

15

ÉVALUER L'ÉQUITÉ EN PROMOTION DE LA SANTÉ*

Louise Potvin, Valéry Ridde et Pascale Mantoura

En mars 2005, l'Organisation mondiale de la santé a créé une commission internationale sur les déterminants sociaux de la santé, qui avait pour but « de soutenir les nations dans le but de faire de l'équité en santé un objectif commun » (WHO, 2006). Ce geste constituait une reconnaissance à l'échelle mondiale de l'existence des inégalités de santé et de la nécessité pour les gouvernements de prendre les mesures nécessaires pour intervenir sur les déterminants sociaux liés à ces inégalités de santé. En effet, dans les dix dernières années, plusieurs pays ont fait de la réduction des inégalités de santé un but explicite de leurs politiques en matière de santé et de santé publique. Au moins quatre documents d'orientation d'une politique nationale de santé reconnaissent officiellement deux buts également importants à poursuivre pour la santé publique, soit l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des citoyens et la réduction des inégalités de santé. Ces documents sont la *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains* (Secretariat for the Healthy Living Network,

*. Ce chapitre est adapté d'un texte paru en langue anglaise dans David V. McQueen et Catherine M. Jones (dir.), *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*, New York, Springer, 2007. Les auteurs remercient les IRSC, l'Initiative de recherche en santé mondiale et la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.

2005), le *Swedish Health on Equal Terms Public Health Policy* (Hogstedt et al., 2004), *Tackling Health Inequalities: A Program for Action* au Royaume-Uni (Department of Health, 2003), et *Healthy People 2010*, aux États-Unis (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). Ces documents-clés illustrent combien les inégalités de santé sont au premier rang des préoccupations mondiales et représentent un grand défi pour la santé des populations. De plus, certains documents d'orientation des politiques reconnaissent que les politiques et les programmes qui améliorent la santé des populations en général peuvent aussi augmenter les inégalités en matière de santé (Health Disparities Task Group, 2005).

En revanche, le travail novateur des premiers penseurs en promotion de la santé, qui cherchaient à faire reconnaître les inégalités de santé comme un enjeu important en santé publique, est moins connu. Peu après la publication du « Black Report », que le gouvernement conservateur britannique de Margaret Thatcher s'est empressé de tableter (Macintyre, 1997), la commission d'études mise sur pied par le bureau régional de l'Europe de l'OMS a clairement identifié les inégalités de santé comme une question fondamentale pour la promotion de la santé (WHO-EURO, 1984). Malheureusement, les débats concernant la Charte d'Ottawa présentent souvent ce document capital seulement comme une liste de stratégies pour la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé, ce qui a pour effet que les engagements et les valeurs qui sont parties intégrantes de la Charte sont passés sous silence. Il peut être utile de rappeler aux lecteurs que dans sa version finale, la Charte d'Ottawa stipule que les participants à la conférence se sont engagés « à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés » (WHO, 1986). Depuis son origine, les inégalités de santé font partie intégrante du discours en promotion de la santé.

Par conséquent, il est relativement surprenant de constater que, vingt ans plus tard, le champ de la promotion de la santé fait l'apologie des critères d'efficacité et d'efficacités pour tenter d'attribuer une valeur à ses accomplissements. Les efforts récents pour synthétiser l'évaluation en promotion de la santé ont eu pour résultat de regrouper et de résumer les informations principalement sur l'efficacité de la promotion de la santé pour améliorer la santé en général, rarement sur son efficacité à y parvenir, et jamais, à notre connaissance, sur sa capacité à réduire les inéga-

lités et l'iniquité en matière de santé (IUHPE, 1999 ; Zaza, Briss et Harris, 2005).

Le récent rapport du Programme mondial sur l'efficacité de la promotion de la santé de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES, 2007) est un exemple typique de cette tendance :

[Ce programme de synthèse de connaissances] aims to raise standards of health promoting policy-making and practice worldwide by: reviewing evidence of effectiveness in terms of political, economic, social and health impact; translating evidence to policy makers, teachers, practitioners, researchers; stimulating debate of the nature of evidence of effectiveness.

Il n'est mentionné nulle part dans la documentation officielle du programme que les données probantes sur l'efficacité de la promotion de la santé à réduire les inégalités de santé seront aussi recueillies et analysées.

Pour être juste, nous devons mentionner que dans la troisième édition (2001) de l'ouvrage de Tones et Tilford intitulé à l'origine *Health Education: Effectiveness and Efficiency* (1990), les auteurs ont remplacé « education » par « promotion », et ont aussi ajouté le mot « equity » dans le titre comme valeur en promotion de la santé. Cependant, dans son commentaire sur ce livre, Mittelmark (2002) a déploré à juste titre qu'une de ses grandes faiblesses était d'avoir omis de donner autant de place à l'équité que l'auteur n'en accorde à l'efficacité et l'efficience. À cet égard, le champ de l'évaluation de la promotion de la santé ressemble à celui de l'évaluation de programmes où l'équité n'est jamais mentionnée comme critère.

Ce chapitre tient lieu de critique face à tous les efforts dévolus pour prouver l'efficacité et l'efficience de la promotion de la santé et suggère que ce champ réévalue les valeurs à la base de tels projets afin de remettre l'équité à l'ordre du jour en promotion de la santé, comme c'était le cas à ses débuts. Nous faisons valoir qu'il faut répondre de façon ouverte et explicite à la question du but que la promotion de la santé cherche (ou devrait chercher) à atteindre. L'augmentation des inégalités de santé pourrait être un résultat non intentionnel des politiques de promotion de la santé et des programmes qui contribuent effectivement à améliorer la santé des populations. À défaut d'une intention délibérée pour aborder

les inégalités de santé et pour développer des évaluations qui utilisent intentionnellement l'équité comme critère de valeur, le champ de la promotion de la santé risque de se détourner de ses engagements initiaux concernant la recherche d'équité en matière de santé. Ce chapitre traite et explique de quelle façon la notion d'équité peut être incluse dans les études d'évaluation. Notre but est d'orienter avec plus de confiance l'évaluation en promotion de la santé vers l'équité comme critère de valeur. En premier lieu, nous présentons les distinctions entre les notions d'efficacité, d'inégalité et d'équité en suggérant que cette dernière est essentiellement un jugement de valeur à propos de la justice des inégalités observées. Ensuite, nous passons en revue les indicateurs d'inégalités qui peuvent être utilisés pour l'évaluation de l'équité en promotion de la santé.

Équité et justice distributive

L'efficacité d'un programme est habituellement définie comme sa capacité à produire des effets correspondant aux objectifs que les planificateurs ont préalablement établi (Mathison, 2004). Dans la littérature anglophone, certains auteurs font une distinction entre « efficacy » et « effectiveness ». Le premier terme réfère à l'observation des effets d'un programme dans des conditions contrôlées pour maximiser la validité interne des résultats. Le deuxième terme réfère à l'efficacité telle qu'expérimentée dans le monde réel pour mettre l'accent sur la validité externe des conclusions (Glasgow *et al.*, 2003). En français on distingue alors l'efficacité potentielle (*efficacy*) de l'efficacité réelle (*effectiveness*). L'efficience, dans le domaine de l'évaluation de programme, quantifie la relation entre les effets produits et les ressources utilisées pour arriver à cette fin. Tandis que les définitions d'efficacité et d'efficience sont tout de même assez claires, il est moins facile de définir l'équité à cause de la nature polysémique de ce concept.

L'équité est un concept relié à la justice sociale (Braveman et Gruskin, 2003 ; Wagstaff et Van Doorsaler, 1993). Quand les principes de justice ne sont pas appliqués dans une société, il en résulte des inégalités et des ruptures sur les axes de la stratification sociale. Les disparités de l'état de santé entre les groupes sociaux sont les premières conséquences de ces déficits de justice. Afin que ces différences ou inégalités soient comprises comme une injustice qui doit être corrigée, il faut invoquer la notion

d'équité et un jugement de valeur doit être émis.

Par contre, un tel jugement est souvent ambigu. Bon nombre d'inégalités concernant l'état de santé sont perçues comme étant « naturelles » et marquées par le destin. Dans de tels cas, le jugement est alors « objectif » et fondé sur l'observation de faits. Inversement, considérer certaines inégalités comme étant injustes implique un jugement de valeur « subjectif » dans lequel les principes de la justice distributive sont utilisés pour confirmer que les inégalités de santé observées sont issues d'un processus complexe d'inégalités sociales. La situation se complique davantage parce que les résultats de ces jugements peuvent différer selon la définition de la justice distributive choisie. Il y a, en effet, plusieurs théories et modèles de distribution pour parvenir à l'idéal de justice sociale et d'équité et pour décider de ce qui est juste dans une société (Krasnik, 1996; Mooney, 1987; Olsen, 1997). Le tableau 15.1 présente les modèles de justice distributive relativement aux systèmes de santé et les définitions qui en sont le plus fréquemment données.

TABLEAU 15.1

Les modèles de justice distributive les plus souvent cités

MODÈLES DE DISTRIBUTION	DÉFINITION
Appropriation/théorie libertarienne	La liberté de posséder une propriété et de s'en servir comme bon nous semble.
Modèle égalitaire	Tous les individus sont égaux et doivent être traités de la même façon.
Modèle selon les besoins	Les soins sont un besoin fondamental qui doit être comblé.
Modèle utilitariste classique	Nous devons assurer un maximum de biens à un maximum d'individus, peu importe la façon dont ces biens sont distribués.
Théorie maximin	Nous devons assurer un seuil acceptable pour ceux qui n'ont que le strict minimum.

L'efficacité en promotion de la santé et la justice distributive

La prédominance des théories libertariennes a eu pour conséquence de négliger la question de l'équité dans les politiques de santé (Gilson, 1998). Cependant, la santé publique en général, et la recherche sur l'efficacité en promotion de la santé en particulier, sont souvent enracinées dans le

modèle utilitariste classique. Les penseurs fidèles à ce modèle s'intéressent à maximiser les services et les bénéfices résultant de ces services d'une manière absolue pour l'ensemble de la population, sans égard à la distribution des services et des bénéfices dans la population (Gilson *et al.*, 2000). Ces valeurs utilitaristes soutiennent les arguments quant à l'utilisation de critères de ratio coût-efficacité pour choisir les interventions. En effet, ce ratio cherche à maximiser les bénéfices globaux issus d'une intervention, peu importe leur distribution (Ubel *et al.*, 1996). Même s'il a été largement critiqué (Farmer et Castro, 2004), le modèle utilitariste est encore celui le plus utilisé par les gestionnaires de projets en santé publique et en promotion de la santé (de Savigny *et al.*, 2004).

Cette vision utilitariste semble aussi soutenir plusieurs initiatives, récentes et moins récentes (IUHPE, 1999; Thurston *et al.*, 1998), qui approfondissent le volet de l'efficacité en promotion de la santé. Les actes de la conférence, tenue à Paris à la fin de 2003, consacrée à ce sujet ne mentionnent pas le problème de l'équité (IUHPE, 2004), pas plus que les récentes recherches africaines et canadiennes ne mentionnent l'équité ou les inégalités de santé (Amuyunzu-Nyamongo, 2005; Hills et Carroll, 2004). En ce qui a trait à ces deux derniers exemples régionaux, le cadre d'analyse que les promoteurs ont utilisé pour évaluer l'efficacité indique clairement que l'objectif des interventions en promotion de la santé est l'amélioration de la santé, et ce, en faisant abstraction des principes de réduction des inégalités de santé préconisés par la Charte d'Ottawa. Pour être plus précis, on doit noter que le cadre conceptuel canadien a été modifié. Dans sa version initiale, l'équité se présentait comme une condition contextuelle et constituait l'un des nombreux critères en ce qui concerne les mécanismes d'efficacité potentiels. Dans la nouvelle version, la réduction des inégalités de santé est en lien avec les objectifs utilitaristes d'amélioration de la santé (Hills et Carroll, 2004). Cet exemple nous montre qu'il y a beaucoup de chemin à parcourir avant que l'équité ne soit prise en considération plus sérieusement au moment de démontrer la valeur des programmes en promotion de la santé.

Les difficultés d'une redistribution équitable

Traiter des inégalités de santé et tenter de les éliminer n'est ni un processus spontané, ni un processus universel puisque le phénomène varie d'une

société à l'autre. On doit avant tout reconnaître la pluralité des principes et des théories de justice (Culyer, 2001; Dubet *et al.*, 2006), puis tenir compte des difficultés liées à la nature subjective de la notion d'équité (Ubel *et al.*, 1996). Certains auteurs croient que de miser sur une redistribution juste est un objectif idéologique, tandis que d'autres, comme John Rawls, pensent plutôt que les ressources de la société doivent être utilisées pour améliorer le sort des moins bien nantis. Selon Rawls, c'est aux inégalités, inévitables dans toutes les sociétés mais tout de même inacceptables, que les principes de justice souhaitent s'attaquer pour arriver à une plus grande équité. Les inégalités engendrent le besoin de donner une chance à ceux qui en ont le moins. Contrairement à l'égalité des chances promue par l'idéologie méritocratique, Rawls préconise plutôt une équité des chances. Une situation est équitable dans la mesure où les moins bien nantis ont accès au niveau minimal acceptable de ressources. Toutefois, Mooney (1999) critique ce point de vue parce qu'il ne tient compte que des besoins spécifiques de ceux qui sont au plus bas de l'échelle, et par le fait même, pratique une discrimination positive uniquement à leur égard. Les économistes considèrent l'équité, et particulièrement l'équité verticale qui consiste à traiter différemment différentes personnes, comme l'obligation de trouver une solution juste, non seulement pour les plus mal lotis mais pour tous. La vision Rawlsienne de la justice a des conséquences pratiques puisque lutter contre la pauvreté et ses effets sur les moins bien nantis ne solutionne pas le problème des inégalités de santé provoquées par le fait d'appartenir à un groupe social particulier. Comme le démontre le cas de la France, et d'une façon moins considérable, le cas du Québec (Ridde, 2004), le fait de mettre l'accent, au plan politique, sur la pauvreté plutôt que sur les inégalités de santé n'est pas nouveau. Le fait d'adopter une politique de charité et d'assistance ne remet pas en question les fondements d'une société injuste qui ne peuvent être réglés que par des politiques de justice sociale.

Étant donné la diversité des théories de justice distributive, des discussions et des ententes préalables au sujet des ressources ou des biens qui doivent être distribués doivent précéder la mise en œuvre des interventions pour que l'équité soit considérée, et ce, pour satisfaire la théorie de justice qui prévaut dans la situation donnée. Qui décide qu'une intervention s'adresse à certains sous-groupes de la population? Qui décide des intervenants qui participent au processus d'implantation? La notion

d'équité est le reflet des valeurs véhiculées par la société dans laquelle les interventions sont implantées (Mooney, 2002). Le contexte politique et la pluralité des valeurs influencent la façon dont l'équité est définie (Peter, 2001; Popay *et al.*, 1998), il faut donc que la population visée participe à la définition des critères d'équité en matière de santé (Peter, 2001). Voici cinq exemples de justice distributive, tous avec une perspective différente :

- 1) la tradition néolibérale anglo-américaine d'égalité des chances; (Labonté, 2004, p. 119);
- 2) le vœu des politiciens suédois d'éviter de sacrifier l'équité au profit de l'efficacité (Lindholm, Rosen et Emmelin, 1998);
- 3) le rejet en Australie d'une politique visant à maximiser les résultats de santé si les gens en mauvaise santé doivent restreindre leur accès aux soins (Nord *et al.*, 1995);
- 4) la vision rawlsienne de la justice sociale parmi les praticiens de la santé publique au Québec, qui sont d'avis que la santé publique doit allouer beaucoup de ses ressources à des sous-groupes spécifiques de la population (personnes les moins nanties, d'origine autochtone, toxicomanes) qu'ils considèrent désavantagés à cause d'injustices créées par la société (Massé et Saint-Arnaud, 2003);
- et 5) la préséance du discours égalitariste parmi les Mossi du Burkina Faso (Fiske, 1990; Ridde, 2006) qui croient, tout comme leur voisin Haoussa du Niger, que l'inégalité est le propre de l'ordre social (Raynault, 1990, p. 139).

L'équité est donc une notion tout autant difficile et délicate à définir que l'efficacité, la performance ou la qualité sont des concepts vides qui doivent être étoffés. Bien qu'encore rares, certaines évaluations en promotion de la santé ont tenté de mesurer les inégalités en utilisant des critères de valeur de l'équité (Gepkens et Gunning-Schepers, 1996; Mackenbach et Stronks, 2002). Dans les prochaines sections, nous allons tenter de présenter l'évaluation de l'équité en promotion de la santé d'une manière systématique, en étudiant de quelle façon l'évaluation peut fournir un aperçu sur la question de savoir si et comment la promotion de la santé contribue à réduire les inégalités de santé. Ce faisant, nous allons aussi réviser certaines des questions techniques les plus pertinentes que l'on doit connaître afin de quantifier les inégalités dans une distribution et pour assigner une valeur d'équité à ces inégalités.

**Comment la promotion de la santé
peut-elle diminuer les inégalités,
et où focaliser l'évaluation
pour démontrer cette capacité ?**

Il ne fait aucun doute que l'ensemble du secteur de la santé, incluant celui de la santé publique, a été, et continue d'être, très efficace pour améliorer la santé en général dans les pays occidentaux¹ (Detels et Breslow, 2002). Bien que l'espérance de vie soit déjà élevée, elle continue à croître en Europe de l'Ouest et dans les Amériques. Toutefois, ce succès général cache d'importantes variations entre les divers groupes car, même si en moyenne tous semblent avoir bénéficié d'avantages sur le plan de la santé, ces avantages ont été répartis différemment selon les segments de la population. Il arrive souvent que les interventions qui entraînent une amélioration de la santé en général n'aient aucun effet sur les inégalités. De plus, ces inégalités pourraient s'être accrues par des politiques et des programmes qui ont eu un plus grand impact sur les mieux nantis (Acheson, 1998; Braveman, 2000; Braveman, Krieger et Lunch, 2000; Gwatkin, Bhuiya et Victora, 2004; Gwatkin, 2000; Gwatkin, 2005; Starfield, 2006; Wagstaff, 2002).

Le tabagisme est un exemple typique. Au Canada, où la prévalence globale du tabagisme a diminué de plus de la moitié ces quarante dernières années, les données montrent que cette habitude est maintenant quatre fois plus courante chez les personnes qui n'ont pas encore terminé l'école secondaire que chez ceux ayant un diplôme universitaire (Choinière *et al.*, 2001). Au Canada et aux États-Unis, les personnes de classe socioéconomique plus élevée continuent à réduire leur consommation de tabac, mais la cessation du tabagisme demeure stagnante dans les classes inférieures (Barbeau *et al.* 2004; The National Strategy, 2005). Les différences observées dans les résultats des interventions en matière de santé suggèrent que ces dernières peuvent contribuer à élargir l'écart de morbidité et de mortalité entre les riches et les pauvres (Kaplan, 2001; Kaplan *et al.*, 2000).

Un discours sur l'évaluation de la promotion de la santé exclusivement centré sur les valeurs d'efficacité et d'efficience, sans spécifier les valeurs

1. Le fait de devoir faire cette distinction sur la dimension géographique du progrès de la santé publique est en soi un signe de l'échec de l'équité en matière de santé mondiale.

d'équité, peut donc malencontreusement camoufler une augmentation des inégalités de santé. Nous croyons qu'il y a quatre sources potentielles d'inégalités et d'iniquités associées aux interventions en promotion de la santé, en lien avec le processus de planification, le processus d'implantation, les effets des interventions, et enfin, l'impact de ces effets sur la santé de la population. Chacune de ces sources potentielles pourrait être l'objet d'évaluations qui utilisent l'équité comme critère.

Évaluer les inégalités et les iniquités associées au processus de planification

Évaluer les inégalités qui résultent potentiellement du processus de planification d'une intervention signifie qu'il faut procéder à une évaluation stratégique qui vérifie si l'intervention a été décidée et conçue avec l'idée de réduire les disparités entre divers groupes. Il est peu probable que les interventions réduisent les inégalités de santé si elles n'ont pas été explicitement et intentionnellement conçues dans ce but. Au mieux elles contribuent à reproduire les inégalités de santé.

Il faut étudier les bases normatives et les valeurs qui ont eu préséance d'un bout à l'autre du processus de planification pour évaluer les iniquités associées à celui-ci. En effet, cette question est directement reliée au dilemme de la santé publique qui doit planifier des interventions visant soit la population dans son ensemble, soit des groupes particuliers, et ce soit parce qu'ils présentent un risque particulier ou parce qu'ils présentent des facteurs de vulnérabilité. Même si les deux stratégies ont des avantages et des inconvénients, il est important de rappeler que lorsque Rose (1992) préconisait une approche populationnelle visant une réduction globale de l'exposition au risque pour l'ensemble d'une population, ce n'était pas pour réduire les inégalités de santé mais dans un but utilitariste : celui d'améliorer la santé de la population en général. La tâche de l'évaluateur qui s'intéresse à l'équité est de déterminer si la planification d'une intervention favorise ou non la reproduction ou la modification des iniquités et des inégalités de santé.

Les évaluations stratégiques sensibles à l'équité tenteraient de déterminer à quel point et de quelle façon les données en lien avec les déterminants de la santé ont été prises en considération par les planificateurs lors de l'élaboration de la situation problématique. Cependant, dans la plupart

des pays, il n'existe aucun ensemble de données complet sur la population qui relie la santé individuelle ou les indicateurs de mortalité/morbidité avec les déterminants sociaux de la santé. Les planificateurs des services de santé doivent utiliser les données d'enquêtes quand elles sont disponibles ou agréger les données de recensement. Du point de vue de l'équité, l'évaluation de stratégies de planification en promotion de la santé commencerait donc par chercher à savoir s'il y a eu une documentation préparatoire des domaines d'inégalités concernant un objectif de santé particulier. Un tel questionnement impliquerait d'abord une mesure de la santé ou des déterminants de santé, puis on pourrait se demander quelles composantes de la santé ou quels facteurs reliés à la santé ont été pris en compte. Pour la santé, il est suggéré de prendre en considération la gamme complète des aspects de l'état de santé lui-même, pas seulement la morbidité et la mortalité, mais aussi l'état fonctionnel ou les incapacités, la souffrance et la qualité de vie (Braveman, 2006; Macinko et Starfield, 2002; *Measuring Inequalities*, 2003). Pour ce qui concerne les déterminants de santé, il faut tenir compte de tous les contextes qui causent différentes conséquences dans différents groupes de personnes (Braveman, 2006; Braveman *et al.*, 2004).

En outre, l'évaluation pourrait chercher à savoir si on a tenu compte de toute la complexité qu'implique la mesure des inégalités. Par exemple, le statut d'inégalités de santé semble sensible au type de mesure de la santé utilisé. Chacune des différentes mesures de morbidité ou de santé mène à différentes conclusions en ce qui a trait aux inégalités (Clarke *et al.*, 2002; Turrell et Mathers, 2001). De plus, les inégalités associées à des groupes sociaux différents varient si les mesures de santé s'intéressent à l'apparition ou à la progression de la maladie (Starfield, 2006). Phelan et ses collaborateurs (Starfield *et al.*, 2006) montrent que plus les causes du décès sont évitables, plus le statut économique est fortement associé à la mortalité, puisque la prévention est plus accessible à ceux qui font partie d'un groupe social favorisé. Les personnes qui ont un niveau inférieur de revenu ont également plus de maladies et de comorbidités. Les différences de santé entre les groupes sociaux peuvent donc, à certains moments, être plus grandes en ce qui a trait aux indicateurs de sévérité que pour ceux d'apparition de nouveaux cas (Starfield *et al.*, 2006).

Une fois que l'on a déterminé les indicateurs appropriés, il faut décider si leur mesure doit refléter l'iniquité ou l'inégalité. L'iniquité revoie aux

différences entre des groupes sociaux (Kawachi, Subramanian et Almeida-Filho, 2002), alors que les inégalités se mesurent de façon générale chez les individus dans la population (Murray et Gakidou, 1999). L'iniquité exprime l'hypothèse que les différences significatives sont celles entre divers groupes sociaux sur la base de l'appartenance à ces groupes qui sont choisis en sachant quels groupes sont connus pour être plus ou moins avantagés dans la société (Braveman, 2006). L'inégalité, quant à elle, exprime que les différences importantes sont celles entre les individus et la population en général.

Si on stratifie les populations en sous-groupes, l'évaluation devrait aussi tenir compte des interactions entre les différents déterminants de la santé (Reagan et Salsberry, 2005). L'évaluation devrait examiner si les populations ont été stratifiées en sous-groupes pertinents et chercher à savoir quel résultat particulier pour la santé on visait à changer (Starfield, 2006). On propose de considérer comme potentiellement pertinent de découper les groupes de la façon suivante : statut socio-économique, racial/ethnique, sexe, géographie (Braveman *et al.*, 2004). La récente approche présentée par Braveman et collaborateurs pour étudier les inégalités de santé et de soins de santé, suggère qu'il est nécessaire d'examiner les indicateurs de santé séparément pour chaque groupe social, en comparant tous les autres groupes sociaux avec les groupes les plus avantagés. De telles mesures qui révèlent les inégalités entre les groupes sociaux devraient faciliter l'élaboration d'interventions qui pourraient mieux cibler certains sous-groupes selon les objectifs spécifiques visant à améliorer la santé ou les déterminants de santé.

Du point de vue de l'élaboration des interventions, les évaluateurs devraient identifier le type d'intervention proposée, qu'elle soit spécifique ou générique, individuelle ou structurelle, et ce qui justifie sa sélection eu égard à l'équité. D'une part, étant donné que la morbidité est associée à l'appartenance aux groupes vulnérables, la planification pour l'amélioration générale de l'équité en matière de santé demande d'élaborer des interventions intégrées plutôt que des interventions adaptées à des manifestations d'un mauvais état de santé (comme la maladie). D'autre part, il est reconnu que les changements structurels populationnels permettent des améliorations plus visibles et une meilleure équité que les interventions qui visent le comportement individuel. Ce type d'intervention est moins efficace pour les individus qui ont des ressources sociales limitées (Starfield, 2006).

L'évaluation de la planification pourrait aussi vérifier si les stades de la vie ont été pris en considération. La littérature indique que de bénéficier d'une bonne santé à un stade précoce de la vie accroît les chances d'en bénéficier aussi à un stade avancé (Braveman, 2005; Kawachi, Subramanian et Almeida-Filho, 2002; Power *et al.*, 1998). Les études démontrent aussi que beaucoup d'iniquités prennent racine à un stade précoce de la vie (Davey-Smith et Lynch, 2004; Galobardes *et al.*, 2004). Ainsi, l'évaluation de l'équité pourrait tenter de déterminer si la priorité est donnée à des interventions efficaces dès le plus jeune âge (Starfield, 2006) ou bien à d'autres domaines prioritaires, justifiés par un point de vue d'équité.

**Évaluer les inégalités de santé
et les iniquités associées
au processus d'implantation**

Les évaluateurs qui s'intéressent aux iniquités associées à la mise en œuvre d'interventions cherchent à savoir si l'intervention touche autant les populations vulnérables que les autres segments de la population. Afin de répondre à cette question, on doit porter attention aux caractéristiques sociales des participants, ce qui est rarement le cas. En effet, dans la littérature, très peu d'études d'évaluation ont documenté de façon systématique les différences d'un groupe à l'autre en ce qui concerne la couverture d'une intervention. Dans la mesure où le secteur des soins de santé reflète la capacité de la santé publique à atteindre les populations vulnérables, il y a de plus en plus de données de recherche démontrant que les populations traditionnellement vulnérables, comme les individus ayant un statut socio-économique inférieur et les personnes d'origine autochtone, sont sous-représentées parmi les bénéficiaires des services médicaux préventifs, comme le dépistage et l'immunisation (Lees, Wortley et Coughlin, 2005). Ceci s'applique aussi dans les juridictions où ces services sont couverts par des régimes d'assurance-maladie universelle (Hagoel *et al.*, 1999; Wain *et al.*, 2001). En ce qui concerne plus particulièrement la promotion de la santé, il existe des indices que la participation dans les projets pilotes en promotion de la santé est plus faible chez les individus issus de régions défavorisées (Chinn, *et al.*, 2006).

Les données concernant la couverture différentielle des programmes en fonction des caractéristiques sociales des participants sont rares, car

le suivi de la mise en œuvre de programmes est généralement vu comme une fonction secondaire et moins noble de l'évaluation. Plus encore, la plupart des cadres pour l'évaluation de processus ciblent les étapes à suivre pour que le programme produise les effets attendus (Scheirer, 1994) et non pas les personnes à rejoindre où leur rôle spécifique dans le programme. Dans le cas des programmes populationnels, les efforts pour documenter la mise en œuvre des interventions au sein de groupes vulnérables particuliers soulève plusieurs problèmes. La difficulté méthodologique la plus évidente est de définir les groupes vulnérables de façon opérationnelle et d'évaluer si les participants au programme ou ceux qui bénéficient des interventions appartiennent à ces groupes vulnérables. Il est tout aussi important, mais moins manifeste, de pouvoir obtenir les estimations des dénominateurs des groupes vulnérables pour fournir les taux de pénétration des programmes dans ces divers groupes.

Évaluer les inégalités et les iniquités associées aux effets d'une intervention

Les effets d'une intervention constituent une troisième source d'inégalités et d'iniquités qu'il est possible d'évaluer. Dans ce cas, les évaluateurs s'intéressent à déterminer si les effets d'une intervention sont les mêmes pour tous les groupes dans la population. Techniquement, cela signifie qu'il faut vérifier les effets d'interaction entre les interventions, les effets attendus et un ou plusieurs déterminants sociaux. Même si cette vérification peut sembler facile à effectuer, elle pose certaines difficultés techniques, surtout dans les cas où les études d'évaluation n'ont pas été spécifiquement conçues pour vérifier l'hypothèse des effets différentiels. On peut citer en exemple la taille de l'échantillon, car il arrive souvent qu'il n'y ait pas assez d'individus dans certaines cellules de l'interaction pour fournir assez de puissance lors du test sur les effets d'interaction. Premièrement, il y a moins d'individus issus des groupes vulnérables que dans la population en général, donc même si les groupes étaient également et proportionnellement représentés dans le programme, il subsisterait un déséquilibre numérique à l'avantage des groupes non vulnérables. Ce déséquilibre est en plus aggravé par les insuffisances de couverture, associées à des iniquités lors de l'implantation. Deuxièmement, une difficulté supplémentaire provient des exigences d'une évaluation longitudinale,

c'est-à-dire que les mêmes groupes de sujets (individus ou groupes agrégés comme les salles de classe ou les quartiers) doivent être vérifiés au début de l'étude et au post-test. En effet, vérifier les interactions implique qu'il faut que les effets individuels de chaque unité de mesure fassent l'objet d'une analyse de régression sur d'autres caractéristiques individuelles. On utilise rarement les études longitudinales pour mesurer les interventions en promotion de la santé, de plus, les interventions pour la communauté impliquent habituellement trop peu d'unités de mesure de la communauté pour arriver à en faire des analyses convaincantes.

À notre connaissance, seulement quelques études d'évaluation ont indiqué des effets d'interaction qui démontrent que les individus des groupes vulnérables ont plus profité d'interventions populationnelles que ceux des groupes plus favorisés. L'exemple le plus souvent cité est celui de la fluoruration de l'eau. Les données montrent que dans les territoires où l'eau est fluorée, les enfants issus de familles ayant un statut socio-économique faible, comparés à ceux dont le statut socio-économique est plus élevé, ont vu une plus grande réduction du taux de carie dentaire (Riley *et al.*, 1999). En réalité, cet effet d'interaction s'explique par le fait que les enfants issus de famille dont le statut socio-économique est plus élevé ont des taux plus bas de carie dentaire, même dans le cas où l'eau n'est pas fluorée. En général cependant, comme les interventions touchent en premier lieu les individus ayant un statut socio-économique plus élevé, et par la suite les individus issus de milieux plus pauvres, il apparaît très tôt une augmentation des disparités de morbidité et de mortalité dont on doit tenir compte lors de l'évaluation des interventions (Victora *et al.*, 2000).

Quand on évalue ce qui aide à réduire les inégalités de santé, une tension apparaît entre les mesures absolues et relatives et leur portée dans les évaluations de politiques et de programmes (Gilson *et al.*, 2000; Macinko et Starfield, 2002; Starfield, 2006; Yip et Berman, 2001). L'amélioration de l'équité en matière de santé, telle que mesurée par une diminution de l'écart entre les mieux et les moins bien nantis, peut apparaître comme une augmentation dans les différences relatives (Measuring Inequalities, 2003; Wagstaff, 2002). Ainsi, les résultats varient en fonction de la façon dont ils sont présentés, c'est-à-dire en pourcentage ou en réduction absolue (Starfield, 2006). La différence relative entre deux groupes est calculée en divisant le taux d'un indicateur donné dans un groupe par le taux dans l'autre groupe (taux/ratio). La différence absolue entre deux taux est

obtenue en soustrayant le taux le plus bas du taux le plus élevé. Donc, démontrer les inégalités en termes relatifs implique d'établir une relation à un point de référence (Alleyne *et al.*, 2002). Les mesures relatives et absolues sont toutes les deux significatives et fournissent de l'information complémentaire (Asada, 2005; Braveman, 2003, 2006; Mackenbach et Kunst, 1997; Wagstaff *et al.*, 1991). Pour certains, utiliser les mesures relatives est une méthode appropriée pour mesurer les inégalités (Measuring Inequalities in Health Working Group, 2003). Pour d'autres, il est nécessaire de combiner les mesures relatives et absolues parce que la signification d'un écart relatif entre deux groupes varie selon la façon dont les différences absolues se comparent avec un seuil minimum adéquat (Braveman, 2003, 2006). Les mesures relatives sont plus souvent utilisées parce qu'elles sont plus stables et plus faciles à comprendre. Par contre, les mesures absolues sont utiles pour les décideurs parce qu'elles permettent une meilleure appréciation de l'ampleur des problèmes en santé publique (Schneider *et al.*, 2004).

Une autre méthode de mesure de classification est la dichotomie, simple ou complexe. Les mesures simples réfèrent aux taux/ratio ou aux différences de taux, comme nous l'avons expliqué précédemment, ce qui implique la comparaison de seulement deux groupes, préférablement ceux situés aux extrêmes. Des méthodes plus complexes peuvent être utilisées pour représenter les comparaisons entre plus de deux groupes ou pour tenir compte de la variation de taille d'un groupe dans le temps, ou encore pour représenter les différences absolues et relatives entre des groupes sociaux, (Braveman, 2006; Macinko et Starfield, 2002; Schneider *et al.*, 2004). Ces méthodes sont la fraction attribuable, l'indice de pente d'inégalité, l'indice relatif d'inégalité, l'indice et la courbe de concentration et l'indice de dissimilitude. Mackenbach et Kunst (Schneider *et al.*, 2004) et Braveman (2003) conseillent que les décideurs utilisent des méthodes simples, mais que les chercheurs confirment les résultats en utilisant des méthodes plus complexes.

Évaluer les inégalités et les iniquités associées aux impacts des interventions

Finalement, des différences dans les impacts des interventions constituent la quatrième source potentielle d'inégalités et d'iniquités associées aux

interventions de santé. On suppose habituellement qu'un effet donné a le même impact sanitaire peu importe les caractéristiques des individus. Par exemple, dans les interventions de promotion de l'activité physique, on supposerait qu'il n'y a aucune interaction entre la santé, la mesure dans laquelle un individu pratique une activité physique et les caractéristiques qui touchent la vulnérabilité de cet individu. Il existe deux raisons pour questionner la véracité de cette hypothèse. La première est la nature multiplicative des interactions entre la plupart des facteurs de risque. Si l'on considère de plus que, par définition, les individus issus de populations vulnérables accumulent les facteurs de risque, ils ont probablement plus de risques de souffrir des effets cumulatifs. En d'autres mots, plus une personne est vulnérable et cumule les risques, moins il est facile de prédire l'impact sur sa santé de la réduction de son exposition à un facteur de risque. La deuxième raison concerne le rôle de plus en plus évident des effets des caractéristiques contextuelles sur la santé. La plupart des groupes vulnérables habitent dans des quartiers pauvres dont les caractéristiques peuvent interagir avec les facteurs de risque connus. Ainsi les impacts sur la santé de l'arrêt du tabagisme pour un individu vivant dans un environnement très pollué pourraient être mitigées comparativement à un autre individu non exposé à la pollution. Afin d'exclure les différences d'impacts comme une source d'iniquité résultant d'une intervention populationnelle, les évaluateurs doivent concevoir des études longitudinales. En effet, ces études recueillent les données tout au long de la séquence d'événements : de l'exposition aux interventions à l'effet sur les facteurs de risque, jusqu'aux répercussions sur la santé.

En ce qui a trait aux indicateurs, la mesure des impacts des inégalités économiques sur la santé prend en compte « the actual socioeconomic situation and measures changes in health conditions that are to be expected as a result of potential interventions ». Les mesures d'impact sont donc « particularly relevant for decision-making and for public health aimed at achieving equity » (Alleyne *et al.*, 2002, p. 391).

La fraction attribuable est l'indicateur d'impact le plus largement utilisé, qui peut être à la fois relatif et absolu. La fraction attribuable est définie comme étant « the [level of] reduction in ill health in a population that could be achieved if all social groups experienced the level observed in the most advantaged group. » (Braveman, 2003, p. 189). Cet indicateur est facile à calculer et à interpréter (Alleyne *et al.*, 2002). Braveman donne

à penser que même si la fraction attribuable est rangée dans la catégorie des indicateurs complexes, elle demeure un indicateur intuitif et utile pour fournir des renseignements sur l'équité aux décideurs.

L'indice de dissimilitude est un autre exemple de mesure d'impact (Schneider *et al.*, 2004). Il a, lui aussi, été suggéré pour mesurer l'ampleur des disparités dans divers groupes (Percy et Keppel, 2002). « The indice of dissimilarity for a given health indicator sums differences between rates in each subgroup and the overall population rate, expressing the total as a percentage of the overall population rate. » (Braveman, 2006, p. 179). Cette méthode a été critiquée parce qu'elle compare la moyenne de la population. Ceci est problématique quand une large proportion de la population est défavorisée .

Conclusion

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (WHO, 1986) a proposé un plan d'action qui est beaucoup plus ambitieux que le simple fait d'améliorer la santé de la population. La Charte fait valoir avec détermination que les interventions et les programmes en santé publique poursuivent le but de réduire les inégalités de santé qui sont iniques et injustifiables du point de vue de la justice distributive. Même si la Charte n'identifie pas les principes et les modèles de justice qui devraient être promus au nom de la santé, elle rejette clairement le but utilitariste qui est d'assurer une meilleure à santé à un maximum de personnes si, par cette façon de faire, de grands groupes d'individus étaient négligés et ne pouvaient bénéficier d'initiatives de santé publique. De plus, elle défie les praticiens de la santé publique de prendre les mesures nécessaires en ce qui concerne les déterminants sociaux de santé qui sont le résultat d'iniquités sociales et la racine des inégalités sociales de santé.

À moins que les projets d'évaluation ne cherchent clairement et explicitement des indicateurs d'effets et d'impacts de la promotion de la santé sur la réduction des inégalités de santé, ils contribueront peu au plan d'action de la promotion de la santé. Dans certaines conditions, ces projets pourraient même contribuer à promouvoir des interventions qui augmenteraient les inégalités de santé. L'efficacité seule est une coquille vide. Considérer que l'équité est une valeur à promouvoir pour la santé publique c'est apporter une réponse à cette question cruciale: l'efficacité pour quoi?

Cependant, comme nous venons de le voir, l'équité n'est pas une valeur facile à évaluer et à utiliser comme critère pour l'évaluation. Elle implique un jugement subjectif, des discussions de groupe sur les valeurs, et l'utilisation d'indicateurs et de techniques statistiques très complexes. Il est vrai qu'il est beaucoup plus facile d'évaluer l'efficacité des interventions en termes d'améliorations générales dans les indicateurs de santé populationnelle qu'en termes de changements dans la distribution des déterminants, des services ou des résultats de santé. De plus, parce que les inégalités, qui sont à la base des iniquités de santé, résultent de la façon de faire de nos sociétés et surtout de l'idéologie « libertarienne » qui en guide la gouvernance, il n'est pas surprenant que peu d'efforts soient faits pour surmonter les énormes difficultés qui pourraient entraver l'évaluation de l'équité des interventions en promotion de la santé.

RÉFÉRENCES

- ACHESON, D. (1998), *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*, Londres, The Stationery Office.
- ALLEYNE, G. A. *et al.* (2002). « Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches », *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, vol. 12, n° 6, p. 388-387.
- AMUYUNZU-NYAMONGO, M. (2005), *Health Promotion and Education: African Programme on Effectiveness (APE). Working Paper*, IUHPE.
- ASADA, Y. (2005), « A framework for measuring health inequity », *Journal of Epidemiology Community Health*, vol. 59, n° 8, p. 700-705.
- BARBEAU, E. M., N. KRIEGER et M. J. SOOBADER (2004), « Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000 », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 2, p. 269-278.
- BRAVEMAN, P. (2000), « Round table discussion: Combining forces against inequity and poverty rather than splitting hairs », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n° 1, p. 78-79.
- _____ (2003), « Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework », *Journal of Health Population Nutrition*, vol. 21, n° 3, p. 181-192.
- _____ (2005), « The question is not: is race or class more important? », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 59, n° 12, p. 1029.
- _____ (2006), « Health disparities and health equity: concepts and measurement », *Annual Review of Public Health*, vol. 27, p. 167-194.
- BRAVEMAN, P. *et al.* (2004), « An Approach to Studying Social Disparities in Health and Health Care », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 12, p. 2139-2148.
- BRAVEMAN, P. et S. GRUSKIN (2003), « Defining equity in health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, p. 254-258.
- BRAVEMAN, P., N. KRIEGER et J. LYNCH (2000), « Health inequalities and social inequalities

- in health: Feedback», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n° 2, p. 232-233.
- CHINN, D. J. *et al.* (2006), « Factors associated with non-participation in a physical activity promotion trial », *Public Health*, vol. 120, p. 309-319.
- CHOINIÈRE, R., P. LAFONTAINE et A. C. EDWARDS (2001), « Distribution of cardiovascular disease risk factors by socioeconomic status among Canadian adults », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 162, suppl. 9, p. S13-S24.
- CLARKE, P. M. *et al.* (2002), « On the measurement of relative and absolute income-related health inequality », *Social Science & Medicine*, vol. 55, n° 11, p. 1923-1928.
- CULYER, A. J. (2001), « Equity - some theory and its policy implications », *Journal of Medical Ethics*, vol. 27, n° 4, p. 275-283.
- DAVEY-SMITH, G. et J. LYNCH (2004), « Commentary: Social capital, social epidemiology and disease aetiology », *International Journal of Epidemiology*, vol. 33, n° 4, p. 691-700.
- DE SAVIGNY, D. *et al.* (2004), *In Focus: Fixing Health Systems*, Ottawa, IDRC.
- Department of Health, (2003), *Tackling health inequalities: a program for action*, Londres, Department of Health.
- DETELS, R. et L. BRESLOW (2002), « Current scope and concerns in public health », dans R. Detels *et al.* (dir.), *Oxford textbook of public health: The scope of Public Health*, 4^e édition, vol. 1, p. 3-20, Oxford University Press.
- DUBET, F. *et al.* (2006), *Injustices: l'expérience des inégalités au travail*, Paris, Seuil.
- FARMER, P. et A. CASTRO (2004), « Pearls of the Antilles? Public Health in Haïti and Cuba », dans A. CASTRO et M. SINGER (dir.), *Unhealthy health policy: a critical anthropological examination*, p. 3-28, AltaMira Press.
- FISKE, A. P. (1990), « Relativity within Moose culture: Four incommensurable models for social relationships », *Ethos*, vol. 18, p. 180-204.
- GALOBARDES, B., J. W. LYNCH et G. DAVEY SMITH (2004), « Childhood Socioeconomic Circumstances and Cause-specific Mortality in Adulthood: Systematic Review and Interpretation », *Epidemiologic Reviews*, vol. 26, n° 1, p. 7-21.
- GEPKENS, A. et L. J. GUNNING-SCHEPERS (1996), « Interventions to reduce socioeconomic health differences: a review of the international literature », *European Journal of Public Health*, vol. 6, p. 218-226.
- GILSON, L. (1998), « In defence and pursuit of equity », *Social Science & Medicine*, vol. 47, n° 12, p. 1891-1896.
- GILSON, L., *et al.* (2000), « The equity impacts of community financing activities in three African countries », *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 15, n° 4, p. 291-317.
- GLASGOW, R. E., E. LICHTENSTEIN et A. C. MARCUS (2003), « Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy to effectiveness transition », *American Journal of Public Health*, vol. 93, p. 1261-1267.
- GWATKIN, D. R. (2000), « Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n° 1, p. 3-18.
- _____ (2005), « How much would poor people gain from faster progress towards the Millennium Development Goals for health? » *The Lancet*, vol. 365, n° 9461, p. 813-817.

- HAGOEL, L. *et al.* (1999), «The gradient in mammography screening behavior: a lifestyle marker», *Social Science & Medicine*, vol. 48, p. 1281-1290.
- Health Disparities Task Group, (2005), *Reducing health disparities - Roles of the health sector: Discussion paper*, Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security.
- HILLS, M. et S. CARROLL (2004), «Health promotion evaluation, realist synthesis and participation», *Ciência et Saúde Coletiva*, vol. 9, n° 3, p. 530-543.
- HOGSTEDT, C. *et al.* (2004), *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 32, suppl. 64, p. 3-64.
- IUHPE (2004), *Efficacité de la promotion de la santé. Actes du colloque organisé par l'Inpes avec la collaboration de l'UIPES*, Paris, IUHPE.
- _____ (2003), *Global Programme on Health Promotion Effectiveness (GPHPE). Promoting effective health promotion*, < <http://www.nyu.edu> >.
- _____ (1999), *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a new Europe - Part Two*, Bruxelles et Luxembourg, ECSC-EC-EAEC.
- KAPLAN, G. A. (2001), «Economic policy is health policy: Findings from the study of income, socioeconomic status and health», dans B. AUERBACH et J. KRIMGOLD (dir.), *Income, socioeconomic status and health: Exploring the relationships*, p. 137-149, Washington, National Policy Association.
- KAPLAN, G. A., S. A. EVERSON et J. W. LYNCH (2000), «The contribution of social and behavioral research to an understanding of the distribution of disease: A multilevel approach», dans B. D. SMEDLEY et S. L. SYME (dir.), *Promoting Health - Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*, p. 37-80, Washington, Institute of Medicine, National Academy Press.
- KAWACHI, I., S. V. SUBRAMANIAN et N. ALMEIDA-FILHO, N. (2002), «A glossary for health inequalities». *Journal of Epidemiology Community Health*, vol. 56, n° 9, p. 647-652.
- KRASNIK, A. (1996), «The concept of equity in health services research», *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 24, n° 1, p. 2-7.
- LABONTÉ, R. (2004), «Social inclusion/exclusion: dancing the dialectic», *Health Promotion International*, vol. 19, n° 1, p. 115-121.
- LEES, P., S. WORTLEY et K. COUGHLIN (2005), «Comparison of racial/ethnic disparities in adult immunization and cancer screening», *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 29, p. 404-411.
- LINDHOLM, L., M. ROSEN et M. EMMELIN (1998), «How many lives is equity worth? A proposal for equity adjusted years of life saved», *Journal of Epidemiology Community Health*, vol. 52, n° 12, p. 808-811.
- MACINKO, J. et B. STARFIELD (2002), «Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001», *International Journal for Equity in Health*, vol. 1, n° 1, p. 1.
- MACINTYRE, S. (1997), «The Black Report and beyond: what are the issues?», *Social Science & Medicine*, vol. 44, p. 723-745.
- MACKENBACH, J. P. et A. E. KUNST (1997), «Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe», *Social Science & Medicine*, vol. 44, n° 6, p. 757-771.
- MACKENBACH, J. P. et K. STRONKS (2002), «A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands», *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7371, p. 1029-1032.

- MASSÉ, R. et J. SAINT-ARNAUD (2003), *Éthique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- MATHISON, S. (2004), *Encyclopedia of Evaluation*, Sage Publication.
- Measuring Inequalities in Health Working Group (2003), *Inequalities in Health - Report of the Measuring Inequalities in Health Working Group*.
- MITTLEMARK, M. (2002), « Health promotion: Effectiveness, efficiency and equity, 3^e édition », *Health Promotion International*, vol. 17, 376-377.
- MOONEY, G. (1987), « Qu'est-ce que l'équité en matière de santé », *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, p. 296-303.
- _____ (1999), *Vertical equity in health care resource allocation*, vol. 3/99, Sydney, Department of public health and community medicine, University of Sydney.
- _____ (2002), « Reply to Barbara Starfield UK Health Equity Network », <<http://www.ukhen.org.uk> >
- MURRAY, C. et E. J. GAKIDOU (1999), « Health inequalities and social group differences: what should we measure? », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 77, n° 7, p. 537-543.
- NORD, E. *et al.* (1995), « Maximizing health benefits vs egalitarianism: an Australian survey of health issues », *Social Science & Medicine*, vol. 41, n° 10, p. 1429-1437.
- OLSEN, J. A. (1997), « Theories of justice and their implications for priority setting in health care », *Journal of Health Economics*, vol. 16, p. 625-639.
- PEARCY, J. N. et K. G. KEPPEL (2002), « A summary measure of health disparity », *Public Health Reports*, vol. 117, p. 273-280.
- PETER, F. (2001), « Health equity and social justice », *Journal of Applied Philosophy*, vol. 18, n° 2, p. 159-170.
- POPAY, J. *et al.* (1998), « Theorising inequalities in health: the place of lay knowledge », dans M. BARTLEY, D. BLANE et G. D. SMITH (dir.), *The sociology of health inequalities*, p. 59-83, Oxford, Blackwell Publishers.
- POWER, C., S. MATTHEWS et O. MANOR (1998), « Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life », *The Lancet*, vol. 351, n° 9108, p. 1009-1013.
- RAYNAULT, C. (1990), « Inégalités économiques et solidarités sociales - Exemples haoussa au Niger », dans D. Fassin et Y. Jaffré (dir.), *Sociétés, développement et santé*, p. 136-154, Paris, Ellipses.
- REAGAN, P. B. et P. J. SALSBERY (2005), « Race and ethnic differences in determinants of preterm birth in the USA: broadening the social context », *Social Science & Medicine*, vol. 60, n° 10, p. 2217-2228.
- RIDDE, Valéry (2004), « Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France: l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé », *Recherches Sociographiques*, vol. XLV, n° 2, p. 343-364.
- _____ (2006), *Efficacité ou équité? Les politiques de santé à l'épreuve des inégalités au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan.
- RILEY, J. C., M. A. LENNON et R. P. ELLWOOD (1999), « The effect of water fluoridation and social inequalities on dental caries in 5-year-old children », *International Journal of Epidemiology*, vol. 28, p. 300-305.
- ROSE, G. (1992), *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford University Press.

- SCHEIRER, M. A. (1994), « Designing and using process evaluation », dans J. S. Wholey. *et al.* (dir.), *Handbook of practical program evaluation*, San Francisco, Jossey-Bass.
- SCHNEIDER, M. C. *et al.* (2004), « Methods for measuring health inequalities (Part 1) », *Epidemiological Bulletin PAHO*, vol. 25, n° 4.
- Secretariat for the Healthy Living Network (2005), *The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy*, < www.phac-aspc.gc.ca >.
- STARFIELD, B. (2006), « State of the Art in Research on Equity in Health », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, n° 1, p. 11-32.
- The National Strategy (2005), *Moving Forward: The 2005 Progress Report on Tobacco Control*.
- THURSTON, W. E., *et al.* (1998), *A review of the effectiveness of health promotion strategies in Alberta*.
- TONES, K., S. TILFORD et Y. K. ROBINSON (1990), *Health Education: Effectiveness and Efficiency*, Londres, Chapman & Hall.
- TOWNSEND, P. et N. DAVIDSON (1982), *Inequalities in health: The Black Report*. Harmondsworth, Londres, Penguin.
- TURRELL, G. et C. MATHERS (2001), « Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985-1987 and 1995-1997 », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, n° 2, p. 231-239.
- U.S. Department of Health and Human Services (2000) *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*, 2^e édition, Washington, U.S Government Printing Office.
- UBEL, P. A., *et al.* (1996), « Cost-effectiveness analysis in a setting of budget constraints--is it equitable? », *The New England Journal of Medicine*, vol. 334, n° 18, p. 1174-1177.
- VICTORA, C. G., *et al.* (2000), « Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies », *The Lancet*, vol. 356, n° 9235, p. 1093-1098.
- WAGSTAFF, A. (2002), *Inequalities in health in developing countries - swimming against the tide?*, The World Bank-Policy Research Working Paper Series 2795.
- WAGSTAFF, A. et E. VAN DOORSALER (1993), « Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions », dans A. WAGSTAFF, E. VAN DOORSALER et F. RUTTEN (dir.), *Equity in the finance and delivery of health care, an international perspective*, Oxford University Press, p. 7-19.
- WAGSTAFF, A., E. VAN DOORSLAER et P. PACI (1991), « On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care », *Journal of Health Economics*, vol. 10, n° 2, p. 169-205.
- WAIN, G., *et al.* (2001), « Variation in cervical cancer screening by region, socio-economic, migrant and indigenous status in women in New South Wales », *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 41, p. 320-325.
- WHO-EURO (1984), *Health Promotion: Concepts and Principles*, A selection of papers presented at the Working Group on Concept and Principles, Copenhagen, WHO.
- WHO (1986), *The Ottawa Charter for Health Promotion*, < www.euro.who.int >.
- WHO (2006), *Commission on Social Determinants of Health*, < www.euro.who.int >.
- YIP, W. et P. BERMAN (2001), « Targeted health insurance in a low income country and its impact on access and equity in access: Egypt's school health insurance », *Health Economics*, vol. 10, n° 3, p. 207-220.

ZAZA, S., P. A. BRISS et K. W. HARRIS (2005), *The Guide to community preventive services. What works to promote health?*, Oxford University Press.