies que de nombreux phénomènes de santé, dont plusieurs maladies chroniques et habitudes de vie, ne se distribuent pas également dans les populations entre les groupes sociaux, et ce à l'échelle de la planète.

Les gens plus pauvres souffrent plus de diabète que les gens plus aisés, les gens instruits sont moins susceptibles de fumer que ceux qui ont un niveau d'éducation plus faible, et ainsi de suite. Et la différence ne se constate pas qu'entre les plus riches et les plus pauvres. En effet, il existe un gradient social pour la plupart des habitudes de vie qui affectent la santé des populations, ce qui se traduit par un gradient social pour le risque de maladies chroniques.

■

La concentration d'habitudes de vie néfastes et de maladies associées dans certains sous-groupes de la population n'est pas un évènement naturel inévitable (...). Cette concentration inégale chez certains groupes de la population nous renseigne sur la façon inéquitable dont nos sociétés sont organisées (...).

■

La distribution inégale des déterminants sociaux de la santé n'est ni un hasard, ni équitable. La concentration d'habitudes de vie néfastes et de maladies associées dans certains sous-groupes de la population n'est pas un évènement naturel inévitable non plus. Elle nous renseigne sur la façon inéquitable dont nos sociétés sont organisées, ainsi que sur les choix et pratiques de nos institutions et gouvernements.

Les enseignements de l'histoire et d'un nombre croissant d'études empiriques montrent le rôle crucial que jouent les politiques redistributives pour réduire les inégalités sociales. Le message clé de ces politiques consiste à dire que le social joue un rôle capital dans la création, la perpétuation et la réduction des écarts de santé entre les groupes sociaux, et que nous parviendrons à les réduire en réajustant les conditions sociales dans lesquelles les gens vivent.

Inégalités sociales de santé, groupes « vulnérables » et autodétermination : l'exemple des Premières Nations

Mais par où commencer si nous voulons réduire les inégalités sociales de santé ? La situation des Premières Nations est un exemple flagrant et surtout systématique à travers la planète, de celle de populations qui, dans presque tous les pays, évoluent dans des conditions sociales et de santé de loin moins bonnes que celles de leurs compatriotes.

Devant de telles inégalités, dont l'éventail des manifestations incluent les maladies chroniques et les comportements délétères (tabagisme par exemple) souvent utilisés pour orienter les réflexions et les stratégies vers des interventions responsabilisant les individus, il devient nécessaire de se tourner vers des approches qui s'attaquent à leur fondement. Le cas des Premières Nations est, à ce titre, exemplaire pour qui veut s'attaquer aux inégalités sociales de santé.

Arrêtons-nous ici sur ce cas particulier dans lequel les manifestations des inégalités sociales structurelles ne peuvent être questionnées et que seules des approches socio-politiques peuvent réduire. Ainsi, selon l'indice de développement humain de l'ONU, le Canada a été classé au 8^e rang mondial tandis que le classement des Premières Nations demeurant au Canada est le 78^e rang. Les écarts sont aussi très marqués pour l'insécurité alimentaire soit 8 % versus 33 %, le statut

de bénéficiaire d'aide sociale 7,4 % versus 28 % et le taux de chômage 6,9 % versus 20 %. Finalement, l'espérance de vie des hommes autochtones se situe en moyenne à 69 ans, contre 76 ans chez les hommes non-autochtones. Ces statistiques traduisent à la fois les inégalités sociales et les conséquences de celles-ci sur la santé.

C'est la notion d'autodétermination qui peut nous aider à comprendre la situation de cette population vulnérable et à trouver des solutions pour y remédier. Ce concept d'autodétermination se rapproche d'un des déterminants clés des inégalités sociales de santé, la notion d'« empowerment » ou contrôle. Aussi explorée par les psychologues en termes de « locus of control » que par des sociologues en tant que « rapports de pouvoir », cette notion est déterminante pour améliorer l'état de santé des populations ayant moins de ressources.

Les Premières Nations ont ainsi, pour la plupart, vu leur autonomie compromise à la suite de la perte de leur pouvoir politique et économique, de celle de leurs territoires ancestraux et finalement de celle de leur mode de vie traditionnel. L'expérience de colonialisme chez les Autochtones a créé des relations caractérisées par la dépendance et le sous-développement. Le processus de colonialisme a rendu les nations autochtones périphériques à l'économie coloniale les inscrivant dans une relation de dépendances, économique et autres.

Dans un tel contexte, l'autodétermination des Premières Nations et l'autonomie de leur système gouvernemental sont des solutions novatrices récemment mises en œuvre pour tenter de remédier à ces problèmes et pour réduire les inégalités de santé entre Autochtones et non-Autochtones. Qu'il s'agisse de maladies chroniques, d'habitudes de vie ou d'autres problèmes de santé, l'exemple des Premières Nations peut être généralisé à d'autres populations vulnérables. Le message clé à retenir est finalement le suivant : il faut changer les rapports de pouvoir pour réduire les inégalités sociales de santé.

Aborder les inégalités sociales de santé au niveau local

Une deuxième façon d'aborder les inégalités sociales qui se traduisent en inégalités de santé consiste en la prise en considération de ce que **Basile Chaix** appelle *la ségrégation spatiale*, c'est-à-dire la ségrégation systématique de diverses populations sur une base géographique. Il est de mieux en mieux démontré dans la littérature scientifique que, dans les pays développés, les voisinages ou quartiers plus pauvres sont systématiquement moins bien desservis par des services publics et privés que leurs homologues plus riches. Le modèle théorique développé par Chaix permet de voir les liens qui peuvent être établis entre les composantes des voisinages et une maladie chronique telle l'obésité (voir figure). Cependant, même si nous constatons les inégalités sociales de santé au niveau des voisinages et quartiers, c'est-à-dire au niveau local, il ne faut jamais oublier que les inégalités que l'on y observe empiriquement sont également la résultante de macro-politiques adoptées en-dehors des frontières des quartiers. En se concentrant davantage sur la responsabilité locale, les risques sont en effet grands d'oublier que les inégalités qui existent au niveau local sont en bonne partie le fruit de décisions prises à un autre niveau, qu'il soit municipal, provincial ou fédéral.



Katherine L. Frohlich, Ph. D., Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Québec, Canada

Ont également contribué à cet atelier intitulé Habitudes de vie, maladies chroniques et inégalités sociales de santé : où est le social dans tout ça ?, présenté le 17 novembre 2008 dans le cadre de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé :

Francine Vincent, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, Québec, Canada;

Patrick Bacon, M.A., Bureau de développement social des Premières Nations du Québec et Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, Québec, Canada;

Andrée Demers, Ph. D., Département de

sociologie, Université de Montréal, Québec, Canada; **Alexandre Lebel**, M. Sc., aménagement du territoire et développement régional, Université Laval, Québec, Canada; **Basile Chaix**, Ph. D., Inserm – Université Pierre et Marie Curie – Paris 6, France; **Éric Robitaille**, M. Sc., Institut national de santé publique du Québec, Canada.

Références

- Frohlich, K.L., De Koninck, M., Demers, A., & Bernard, P. (2008). Les inégalités sociales de santé au Québec. Montréal, CA : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Frohlich, K.L., Ross, N., & Richmond, C. (2006). Health disparities in Canada today. Some evidence and a theoretical framework. Health Policy, 79 :132-143.
- OMS Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 40 pages. http://www.who.int/social_determinants/fr/
- Chaix, B. (2009). Geographic life environments and coronary heart disease : A literature review, theoretical contributions, methodological updates, and a research agenda. Annual Review of Public Health, 30, 20.1-20.25.

ATELIER 'ENVIRONNEMENT'

Environnement et inégalités sociales

Le concept de développement durable est classiquement représenté par l'équilibre entre trois pôles : l'environnement, l'économique et le social. Les liens bilatéraux entre ces pôles ont déjà fait l'objet d'attentions, mais de façon variable. D'abord, le lien entre économie et environnement a été abondamment étudié et commenté depuis au moins une bonne

quarantaine d'années. Ensuite, le lien entre économie et social renvoie à une très longue tradition (au moins depuis la révolution industrielle) d'étude, de débat et d'action publique sur la création et la distribution de la richesse et les inégalités socio-économiques qui en découlent. Enfin, le lien entre social et environnement est étudié depuis peu de temps et surtout, il reste essentiellement

cantonné dans la sphère scientifique et débordé assez peu dans le débat public.

Le terrain n'est pas vierge pour autant : on recense l'hygiénisme des XIX-XX^e siècles et depuis la fin du XX^e siècle, la justice environnementale (aux USA essentiellement), l'approche géographique urbaine et la political ecology. Ces approches sont néanmoins assez spécialisées et n'émergent guère dans le débat public.

Récemment, l'écologie sociale ou les inégalités écologiques ont cependant trouvé un nouvel écho dans nos sociétés contemporaines, ce qui peut probablement s'expliquer par trois facteurs. D'abord, si le débat environnemental a été essentiellement porté depuis plus de 30 ans par la classe moyenne, les politiques de développement durable atteignent désormais toutes les sphères de la société et toutes les classes sociales. Ensuite, les partis de gauche et les syndicats se mêlent de ce débat émergent ou du moins, comprennent qu'ils ont tout à perdre à rester en dehors. Ils se l'approprient donc, soit pour conserver leur électorat, soit pour protéger l'emploi des travailleurs de nouveaux dangers ou contraintes. Enfin, le développement durable n'a guère de sens sans son sommet « social », ce que ne peut nier la classe moyenne, c'est-à-dire la classe sociale qui porte l'environnement, du moins lorsque les mouvements de gauche lui font remarquer.

Le lien entre les inégalités sociales et l'environnement peut se décliner selon trois cas.

Les impacts de l'homme sur l'environnement, générés de manière socialement différenciée

Par exemple, concernant les impacts de l'homme sur l'environnement, on constate qu'il vaudrait peut-être mieux, pour l'environnement, être pauvre et mal informé que

riche et conscientisé. En effet, diverses statistiques permettent d'observer dans les pays développés trois corrélations positives entre :

- la sensibilité aux problèmes environnementaux et le niveau d'étude des individus;
- le niveau d'étude des individus et leurs revenus;
- le revenu des individus et l'importance de leur impact sur l'environnement (empreinte écologique) (Dozzi et al, 2008).

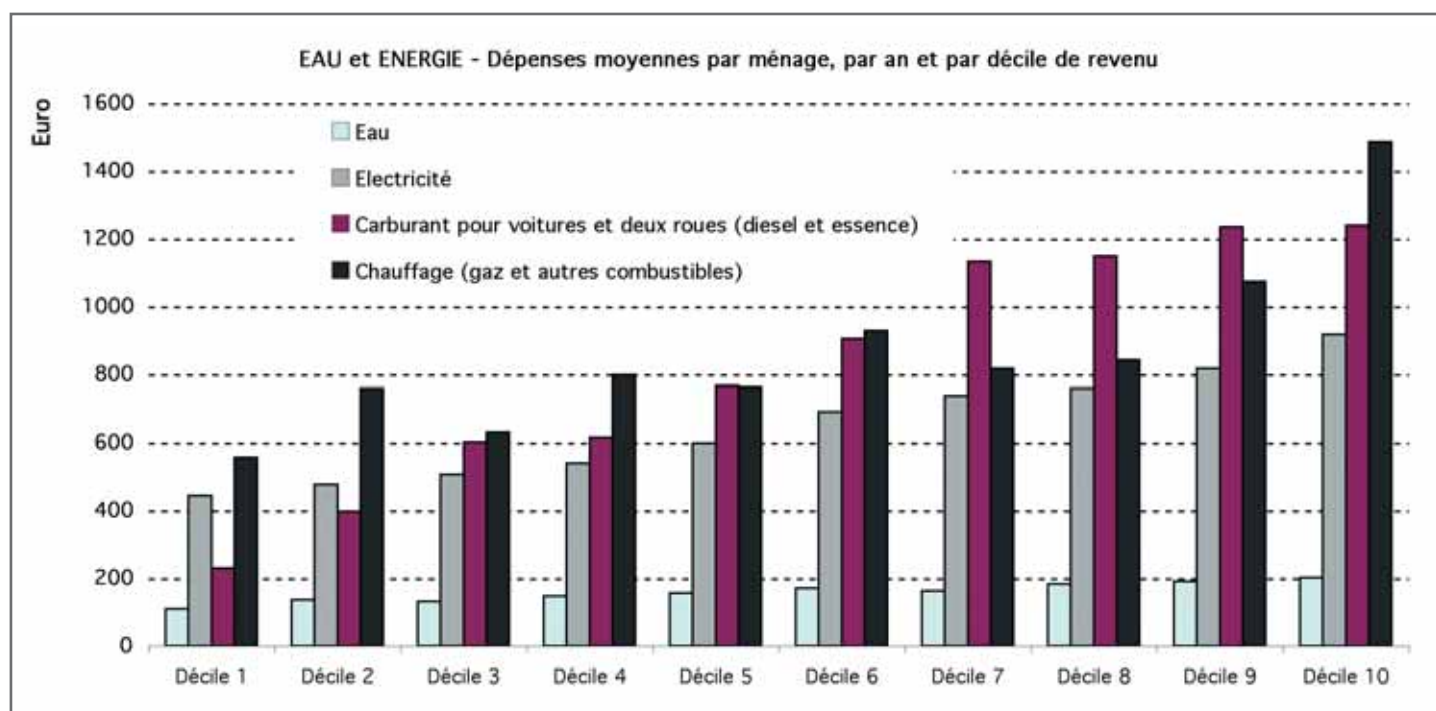
Ainsi, d'un point de vue statistique, plus nous sommes riches, plus notre impact sur l'environnement est important (cylindrée de voiture, km parcourus, consommation d'espace, consommation de viande...), et ce, même si nous sommes mieux conscientisés à la problématique de l'environnement et que nous adoptons des comportements « écologiques » (ampoules électriques économes, choix d'électroménager ou de voiture moins consommateurs, isolation du logement, etc.). Il suffit peut-être, pour en donner un exemple frappant, de rappeler qu'en France, 5 % des individus produisent 50 % des émissions de gaz à effet de serre dues aux déplacements touristiques (CCEE, 2008).

Les impacts de l'environnement sur l'homme, subis de manière socialement différenciée

Quant aux impacts de l'environnement que l'homme subit, on reconnaît qu'ils sont corré-

lés au statut social, via par exemple, le prix du foncier. On se loge où on peut : moins on a de ressources, plus on se localise dans des quartiers où l'environnement est perçu comme étant de moindre qualité. Cette observation est corroborée par deux études réalisées en Belgique (Dozzi et al, 2008; Debosere & Fizsman (in Cornut *et al.* 2007)). Cependant, selon une étude menée par **Audrey Smargiassi** de l'Université du Québec à Montréal qui portait sur les risques liés à l'air et à la chaleur, il y aurait parfois une justice. Ainsi, les pauvres résidant dans cette ville ne seraient pas nécessairement plus exposés que les riches à ce type de pollution. Par contre, à risque égal, les effets seraient plus importants chez les pauvres qui combinent l'exposition aux polluants à leur état général de pauvreté.

Une autre étude menée par **Omar Cissé** de l'Institut africain de gestion urbaine portant sur la valorisation des déchets à Dakar, Sénégal, et en particulier sur la situation des récupérateurs de déchets dans les décharges, nous informe sur différents types d'« impacts subis » à prendre en compte lors de nos analyses. Par exemple, bien que les récupérateurs de la décharge de Mbeubeuss vivent pour la plupart au-dessus du niveau de survie, ils sont exposés sans aucune protection à des risques chimiques (produits dangereux), mécaniques (accidents), biologiques (virus,



bactéries, plomb), respiratoires, et ressentent une dévalorisation sociale de leur activité.

Les politiques environnementales, socialement différenciées ou indifférenciées

Enfin, les politiques environnementales ne tiennent pas souvent compte des inégalités sociales : ce qui est bon pour l'environnement n'est pas nécessairement bon pour tout le monde. Par exemple, réduire les gaz à effet de serre est une politique qui bénéficie à l'ensemble de la planète.

Mais, comme n'importe quelle politique sectorielle, les politiques environnementales ont des répercussions financières qui se répartissent équitablement, ou non, sur les populations. L'exemple des primes octroyées aux ménages belges qui investissent dans des panneaux solaires photovoltaïques est éloquent. Seuls les ménages aisés peuvent se permettre l'investissement (env. 30.000 €) qui, grâce aux primes (env. 10.000 €), est amorti en 5 ans, au-delà desquels les panneaux rapportent de l'argent net à ces ménages. En termes économiques, il s'agit de privatisation de bénéfices générés par des investissements publics, au profit des ménages les plus aisés.

Au-delà de ces trois déclinaisons et des exemples qui les illustrent, les débats et tra-

voux mettent en évidence l'état de crise environnementale majeure dans lequel la planète se trouve aujourd'hui, tant aux points de vue global que local. Cette crise n'en étant qu'à ses prémices, et les pauvres étant généralement plus fragilisés et plus exposés, la problématique des inégalités écologiques ne peut que s'aggraver à l'avenir...

Pierre Cornut, Ph. D., Université libre de Bruxelles, Belgique, **Ginette Lafontaine**, M. Sc., Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique, Québec, Canada

Ont également contribué à cet atelier intitulé

Réduire à la fois les problèmes environnementaux et les inégalités sociales de santé, est-ce possible ?, présenté le 17 novembre 2008 dans le cadre de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités de santé :

Oumar Cissé, Ph. D., Institut Africain de Gestion Urbaine, Sénégal; **Audrey Smargiassi**, Ph. D., chercheure et toxicologue, Centre de recherche Léa-Roback et Institut national de santé publique du Québec, Canada; **Louise Vandéjac**, Ph. D., Département de sociologie et Institut des sciences de l'environnement, Université du Québec à Montréal et chercheure, Centre de recherche interdisciplinaire sur la biologie, la santé, la société et l'environnement (CINBIOSE),

Centre collaborateur de l'OMS et de l'OPS, Québec, Canada.

Références

- Cisse O. (2008) « Valorisation des déchets à Dakar et inégalités sociales », présentation faite aux JASP 2008, Québec.
- Commission des Comptes et de l'Économie de l'Environnement (2008) *Aspects sociaux des politiques environnementales*, La Documentation française, Ministère de l'Écologie, du développement et de l'aménagement durables, 120p.
- Cornut P, Bauler T & Zaccai E (2007) Eds, *Environnement et inégalités sociales*, Éditions de l'ULB, 218p.
- Cornut P (2008) « Environnement et inégalités sociales », présentation faite aux JASP 2008, Québec.
- Dozzi J, Lennert M, Wallenborn G. (2008) « Inégalités écologiques, analyse spatiale des impacts générés et subis par les ménages belges », *Espace-Populations-Sociétés*, 2008-1, pp127-143.
- Smargiassi A. (2008) « L'influence des inégalités sociales sur les risques associés à la pollution de l'air et à la chaleur à Montréal », présentation faite aux JASP 2008, Québec.

ATELIER 'PUBLIC SPÉCIFIQUE'

Les inégalités en santé des Autochtones : enjeux, pratiques et perspectives

Comprendre la construction des inégalités pour mieux agir...

Afin de réduire les inégalités de santé en contexte autochtone, il est important de comprendre leur processus de production pour pouvoir agir sur les capacités de développement individuelles et collectives.

La plupart des indicateurs socio-économiques et socio-sanitaires témoignent des conditions de vie difficiles auxquelles font face les Premières Nations et les Inuits au Canada; tou-

tefois, il est primordial de contextualiser ces données attestant des profondes inégalités existantes entre populations autochtones et non-autochtones. Il est indéniable que la colonisation – en tant que processus de domination politique, économique et culturel – ne peut se résumer à une simple transformation des modes de vie traditionnels. La colonisation a eu en effet de multiples répercussions sur les populations autochtones; les déplacements forcés, la perte des terres ainsi que la violence

avec laquelle se sont parfois exercés les abus des pouvoirs dominants ont ébranlé les fondements de l'identité individuelle et collective des populations autochtones. Il est important de comprendre les effets de ce passé sur la situation actuelle des Autochtones pour pouvoir enrayer les processus de marginalisation, de désaffiliation, etc. et leurs effets délétères sur les individus et les populations. Par ailleurs, comme **Chris Lalonde** l'a mentionné lors de son exposé : « *il est dangereux*



Photo © Suzanne Bruneau

de peindre tous les Autochtones avec le même pinceau ». En effet, aborder la réalité autochtone uniquement sous l'angle des problèmes sociaux et de santé donne non seulement peu de perspectives d'action, mais peut contribuer à la stigmatisation des communautés. Or, les analyses plus fines démontrent la diversité des situations et notamment l'influence des dynamiques sociales et culturelles sur l'état de santé des populations. De plus, les capacités de développement individuelles et collectives s'avèrent être un des leviers indispensables à la réduction des inégalités sociales de santé.

La continuité culturelle, un facteur de protection...

Si le suicide d'adultes, de jeunes – voire de très jeunes – marque douloureusement la réalité de plusieurs communautés autochtones, on ne peut pour autant conclure à un phénomène d'épidémie du suicide chez les Autochtones. Les études de Lalonde et Chandler¹ démontrent ainsi l'existence de très grandes variations des taux de suicide entre plusieurs communautés autochtones de la Colombie-Britannique.

■

(...) **les capacités de développement individuelles et collectives s'avèrent des leviers indispensables à la réduction des inégalités sociales de santé (...)** les fondements de l'identité collective se situent dans une continuité culturelle lorsqu'il y a une intégration et une coexistence d'éléments de la tradition autochtone avec des aspects de la modernité. Cette continuité serait un facteur de protection qui interviendrait sur les capacités d'agir individuelles et collectives.

■

Plusieurs facteurs socio-culturels intervenant dans ces variations, le concept de continuité culturelle a été utilisé pour expliciter les écarts de santé entre communautés. Ce concept réfère au fait que les fondements de l'identité collective se situent dans une continuité culturelle lorsqu'il y a une intégration et une coexistence d'éléments de la tradition autochtone avec des aspects de la modernité. Cette continuité serait un facteur de protection qui interviendrait sur les capacités d'agir individuelles et collectives. L'usage des langues traditionnelles, les revendications territoriales

mais aussi l'autodétermination, la participation politique des femmes autochtones ou la mise en place de services de proximité illustreraient ainsi la capacité des individus et des communautés tant à préserver leur culture qu'à s'adapter et à agir sur leur développement, et sont autant d'indices de la continuité culturelle.

Intervenir avec, en amont, sur plusieurs fronts et à plusieurs niveaux

Le fait de mettre les individus et les communautés au centre des démarches de réduction des inégalités semble primordial aussi bien sur le plan de l'amélioration des connaissances que de l'intervention en santé des populations. Si la réduction des inégalités sociales de santé et leur connaissance impliquent la nécessaire prise en compte des processus en œuvre ainsi que de la singularité avec laquelle les communautés et les individus se situent et évoluent, il est en effet essentiel – pour lutter efficacement contre ces inégalités – que les acteurs en tant que producteurs de sens et agents de transformation soient parties prenantes des interventions entreprises.

Dans cette perspective, l'amélioration de l'état de santé et du bien-être des Autochtones ne se limite pas au cadre strict de l'action curative, les processus contribuant à l'altération de la santé physique et mentale se situant bien en amont. La réduction des inégalités de santé ne peut être menée sous un seul front d'intervention et selon un modèle unique, et implique autant le renforcement des capacités d'agir individuelles que collectives.

Les formes et les moyens que peuvent revêtir la lutte contre les inégalités de santé sont ainsi multiples et pluriels, comme en témoignent les initiatives en cours dans diverses communautés autochtones. Par exemple, l'implantation de services sociaux de proximité à destination des familles et des jeunes des Premières Nations du Québec a été associée à une démarche de développement des communautés. S'appuyant sur cette approche de mobilisation, les axes d'intervention ciblés visent la diminution du placement des enfants (lié à des problèmes de négligence parentale), les problèmes de violence et de

¹ Chandler, M.J. & Lalonde, C.E. (2008). Cultural continuity as a protective factor against suicide in First Nations youth. *Horizons*. 10(1), 68-72.

dépendance mais aussi le renforcement du sentiment d'appartenance et de la valorisation de la culture autochtone. Parmi les interventions développées figurent la mise en place de services sociaux classiques (accueil, suivi psychosocial, etc.), de travailleurs de rue mais aussi des projets de cuisine collective, de famille-répit ou d'activités culturelles organisées avec les jeunes.

Enfin, ces différentes formes d'intervention ne peuvent être conçues comme les seules stratégies d'action de réduction des inégalités sociales de santé. En effet, celles-ci ne peuvent être viables et être pérennisées sans être soutenues par des politiques sociales et de santé adaptées aux réalités autochtones.

Marie-Jeanne Disant, M. A., Institut national de santé publique du Québec

Ont également contribué à cet atelier intitulé Les inégalités en santé autochtone : enjeux, pratiques et perspectives, présenté le 18 novembre 2008 dans le cadre de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé :

Dianne Ottereyes-Reid, Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie James, Québec, Canada; **Christopher E. Lalonde**, Ph. D., Département de psychologie, Université de Victoria, Colombie-Britannique, Canada; **Carl Simard**, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et Labrador, Canada; **Roch Riendeau**,

Services de première ligne, Communauté algonquine de Kitcisakik, Québec, Canada;

Serge Déry, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, Québec, Canada;

Suzanne Bruneau, Institut national de santé publique du Québec, Canada; **Marcellin**

Gangbè, Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie-James, Québec, Canada;

Lisa Koperqualik, étudiante à la maîtrise en anthropologie; **Sophie Picard**, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et Labrador, Canada;

Elizabeth Robinson, Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie-James, Québec, Canada; **Marcel Godbout**, Huron-Wendat.

ATELIER 'PAYS À FAIBLE REVENU'

Ciblage des politiques publiques et accès financier aux soins de santé dans les pays à faible revenu

En 2002, une petite fille naissant en Angola dispose d'une espérance de vie en bonne santé de 35 ans, tandis que celle qui a la chance de naître en Belgique peut espérer vivre jusqu'à 73 ans, soit deux fois plus longtemps.

Ces inégalités de santé entre les pays sont évidemment insupportables et injustes, mais elles cachent des disparités aussi importantes au sein même des pays, y compris en ce qui concerne l'utilisation des systèmes de santé. Par exemple au Niger, alors que 60 % des femmes les plus riches accouchent auprès de personnel qualifié, les femmes les plus pauvres ne sont que 5 % à avoir cette chance¹. Si dans les pays à revenu élevé, les écarts face à la maladie et la mort commencent (très timidement cependant) à être pris en considération dans les programmes de santé publique², dans les pays à revenu plus faible, force est de constater que ce n'est pas encore le cas.

Les décideurs qui formulent les politiques publiques ou les acteurs qui mettent en œuvre les interventions n'évoquent quasiment jamais la lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS). Ils cherchent à améliorer le sort des pauvres et des populations dites vulnérables plutôt que de réduire les ISS entre les sous-groupes de la population. Dans un contexte de niveau de pauvreté économique important, où les interventions exogènes issues de l'aide internationale occupent une large place, nous avons organisé une activité thématique des JASP 2008 visant à offrir une tribune pour débattre de ces enjeux. La mise en commun de perspectives de chercheurs et d'intervenants issus d'Afrique, d'Haïti et d'ailleurs, ainsi que le point de vue émanant de disciplines scientifiques variées a permis aux personnes participantes de mieux appréhender la problématique des ISS dans ces contextes spécifiques. Deux éléments centraux se sont dégagés de nos échanges.

Le ciblage des politiques publiques

Le premier élément concerne le choix des bénéficiaires des politiques publiques. Dans le lan-

gage des spécialistes de la question, il s'agit plus précisément de la problématique du ciblage des politiques³. En effet, ce sujet est encore plus crucial dans les pays à faible revenu qu'ailleurs car la part de l'aide internationale dans le financement des politiques publiques est souvent très importante par rapport aux ressources locales. Bien que les pays riches ne respectent quasiment jamais leur engagement d'accorder au moins 0,7 % de leur richesse nationale à l'aide au développement, ils sont souvent exigeants quant à l'identification des bénéficiaires de leurs actions et à la visibilité de ces dernières.

Ils veulent savoir exactement à qui bénéficie l'aide, ce qui paraît aussi légitime du point de vue des contribuables et de l'efficacité des politiques⁴. Mais dans un contexte où l'aide

3 Hanson, K., E. Worrall, and V. Wiseman, *Targeting services toward the poor: A review of targeting mechanisms and their effectiveness*, in *Health, Economic Development and Household Poverty From Understanding to Action*, A. Mills, S. Bennett, and L. Gilson, Editors, 2007, Routledge p. 134-154.

4 Ridde, V. and A. Guichard, *Agir pour réduire les inégalités de santé : aporie, épistémologie et défis*, in *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*, C. Niewiadomski and P. Aiach, Editors, 2008, Editions EHESP : Rennes, p. 57-80.

1 WHO, *World Health Statistics 2008*, 2008, WHO : Geneva. p. 110.

2 Ridde, V., *Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ?* Promotion & Education, 2007, XIV (2): p. 63-67.

publique au développement reste faible, le budget des États limités et les problèmes à régler importants, il faut nécessairement cibler les politiques publiques, notamment à destination des plus pauvres.

Le débat classique autour des politiques de lutte contre la pauvreté qui peuvent être soit universelles soit ciblées refait toujours surface⁵, telle une aporie. Les spécialistes des inégalités de santé insistent sur la nécessité d'organiser en parallèle des interventions globales en faveur de la société dans son ensemble et des actions spécifiques destinées aux groupes les plus désavantagés⁶.

D'autres, cependant, sans nier l'importance des programmes ciblant les plus pauvres, affirment que les programmes universels sont plus efficaces pour réduire les inégalités⁷. Les écueils des services ciblés sont bien connus. On sait qu'aux risques de stigmatisation des populations destinataires de ces services spécialisés viennent souvent s'ajouter des modalités d'intervention peu favorables au renforcement du pouvoir d'agir (empowerment) des individus cantonnés à adopter un rôle passif découlant de la logique même du ciblage. Lors de la crise alimentaire de 2005 au Niger, certains intervenants ont sélectionné les bénéficiaires de leurs programmes. Or, dans toute sélection, il y a des gagnants et des perdants⁸.

Les perdants développent des stratégies d'adaptation au ciblage pour disposer, malgré leur exclusion qu'ils perçoivent particulièrement injuste, de cette « rente du développement ». C'est ce que certains sociologues nomment les effets pervers, les évaluateurs les qualifiant plutôt d'effets inattendus⁹. Un autre danger lié à ce ciblage tient aux risques de dispenser des prestations de moins bonne qualité susceptibles de conduire à ce que « benefits

■
Depuis quelques années, certains pays au Sud du Sahara décident d'abolir le paiement pour une partie des services de santé. En Afrique du Nord, la problématique est un peu différente et s'apparente presque à celle que nous connaissons en Europe ou en Amérique du Nord. C'est de la privatisation des soins dont il est question. Alors que les services publics étaient la norme dans ces pays, ils sont en train de devenir l'exception.
■

meant exclusively for the poor often end up being poor benefits – les bénéfices visant exclusivement les pauvres résultent souvent en pauvres bénéficiaires »¹⁰. Il n'y a peut être pas de solution magique et la réponse est certainement à trouver dans des programmes universels accompagnés de mesures spécifiques.

Paiement direct et privatisation des soins et services de santé

Le second élément central de nos discussions a concerné l'accès financier aux soins de santé. Lorsqu'une grande partie du financement de la santé est à caractère privé, où l'utilisateur des services est le payeur, les inégalités d'accès au système de santé sont indéniables, que ce soit en Afrique ou en Europe. En Afrique au Sud du Sahara, on a instauré un peu partout le paiement direct des soins. La plupart des programmes ont appliqué de manière fort réductrice le principe de participation de la population à la gestion des centres de santé – préconisé par Alma-Ata et plus tard par l'initiative de Bamako – en la traduisant dans les faits par des systèmes de paiement des services fournis par les utilisateurs. La participation se limite donc bien souvent au paiement. Dans les ménages du Burkina Faso, cela implique la mobilisation de ressources que les femmes doivent souvent négocier avec

leur mari¹¹. Aussi, supprimer ce paiement pourrait potentiellement réduire cette négociation des relations de genre.

Aujourd'hui, tout le monde s'est enfin rendu compte de l'inefficacité d'un tel système mais aussi de son caractère injuste, excluant des soins ceux qui ne sont pas en mesure de payer, puisque même des crédits ne leurs sont pas accordés.

Aussi, plusieurs discussions ont-elle eu lieu lors de cet atelier concernant les très récentes politiques qui visent à supprimer ce paiement des soins¹². Le lien avec la problématique du ciblage des politiques est direct puisque quelques pays ont décidé d'abolir le paiement de services spécifiques et pas d'autres.

Quant à l'Afrique du Nord, la problématique est un peu différente et s'apparente presque à celle que nous connaissons en Europe ou en Amérique du Nord. C'est de la privatisation des soins dont il est question. Alors que les services publics étaient la norme dans ces pays, ils sont en train de devenir l'exception. Dans un pays comme l'Algérie qui dispose de moyens financiers relativement considérables par rapport au reste de l'Afrique, notamment de ses proches voisins du Sud, l'une des transformations importantes observées au cours de la dernière décennie est la progression très rapide du secteur privé des soins, représenté en particulier par le segment lucratif des cliniques privées¹³.

L'argent devient le vecteur essentiel dans l'accès rapide aux soins de santé. Aussi, face au caractère inefficace et inéquitable du paiement direct des soins et de la privatisation des services, il faut assurément s'appuyer sur un secteur public fort doté d'un financement solidaire où les populations financent les services en fonction de leur capacité à payer.

Valéry Ridde, Ph. D., Département de médecine sociale et préventive, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Québec, Canada

5 Mkandawire, T., *Targeting and Universalism in Poverty Reduction*. 2005, UNRISD. Social Policy and Development Programme Paper Number 23, p. 22.

6 Mackenbach, J.P., et al., *Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health, in Reducing inequalities in health. A European perspective*, J.P. Mackenbach and M.J. Bakker, Editors. 2002, Routledge : London and New York, p. 25-49.

7 Navarro, V., ed. *The political and social contexts of health*. 2004, Baywood : Amityville-NY.

8 Olivier de Sardan, J.-P., *La crise alimentaire de 2004-2005 au Niger en contexte*. Afrique contemporaine, 2008. 225 (1): p. 17-37.

9 Morell, J.A., *Why Are There Unintended Consequences of Program Action, and What Are the Implications for Doing?* American Journal of Evaluation 2005. 26 (4): p. 444-463.

10 Sen, A., *The Political Economy of Targeting*, in *Public spending and the Poor: theory and evidence*, D. Van de Walle and K. Nead, Editors, 1995, published for the World Bank by the John Hopkins University Press : Baltimore. P. 11-24.

11 Nikiéma, B., S. Haddad, and L. Potvin, *Women bargaining to seek Healthcare: norms, domestic practices, and implications in rural Burkina Faso*. World Development, 2008. 36 (4): p. 608-624.

12 Ridde, V. and K. Blanchet, *Vers la gratuité des soins en Afrique ?* Revue Humanitaire, 2008 (19): p. 75-80.

13 Mebtoul, M., *Médecins et patients en Algérie*, 2005, Oran : Éditions Dar El Gharb.

Mohamed Mebtoul, Ph. D., Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé (GRAS), Université d'Oran, Algérie
Ont également contribué à cet atelier intitulé Pays à faible revenu et inégalités sociales de santé, présenté le 17 novembre 2008 dans le cadre de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé :
Blaise Sondo, M.D., Faculté de médecine,

Université de Ouagadougou, Burkina Faso; **Jean-Bernard Ouédraogo**, Ph. D., Université de Ouagadougou, Burkina Faso; **Béatrice Nikiema**, M.D., M. Sc., Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada; **Slim Haddad**, M.D., Ph. D., Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada; **Nathalie Mondain**, Ph. D., Département de sociologie et d'anthropologie, Université

d'Ottawa, Canada; **Jean-Pierre Olivier de Sardan**, Ph. D., École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), France et Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL), Niger; **Jean André**, M.D., Programme de Réorganisation et de Rationalisation du Secteur National de Santé MSPP/BID, Ministère de la santé publique, Haïti.

CONCLUSION

Changer les conditions de vie pour l'équité en santé en une génération : faisable, mais pas pour les timorés!

Le Canada et les autres pays de niveau socio-économique équivalent ont connu une importante amélioration de l'état de santé de leur population. Pourtant, les progrès accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable. L'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées. Si une petite fille qui vient au monde aujourd'hui au Canada, en Europe ou au Japon peut s'attendre à vivre au-delà de 80 ans, elle vivrait moins de 45 ans en Afrique subsaharienne. L'espérance de vie à la naissance est même en recul sur le continent africain.

Aucune raison innée n'explique que la situation soit ainsi. Les plus pauvres des pauvres ont une bien plus mauvaise santé que la majorité d'entre nous et ils meurent prématurément. Ces inégalités se déclinent entre pays riches, pays émergents et pays pauvres, mais aussi à l'intérieur de chaque pays, pauvre ou riche. Le rapport de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS, *Comblers le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* donne nombre d'exemples de ces iniquités.

Les déterminants sociaux de la santé : l'évidence scientifique

En connaît-on assez pour agir ? Des sceptiques, autant que des gens de bonne volonté,



Photo © Suzanne Bruneau

se demandent sans doute si le problème est suffisamment étudié pour passer à l'action. C'est sûrement la première réaction d'universitaires, de fonctionnaires ou d'agent-es de planification socio-sanitaire. Première réaction bien légitime quand on pense aux ressources limitées et aux erreurs de politiques et programmes du passé qui ne nous ont pas éclairés parce qu'ils n'ont pas été évalués. Pourtant, la réponse est clairement positive : oui, nous en savons assez – et nous avons l'argent – pour aller de l'avant et commencer à

changer les choses. Et il y a urgence à agir car **la justice sociale est affaire de vie ou de mort. L'injustice sociale tue à grande échelle.**

Le cadre théorique de la dynamique des déterminants sociaux de la santé quant à la création des inégalités et, partant, de l'iniquité en santé, est établi depuis certainement 20 ans, travaillé et retravaillé, raffiné, clarifié, épuré. Il en existe de nombreuses expressions, du cadre conceptuel de Fraser Mustard (1988) à celui de Dahlgren et Whitehead (1991), en passant par celui de Michael Marmot. La Commission sur

les déterminants sociaux de la santé de l'OMS offre aujourd'hui sa version, essayant de remonter aux causes des conditions de santé et de maladie. Ce cadre démontre qu'un premier jeu d'influences se fait sentir dans les circonstances de la vie quotidienne, tandis qu'à un autre niveau il s'agit des structures sociales, économiques et politiques.

Il reste qu'il faut poursuivre la recherche pour combler des trous dans la connaissance, surtout quant à la situation dans les pays d'économies émergentes et dans les pays pauvres. Il ne s'agit pas tellement d'essais cliniques randomisés et contrôlés, devenus la règle d'or en médecine, mais de nombreuses autres approches méthodologiques, quantitatives et qualitatives, tout aussi rigoureuses et valables. Il suffit quelquefois de développer des banques de données de base, de les standardiser ou encore de les traduire de langues singulières à des langues utilisées sur le plan international.

S'il n'existe pas de données de base, on conclut inévitablement qu'il n'y a pas de problème ! Or, il y a annuellement des millions de naissances d'enfants, nés presque toujours dans des familles pauvres, marginalisées ou déplacées, qui ne sont pas enregistrées. Ces enfants sont ainsi privés d'une identité officielle et par là de tout ce à quoi donne droit une telle identité. La recherche appliquée pourra par ailleurs nous aider aussi à mieux comprendre la complexité des relations entre les déterminants socio-économiques et leur influence sur l'état de santé : qui joue quel rôle et dans quelles conditions ?

Les recommandations de la Commission pour l'action

La Commission a regroupé ses recommandations spécifiques sous trois principes d'action :

- améliorer les conditions de la vie quotidienne – les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent;
- s'attaquer à la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources – les causes structurelles de ces conditions de vie;
- mesurer le problème, évaluer l'action, former des intervenants et susciter l'implication du public.

La Commission a choisi de ne pas établir un ordre dans ses recommandations ni d'en choisir quelques-unes comme étant plus importantes ou plus urgentes. Les différents chapitres du rapport s'attachent aux situations auxquelles il faut s'attaquer et on y retrouve une description des faits et des pistes d'actions.

Voici quelques-unes des thématiques qui y sont analysées : le développement de la petite enfance, l'équité entre les sexes, les environnements urbains dans lesquels vivent maintenant la masse des êtres humains, les conditions de travail, la sécurité sociale, la pauvreté, les systèmes de santé.

■
Des sceptiques, autant que des gens de bonne volonté, se demandent sans doute si le problème est suffisamment étudié pour passer à l'action (...) la réponse est clairement positive : oui, nous en savons assez – et nous avons l'argent – pour aller de l'avant et commencer à changer les choses.
■

Le rapport traite aussi des forces structurelles qui forment les conditions de vie quotidienne : le financement équitable, le rôle du marché et la bonne gouvernance mondiale. Le changement social dans une société consiste en plusieurs avenues différentes de réformes qui se développent en parallèle, répondant à des sensibilités et à des logiques internes différentes, jusqu'à un point de rencontre réel ou virtuel. Il ne sert à rien de rêver du grand plan directeur : il n'existe que sur papier, s'il existe.

Ces recommandations ne seront pas toutes bien intégrées comme on le souhaiterait idéalement. Ces étapes prendront du temps, car nous avançons plutôt à petits pas. Il faut informer, lire le rapport, le discuter, le mettre à l'ordre du jour de son groupe de travail, de son association professionnelle. Il s'agit d'un travail de longue haleine et c'est pourquoi il est urgent de commencer maintenant.

Des outils bien différents, pouvant quelquefois paraître bien innocents, peuvent devenir

de puissants moteurs de changement, s'il y a volonté politique et demande des citoyens et des groupes. Il faut entendre la voix de celles et ceux qui ont créé des projets pour réduire les inégalités sociales, qui entreprennent l'étude des iniquités dans leurs communautés, qui mobilisent les individus et les familles en vue d'un lendemain meilleur.

Que nous soyons en recherche en santé publique, ou dans un dispensaire, ou dans les écoles, ou dans un projet avec des familles immigrantes, ou à l'Université, ou dans un ministère, nous pouvons faire bouger des choses en travaillant sur les conditions quotidiennes dont nous sommes les témoins privilégiés.

Avons-nous les moyens de répondre aux connaissances ?

Il a été établi que la réhabilitation globale des bidonvilles du monde – système d'eau potable, canalisation d'égouts, logements salubres – coûterait 100 milliards de dollars américains. Somme affolante ? Pas du tout ! Les gouvernements du monde ont annoncé à l'automne 2008, en toute hâte, des plans de rescousse de l'incompétence, de la corruption, de la mauvaise gestion, du manque de vision, de l'avarice personnelle de leurs institutions financières et des plus grosses corporations atteignant plus de 5 billions de dollars américains.

Comment se fait-il que ces mêmes gouvernements n'aient pas encore trouvé les malheureux 100 milliards \$ requis pour sortir le milliard d'êtres humains vivant dans des conditions urbaines de sous-êtres, soit seulement 2,3 % de ces 5 billions ?

La combinaison toxique de politiques sociales inadéquates, d'arrangements économiques injustes et de politique partisane bornée est, en large mesure, responsable de ce qu'une majorité de gens dans le monde ne jouisse pas de la bonne santé biologiquement possible.

Nous pouvons instaurer l'équité en santé en l'espace d'une génération; il le faut et c'est maintenant qu'il faut agir. Ce n'est ni pour les timorés, ni pour les petites natures.

L'Honorable Monique Bégin, CP, MSRC, OC,
Université d'Ottawa

Des références sur la question des inégalités sociales de santé

Les grands rapports

- Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008). *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Résumé analytique du rapport final, Genève, Éditions de l'OMS, 34 p.
En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf
- Consortium DETERMINE (2008). *Résumé d'action : améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'Union européenne. Bilan du travail effectué par le Consortium DETERMINE au cours de sa première année*, 16 p.
En ligne : <http://www.health-inequalities.eu/pdf.php?id=cc9c6b96faf35503d5b3b0389463da9>
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (2008). *Croissance et inégalités : distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, 341 p.
Résumé disponible en ligne : <http://www.oecd.org/dataoecd/48/9/41530189.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : maintenant plus que jamais*, Genève, Éditions de l'OMS, 230 p.
En ligne : http://www.who.int/whr/2008/08_overview_fr.pdf
- Organisation mondiale de la santé et Agence de santé publique du Canada (2008). *L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays*, Genève, Éditions de l'OMS, 44 p.
En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai8/pdf/hetia18-esgai8-fra.pdf>
- Autès M. (2007). Les inégalités de santé, fruit d'une injustice sociale. *Contact santé*; (221): 12-13.
En ligne : http://www.santenpdc.org/pages/contactsante/CS_221/fichier/inegalitesdesante.pdf
- Bihr A., Pfefferkorn R. (2008). Les inégalités sociales de santé. *Interrogations*; (6): 60-77.
En ligne : http://www.revue-interrogations.org/fichiers/118/les_inegalites_sociales_de_sante.pdf
- Chauvin J., Lebas J. Inégalités et disparités sociales de santé en France (2007) in Bourdillon F., Brucker G., Tabuteau D. *Traité de santé publique*, Paris : Flammarion Médecine Sciences : 331-341.
En ligne : <http://i.ville.gouv.fr/Data/inserhitlien.php?id=3977>
- Comment réduire les inégalités sociales de santé [dossier] (2008). *La Santé de l'homme*; (397) (sept - oct.): 30 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=SLH/default.htm>
- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., et al. (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Questions d'économie de la santé*; (92): 1-6.
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes92.pdf>
- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., et al. (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. *Questions d'économie de la santé*; (93): 1-8.
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes93.pdf>
- De Koninck M., Pampalon R., Paquet G., Clément M., Hamelin A.M., Disant M.J. (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Québec : Institut National de Santé Publique du Québec : 95 p.
En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_Inegalites_sociales_sante.pdf
- Délégation Interministérielle à la Ville. *Ateliers Santé Ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé* (2007). Paris : les éditions de la DIV, coll. Repères : 286 p.
En ligne : http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf
- Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. (2007). Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. *Questions d'économie de la santé*; (118): 1-6.
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes118.pdf>
- Inégalités sociales de santé [dossier] (2004). *Santé société et solidarité*, revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité; (2): 5-210.
Sommaire, avant-propos et éditorial en ligne : <http://www.irdes.fr/Ofqss/2004/SomAPEd22004.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé (2008). *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socio-économique en milieu urbain au Canada*. Ottawa (Ont.), ICIS : 148 p.
En ligne : http://secure.cih.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=PG_1690_F&cw_topic=1690&cw_rel=AR_2509_F
- Kambia Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T (2008). La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire : résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006). *Questions d'économie de la santé*; (132): 1-4.
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes132.pdf>
- Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux [numéro thématique] (2007). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*; (2-3): 9-28.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf

Quelques textes et références en ligne

- Autès M. (2007). Les inégalités de santé, fruit d'une injustice sociale. *Contact santé*; (221): 12-13.
En ligne : http://www.santenpdc.org/pages/contactsante/CS_221/fichier/inegalitesdesante.pdf

- Sass C., Moulin J.-J., Labbe E., Chatain C., Gerbaud L. (2007). La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*; 38(2): 139-46.

En ligne : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Fragilite_sociale.pdf

- Van de Geuchte I., Maulet N., Willems S., Roland M., De Maeseneer J (2007). *Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé 1995-2006*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin : 102 p.

En ligne : http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05/Pictures_documents_and_external_sites/09/Publications/PUB_Mapping_Inegalites_Sante.pdf

- Wilkinson R., Marmot M., dir. (2004). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé : 40 p.

En ligne : <http://www.euro.who.int/document/e82519.pdf>

Des ouvrages à se procurer

- Frohlich, K.L., De Koninck, M., Demers, A. & Bernard, P., dir. (2008), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal : 408 p.
- Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T., dir. (2000), *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La découverte, Inserm : 448 p.
- Leclerc, A., Kaminski, M., Lang, T. (2008), *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris : La Découverte, Inserm : 300 pages.
- Niewiadomski, C., Aiach, P. (2008.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes : Édition EHESP : 282 p.

Des instituts, des groupes d'étude et des équipes de recherche qui inspirent et guident

Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé

Le but des travaux de ce Centre est de mieux comprendre l'impact du milieu sur la santé physique et mentale. Sa mission vise plus particulièrement la production et la prise en compte

des nouvelles connaissances en vue de réduire les inégalités sociales de santé à Montréal.

Site web : <http://www.centrelearoback.org>

Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie (CRÉDOC)

Le CRÉDOC est un centre d'études et de recherche au service des acteurs de la vie économique et sociale. Il a mis en place depuis 1978 un dispositif permanent d'enquêtes sur les modes de vie, opinions et aspirations des Français.

Site web : <http://www.credoc.fr/index.php>

Chaire Approches communautaires et inégalités de santé

Le mandat de la Chaire est de créer et d'animer un programme de recherche qui examine la relation entre les caractéristiques des milieux de vie et les inégalités de santé, et qui documente la mise en œuvre et le rôle des approches communautaires pour réduire ces inégalités.

Site web : <http://www.cacis.umontreal.ca>

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

Créée en mars 2005 par l'Organisation mondiale de la Santé, cette Commission a pour objectif de présenter aux gouvernements, à la société civile, aux organisations internationales et aux donateurs des moyens pratiques pour assurer de meilleures conditions de vie quotidiennes aux individus, communautés et populations. Les dossiers que propose la Commission sur son site internet sont essentiellement consacrés aux déterminants sociaux de la santé et à la façon de s'attaquer aux causes sociales des inégalités en matière de santé.

Site web : http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html

Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES)

L'IRDES contribue à nourrir la réflexion sur l'avenir du système de santé. Les chercheurs de l'IRDES observent et analysent les politiques de santé, les comportements des consommateurs et des producteurs de soins sous différents angles : économique, médical, géographique, international, etc. L'IRDES édite et met à disposition les résultats de ses recherches et possède également un riche fonds documentaire ouvert au public.

Site web : <http://www.irdes.fr>

Institut Théophraste Renaudot

L'Institut Renaudot est un centre de ressources

en santé communautaire qui offre, sur son site internet, de nombreux documents dont un certain nombre relatifs aux déterminants sociaux de la santé, aux inégalités sociales de santé, et au rôle de la promotion de la santé et de la santé communautaire dans la lutte contre ces inégalités.

Site web : <http://www.institut-renaudot.fr>

Observatoire des inégalités

Cet organisme indépendant d'information et d'analyse sur les inégalités cherche à établir un état des lieux des inégalités le plus complet possible. Il est financé par des subventions publiques et le mécénat d'entreprises. Son site internet regroupe des données relatives aux revenus, à l'éducation, aux conditions de vie ou encore aux inégalités hommes-femmes.

Site web : <http://www.inegalites.fr/>

Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé

Cette organisation est constituée d'un réseau de chercheurs engagés qui croient que la recherche scientifique est un instrument de choix pour lutter contre les inégalités sociales de la santé.

Site web : <http://www.omiss.ca>

Des outils utiles pour mesurer et mieux comprendre

- **Le site du projet européen Determine** présente, en anglais, sur le thème des inégalités sociales de santé, un répertoire des bonnes pratiques, des études et documents de l'Union européenne, les résultats des activités du projet, une rubrique d'actualités et les références de publications scientifiques et officielles de l'Union européenne et de l'OMS / Europe sur ce thème.

Site web :

<http://www.health-inequalities.eu>

- **Le Socioscope, la toile sociale de Montréal** vous invite à mettre en lien les divers aspects du développement social. Chaque indicateur vous mène vers ceux qu'il influence et vers ceux par lesquels il est influencé. Par exemple, l'indicateur *réussite universitaire* influence le *revenu moyen d'emploi* et cette réussite a potentiellement été influencée par les *compétences des jeunes en français et en mathématiques*. Vous pouvez ainsi naviguer au gré de vos champs d'intérêt.

Site web :

<http://www.socioscope.qc.ca/default.aspx>

■ **L'indice de défavorisation matérielle et sociale** représente une tentative pour mesurer les inégalités sociales de santé et pour en déterminer l'ampleur géographique au Québec. Une équipe de recherche de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a créé, avec ses collaborateurs, cet indice qui repose sur un certain nombre d'indicateurs choisis pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des formes de défavorisation.

Site Web :

http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=11

Quelques données chiffrées :

En France

Score Santé

Site web : <http://www.score-sante.org/score2008/index.htm>

Au Québec

Santéscope.

Site web : <http://www.inspq.qc.ca/santescope/>

En Belgique

Tableau de bord de la Santé en Région wallonne

Site web : <http://socialsante.wallonie.be/tableaubordsante>

Tableau de bord de la santé en Région de Bruxelles-capitale

Site web :

<http://www.observatbru.be/documents/publications/par-theme/publications-sante/tableaux-de-bord-sante.xml?lang=fr>

Tableau de bord de la santé du Hainaut

Site web :

http://www.hainaut.be/sante/osh/template/template.asp?page=sante_en_hainaut&navcont=26,58,0&branch=27,28

Des événements à ne pas manquer

■ **Forum CACIS 2009.** *L'évaluation des interventions en vue de réduire les inégalités sociales de santé : du contrôle à l'innovation.* L'objectif du Forum est de produire un état des lieux sur l'évaluation des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé et engager la discussion et la réflexion sur la manière de poser la question de l'efficacité de ces interventions. 8-9 octobre 2009 au Centre St-Pierre, Montréal, Canada.

Site web : <http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/Forum%20Cacis%202009.pdf>

■ **Université d'été francophone en santé publique.** Cette formation annuelle est organisée par la Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté, avec de nombreux partenaires. Pour la 6^e édition, du 28 juin au 3 juillet 2008, plusieurs modules ont été complètement renouvelés et l'un d'entre eux portera sur « Réduire les inégalités sociales de santé : stratégies et modalités d'interventions ».

Site web : www.urcam.org/univete/index.htm

■ **La 20^e Conférence mondiale de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES)** – Genève du 11 au 15 juillet 2010 – aura pour thème 'Santé, équité et développement durable'. Le rôle de l'action de promotion de la santé sur les déterminants sociaux dans la recherche de plus d'équité et d'un développement durable est un des 3 thèmes principaux de la conférence.

Site web : www.iuhpeconference.net

DONNÉES

Les inégalités sociales de santé sont documentées et chiffrées

Extraits choisis

La mortalité infantile en Islande est de 2 décès pour 1000 naissances vivantes alors qu'elle atteint 122 décès en Mozambique¹.

Un enfant né au Japon a une espérance de vie de 43 ans plus longue qu'un enfant né en Sierra Leone².

La consommation intensive de télévision concerne 28 % des jeunes dans les familles défavorisées contre 14 % dans les familles favorisées (enquête dans le Hainaut)³.

En Haïti, l'abandon scolaire est plus marqué chez les filles et touche 60 % des jeunes avant la première année du secondaire⁴.

Au Québec, les jeunes des familles à faible revenu sont 2 à 3 fois plus nombreux à éprouver des troubles d'apprentissage et 3 à 4 fois plus nombreux à éprouver des retards scolaires, comparativement aux jeunes des familles plus aisées⁵.

En Europe, la différence entre l'espérance de vie des couches sociales les plus favorisées et les couches sociales défavorisées est de 4 à

1 World health statistics. Geneva : WHO 2007. [En ligne] <http://www.who.int/whois/whostat2007.pdf> (page consultée le 13 mars 2009)

2 WHO, The World Health Report, 2006. [En ligne]. <http://www.who.int/whr/2006/en/> (page consultée le 13 mars 2009)

3 Observatoire de la santé du Hainaut. Tableau de bord de la santé des jeunes n° 2, 1998, p. 42 [En ligne] http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/TBSJeunes_1998.pdf (page consultée le 16 mars 2009)

4 Joseph, Érold. « Comment les pratiques en milieu scolaire agissent-elles au regard des inégalités sociales de santé. Regard sur trois continents ». In Présentations des JASP 2008. Mardi 18 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne]. http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2008/10_30_Housseau_Joseph_Arcand.pdf (page consultée le 12 mars 2009)

5 Arcand, Lyne. « Comment les pratiques en milieu scolaire agissent-elles au regard des inégalités sociales de santé. Regard sur trois continents ». In Présentations des JASP 2008. Mardi 18 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne].

6 ans chez l'homme et de 2 à 4 ans chez la femme ⁶.

Si on atteignait dans le Hainaut (province belge aux revenus des ménages de 12 % inférieurs à la moyenne nationale) le taux de mortalité moyen de la Belgique, 1500 décès seraient évités chaque année ⁷.

En France en 2005, le taux annuel de mortalité précoce par cancer était 10 fois plus élevé chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles ⁸.

En Australie, l'espérance de vie des aborigènes est de 20 ans inférieure à la moyenne nationale ⁹.

Une recherche menée dans la région de Québec (Québec, Canada) a révélé un écart dans l'espérance de vie supérieur à 10 ans entre deux unités de voisinage d'un même territoire ¹⁰.

Montréal (Québec, Canada) est tellement polarisée par les inégalités sociales que certains de ses quartiers riches ont une espérance de vie parmi les meilleures au monde (80 ans et plus) tandis que les quartiers pauvres se comparent avec celle de pays comme le Brésil (68,0 années) ou le Paraguay (70,7 années) ¹¹.

Le taux de suicide en Europe est de 1,5 à 2 fois plus élevé chez les hommes de faible niveau d'instruction par rapport à celui des hommes ayant une instruction supérieure ¹².

Chez les jeunes des Premières nations au Canada, le taux de suicide est de cinq à six fois plus important que la moyenne nationale, et cette proportion passe à onze fois pour les jeunes Inuits ¹³.

En 2000, les accidents de la circulation ont tué plus d'un million de personnes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (90 % de la mortalité mondiale due à des accidents de la route) et 127 000 personnes (10 %) dans les pays à revenu élevé ¹⁴.

En Wallonie, le taux de surpoids et d'obésité est de 60 % chez les personnes ayant une instruction primaire; il est de 40 % chez les personnes possédant un diplôme d'étude supérieure. Le taux de sédentarité est de 54 % chez les personnes ayant une instruction primaire et de 21 % chez les personnes possédant un diplôme d'étude supérieure ¹⁵.

Une étude menée dans 13 villes canadiennes a montré que les personnes vivant dans les quartiers les plus faibles sur le plan socio-éco-

nomique étaient deux fois plus susceptibles d'avoir été hospitalisées pour une dépression que celles habitant les quartiers au statut socio-économique le plus élevé ¹⁶.

En France en 2008, 19 % des ménages les plus modestes n'étaient pas couverts par une complémentaire santé, contre 4 % des plus aisés ¹⁷.

Les travailleuses dans l'industrie du textile au Bangladesh sont payées aussi peu que 10 sous de l'heure pour produire des vêtements bon marché pour les compagnies américaines et britanniques. Leur semaine « normale » de travail équivaut à 60 heures par semaine ¹⁸.

Les femmes occupent plus souvent que les hommes des postes délaissés et sous-payés tout en supportant un partage inégal des responsabilités pour le travail ménager non-rémunéré ¹⁹.

Le Canada a été considéré pendant 7 ans de suite par l'ONU comme le pays qui offre la meilleure qualité de vie au monde. Tous les Canadiens en jouissent-ils ? La vérité est que ce pays est si riche qu'il réussit à masquer la réalité de la soupe populaire dans ses villes, ou encore celle des logements insalubres (un sur cinq) ²⁰.

Pour chaque 100\$ d'avancement dans l'économie globale, seulement 1,30 \$ arrive jusqu'à 20 % des plus pauvres ²¹.

6 Mackenbach JP, Health Inequalities : Europe in Profile. 2006, p. 12. [En ligne]. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rdo6_en.pdf (page consultée le 13 mars 2009)

7 Observatoire de la santé du Hainaut. Santé en Hainaut n° 6 - Tableau de bord de la santé 2006, 2006. [En ligne] http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/TB52006_CHo2_Mortalite_et_causes_de_decès.pdf (page consultée le 16 mars 2009)

8 Thébaud-Mony, Annie. « Inégalités sociales de cancer chez les travailleurs ». In Présentations des JASP 2008. lundi 17 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne]. http://www.inspq.qc.ca/asp/docs/jasp-presentations/2008/14_oo_Annie_Thebaud_Mony.pdf (page consultée le 12 mars 2009)

9 WHO, Social determinants of health, 2006. [En ligne]. http://www.who.int/features/factfiles/sdh/04_en.html (page consultée le 13 mars 2009)

10 « Pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent ». In Publications. Site de l'Institut national de santé publique du Québec, [En ligne]. <http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=794> (page consultée le 12 mars 2009)

11 « Les inégalités sociales de santé : Qu'est-ce que c'est ? ». In Accueil. Questions fréquentes. Site du Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal, [En ligne]. http://www.centrearoback.org/coup_d_oeil (page consultée le 12 mars 2009)

12 Mackenbach JP, Health Inequalities : Europe in Profile. 2006. [En ligne]. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rdo6_en.pdf (page consultée le 13 mars 2009)

13 « Jeunesse autochtone et inégalités sociales de santé : Miser sur la jeunesse autochtone aujourd'hui pour des communautés en santé demain ». In Outils de diffusion. Carnets-synthèse. Site du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, [En ligne]. http://portail.santepop.qc.ca/fichier.php/82/CarnetSynthese4_vf.pdf (page consultée le 12 mars 2009)

14 « Crise mondiale de la sécurité routière. Note du Secrétaire général ». In Assemblée générale des Nations Unies. 7 août 2003. Site des Nations Unies, [En ligne]. http://www.unec.org/trans/roadsafe/docs/SG_report_f.pdf (page consultée le 12 mars 2009)

15 Tableau de bord Région wallonne, 2009. [En ligne]. <http://socialsante.wallonie.be/tableaubordsante> (page consultée le 16 mars 2009) - Onglet Facteurs de santé - Nutrition - Corpulence des adultes - Croisement avec les niveaux d'instruction (données du tableau) - Onglet Facteurs de santé - Nutrition - Sédentarité et activité physique - Croisement avec les niveaux d'instruction (commentaire)

16 « Le lien entre le statut socio-économique et l'hospitalisation pour une dépression ». In Rapports de recherche. Téléchargez. Site de l'Institut canadien d'information sur la santé, [En ligne]. http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/AiB_SES_%20MH_Service_Utilization_F_final.pdf (page consultée le 12 mars 2009)

17 « L'inégal accès à la complémentaire santé ». In Conditions de vie. Santé. Site de l'Observatoire des inégalités, [En ligne]. http://www.inegalites.fr/spip.php?article14&id_mot=127 (page consultée le 12 mars 2009)

18 Labonté, Ronald. « La mondialisation et les inégalités sociales de santé ». In Présentations des JASP 2008. lundi 17 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne]. http://www.inspq.qc.ca/asp/docs/jasp-presentations/2008/9_oo_Ron_Labonte.pdf (page consultée le 12 mars 2009)

19 cf note 18 supra

20 Bégin, Monique. « Observations des membres de la Commission ». In Commission sur les déterminants sociaux de santé. Programmes et projets. Site de l'Organisation mondiale de la Santé, [En ligne]. http://www.who.int/social_determinants/final_report/comments/fr/index.html (page consultée le 12 mars 2009)

21 cf note 18 supra

Prendre en compte les inégalités sociales dans les programmes de prévention et les projets locaux

Pour la période 2009-2011, la Fondation Roi Baudouin a décidé de lancer deux chantiers pour contribuer concrètement à la réduction des inégalités sociales en santé.

L'ambition est de répondre au constat que trop d'interventions visant à améliorer la santé tiennent peu ou pas du tout compte d'éventuelles différences systématiques entre groupes socio-économiques, groupes ethniques et entre hommes et femmes. Le risque existe dès lors que l'on néglige les inégalités sociales en santé, ou pire encore, qu'on les provoque.

Un outil pour se focaliser sur l'équité en santé au niveau local

C'est au niveau local que l'on peut plus facilement travailler sur plusieurs déterminants sociaux (de la santé) autour d'une politique et d'interventions concrètes réunissant les acteurs des différents secteurs concernés.

La Fondation veut donc contribuer au développement d'exemples concrets de stratégies locales, par un soutien financier évidemment mais aussi via un appui. À cet effet, elle a demandé à une équipe de l'Université de Gand, sous la direction du **D' Sara Willems**, de développer un nouvel outil. Celui-ci doit aider les décideurs et les opérateurs locaux à radiographier leur initiative en se focalisant sur des questions-clés en lien avec l'équité et dont les réponses leur serviront de balises et d'indicateurs. L'outil est une sorte de 'lentille' qui permet à la fois d'être plus attentif aux détails (zoom avant) tout en ne perdant pas de vue l'ensemble de l'image (zoom arrière).

Un souci constant pour la Fondation et ses partenaires (l'Observatoire wallon de la Santé, l'Observatoire du Social et de la Santé de Bruxelles-Capitale, la Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten et le Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie): proposer un outil réellement utile. Comment ?

Un **cahier des charges** exigeant pour l'équipe universitaire.



Agir ensemble pour une société meilleure

1° Simplicité et accessibilité

L'outil prendra la forme d'une série limitée de 9 questions. Une sorte de 'check-list' pratique accompagnée d'un manuel d'utilisation qui explicite les questions et accompagne l'utilisateur dans son travail d'analyse. Des fiches récapitulatives visent à exploiter plus facilement les réponses apportées pour chaque fois formuler des conclusions sous forme de points positifs et de points à améliorer.

2° Pour différents objectifs et acteurs

L'outil doit convenir à des initiatives qui ne proviennent pas exclusivement du secteur de la santé ou de la promotion de la santé, dans un souci de pouvoir travailler sur les différents déterminants sociaux en santé. De plus, il pourra être utilisé par tout promoteur de projet qui soit n'aurait pas encore intégré d'objectif d'équité soit souhaite le renforcer.

3° Pour la planification, l'exécution ou l'évaluation

Idéalement, on s'en servira dès la planification d'un projet mais une deuxième version du questionnaire existe également pour (ré)orienter le projet pendant la phase d'exécution et une troisième pour l'évaluation du processus et des résultats/effets.

4° Autonomie et complémentarité

L'outil peut être utilisé seul mais a été conçu pour pouvoir être intégré dans des processus/instruments plus larges de gestion de la qualité.

Un **groupe de pilotage** avec des experts et des acteurs de terrain a été mis en place pour tenir compte au plus près des besoins et capacités (variées) du terrain.

Plusieurs phases de test sont prévues. Une première pour valider les questions retenues et le guide pratique a déjà eu lieu. Le tout sera

encore expérimenté en 2009 sur plusieurs initiatives dont la diversité (publics cibles, acteurs, objectifs, lieux...) permettra de peaufiner l'outil avant une plus large diffusion en 2010.

Des moments **d'appropriation de l'outil** par des utilisateurs potentiels seront organisés sous la forme de formations pratiques. Ce sera bien entendu le cas pour les promoteurs qui souhaiteront introduire un dossier dans le cadre de nos futurs appels à projets.

Une attention particulière pour les groupes vulnérables, aussi dans les programmes de prévention de masse

Plusieurs campagnes de sensibilisation existent et des mesures dites universelles sont développées afin d'offrir une réponse large et accessible à des questions de santé jugées prioritaires. Malgré la gratuité des services ou la diffusion large et répétée des messages, des études montrent que ces dispositifs ne parviennent pas suffisamment à atteindre des publics défavorisés.

Pour les actions déjà en place et dont on a évalué le taux de réussite/d'échec et pour celles à venir dont on prévoit les difficultés à toucher certains groupes, il faudra mettre en place des approches ciblées. Cibler, sans stigmatiser, avec l'aide des professionnels qui travaillent déjà avec les personnes précarisées pour renforcer leurs compétences et construire des solutions avec eux.

La Fondation soutiendra des démarches de ce type et veillera à en évaluer la pertinence et l'efficacité.

Hervé Lisoir, Responsable de projets à la Fondation Roi Baudouin

Fondation Roi Baudouin, rue Bréderode 21, 1000 Bruxelles. Tél.: +32 2 511 18 40.

Fax : +32 2 511 52 21. Courriel : info@kbs-frb.be.

Internet : www.kbs-frb.be.

Remerciements

Plusieurs expertes et experts qui ont participé à la *Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé (RFIIS)*, qui a eu lieu à Québec en novembre 2008, ont gracieusement accepté de rédiger les textes présentés dans ce numéro spécial d'Éducation Santé. Il s'agissait de créer une mémoire de cet événement qui fut marquant pour toutes celles et ceux qui ont participé.

Cette édition a été réfléchiée par un comité de rédaction international composé de : **Maria De Koninck**, responsable de l'Axe stratégique de recherche sur les inégalités sociales de santé du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ), professeure-chercheuse à l'Université Laval et présidente du comité scientifique international de la RFIIS; **Luc Berghmans**, médecin-directeur de l'Observatoire de la santé du Hainaut; **Hélène Valentini**, responsable de la collaboration internationale à l'Institut national de santé publique du Québec, présidente de la section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips) et l'une des pionnières, voire source d'inspiration, à l'origine du projet de RFIIS; **Abdelmounahim Aboussad**, Chef de service de néonatalogie au CHU Mohamed VI de Marrakech et professeur de enseignement supérieur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

La coordination de ce comité et du projet dans son ensemble fut assurée par **Catherine Hébert**, professionnelle de recherche au RRSPQ et coordonnatrice du comité scientifique international de la RFIIS.

Des remerciements chaleureux concernant le travail imposant d'édition de cet ouvrage reviennent à **Véronique Janzyk, Norbert Jates, Daniela Majois et Katty De Luca**, de l'Observatoire de la santé du Hainaut.

Nous avons également pu compter sur la collaboration de **Marie-José Moquet et d'Olivier Delmer**, respectivement cheffe du département Qualité des pratiques et formation, et documentaliste à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), ainsi que de la section des Amériques du Réfips pour la production de la bibliographie commentée, proposée à la toute fin de ce numéro.

Enfin, nous remercions sincèrement la **Fondation Roi Baudouin** et le **Réseau de recherche en santé des populations du Québec** pour leur soutien à la production et à la diffusion de ce numéro dont le contenu, nous le souhaitons vivement, sera utile pour toutes celles et ceux qui œuvrent à réduire les inégalités sociales de santé.

Christian De Bock, rédacteur en chef d'Éducation Santé

SOMMAIRE

Une rencontre, par <i>Maria De Koninck, Catherine Hébert, Hélène Valentini</i>	2
Inégalités sociales de santé, une histoire ancienne d'actualité, par <i>Luc Berghmans</i>	3
Lutte contre les inégalités sociales de santé : les initiatives se multiplient, mais... par <i>Véronique Janzyk</i>	5
Éclairer la réalité des inégalités sociales face à la santé, par <i>Myriam De Spiegelaere</i>	7
Les inégalités sociales à la petite enfance : comment réduire leurs répercussions à l'âge adulte ? par <i>Ginette Paquet</i>	8
Réduire les inégalités sociales à partir de l'école ? par <i>Lyne Arcand</i>	10
Planification et évaluation des programmes de promotion de la santé des populations : des approches innovatrices au cœur du changement social, par <i>Shelley-Rose Hyppolite et Louise Potvin</i>	12
L'engagement des citoyens dans un processus dialogique : un moyen à privilégier pour réduire les inégalités sociales en santé, par <i>Pier Bouchard et Sylvain Vézina</i>	14
L'instrumentation du travail en partenariat entre institutions et collectivités locales, par <i>Jocelyne Bernier</i>	16
Où est le social dans la distribution inégale des habitudes de vie et des maladies chroniques ? par <i>Katherine L. Frohlich</i>	18
Environnement et inégalités sociales, par <i>Pierre Cornu et Ginette Lafontaine</i>	19
Les inégalités en santé des Autochtones : enjeux, pratiques et perspectives, par <i>Marie-Jeanne Disant</i>	21
Ciblage des politiques publiques et accès financier aux soins de santé dans les pays à faible revenu, par <i>Valéry Ridde et Mohamed Mebtoul</i>	23
Changer les conditions de vie pour l'équité en santé en une génération : faisable, mais pas pour les timorés, par l'Honorable <i>Monique Bégin</i>	25
Bibliographie commentée	27
Quelques données chiffrées	29
Prendre en compte les inégalités sociales, par <i>Hervé Lisoir</i>	31



Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).

Abonnement : gratuit pour la Belgique, Pour l'étranger, nous contacter.

Réalisation et diffusion : Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (02 515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

Collaboratrice : Anne Trappeniers.

Journalistes : Colette Barbier, Carole Feulien, Gilles C Jourdan.

Documentation : Maryse Van Audenhaeghe (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaeghe@mc.be).

Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaeghe (animation).

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaeghe (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaeghe@mc.be)

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Colette Barbier, Jean-Luc Collignon, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne

Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaeghe.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.

Editeur responsable : Jean Hermesse, chassée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 6.500 exemplaires.

Diffusion : 2.700 exemplaires par abonnement.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction. La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be
Courriel : education.sante@mc.be

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site adhère à la Plate-forme www.promosante.net.

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique Département de la Santé.