QUELLES INTERVENTIONS POUR LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?

VALÉRY RIDDE

UNIVERSITÉ LAVAL

EQUIPE DE RECHERCHE

INÉGALITÉS DE SANTÉ ET MILIEUX DE VIE:

DÉTERMINANTS SOCIAUX EN CAUSE ET LEURS INTERACTIONS

Version 16 juin 2003

© 2004 Tous droits réservés.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION : **1**

1 L'APORIE DES INTERVENTIONS POUR RÉDUIRE LES ÉCARTS DE SANTÉ : **2**

2 LES INTERVENTIONS VISANT LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ : **7**

2.1 Á PROPOS DES MÉTHODES D'ÉVALUATION DE CES INTERVENTIONS : 7

2.2 LES POLITIQUES PUBLIQUES, LES OBJECTIFS ET LES RECOMMANDATIONS D'EXPERTS : 9

2.3 LES RÉSULTATS DES INTERVENTIONS : 17

Des interventions variées *17*

Les services de santé *20*

La Finlande : les revenus *22*

L'Espagne : population de femmes enceintes *23*

Les conditions de travail *23*

La nutrition et l'alimentation *24*

Le tabagisme *24*

Les enfants *25*

Les Pays-Bas : des expérimentations évaluées *25*

L'Angleterre : une stratégie à long terme *27*

3 CONCLUSION : **30**

RÉFÉRENCES : **33**

ANNEXES : **36**

© 2004 Tous droits réservés.

Introduction :

La démonstration de l'existence d'inégalités de santé n'est plus à faire, les connaissances scientifiques à ce propos remonte aussi loin que le 17ème siècle (Bourdelais 2000). Même si beaucoup de chemin reste encore à parcourir, il semble que suffisamment de données probantes s'accumulent ces dernières années pour nous permettre de rompre avec l'idée de Rousseau et sa compréhension de l'origine naturelle de ces inégalités. Les inégalités de santé sont la résultante d'un processus subtil et complexe d'inégalités sociales, d'incorporation des inégalités dans les corps, pour reprendre les mots de Fassin (1996). Pour le dire autrement, les disparités devant la mort et la maladie sont l'aboutissement d'un mécanisme cumulatif d'injustices sociales (Aïach et Cèbe 1994). Mais comment agir sur ces mécanismes afin de réduire les inégalités sociales de santé ? L'objet de ce document est de réaliser une revue des politiques publiques et des interventions récentes s'étant donné cet objectif juste et singulier, afin de répondre à cette question. Nous n'avons pas la prétention dans ce document d'avoir fait le tour de la question. L'analyse des études disponibles n'est donc pas exhaustive car ces dernières sont difficiles à trouver et elles demeurent encore relativement rares.

Dans un premier chapitre, nous élaborons sur cette difficulté méthodologique liée à la disponibilité de ce type de travaux visant à réduire les inégalités de santé. Puis nous commentons ce que nous oserions nommer : l'aporie des interventions. Il s'agit de se questionner sur le choix, pour des interventions ayant pour but de réduire les inégalités de santé, de cibler l'ensemble de la population, des sous-groupes ou des individus. Dans le second chapitre, après une discussion sur les méthodes évaluatives, nous dressons un bilan des différentes expériences entreprises dans de multiples contrées et tentons de dégager quelques éléments essentiels, repris dans la conclusion, pour émettre des recommandations d'interventions pertinentes.

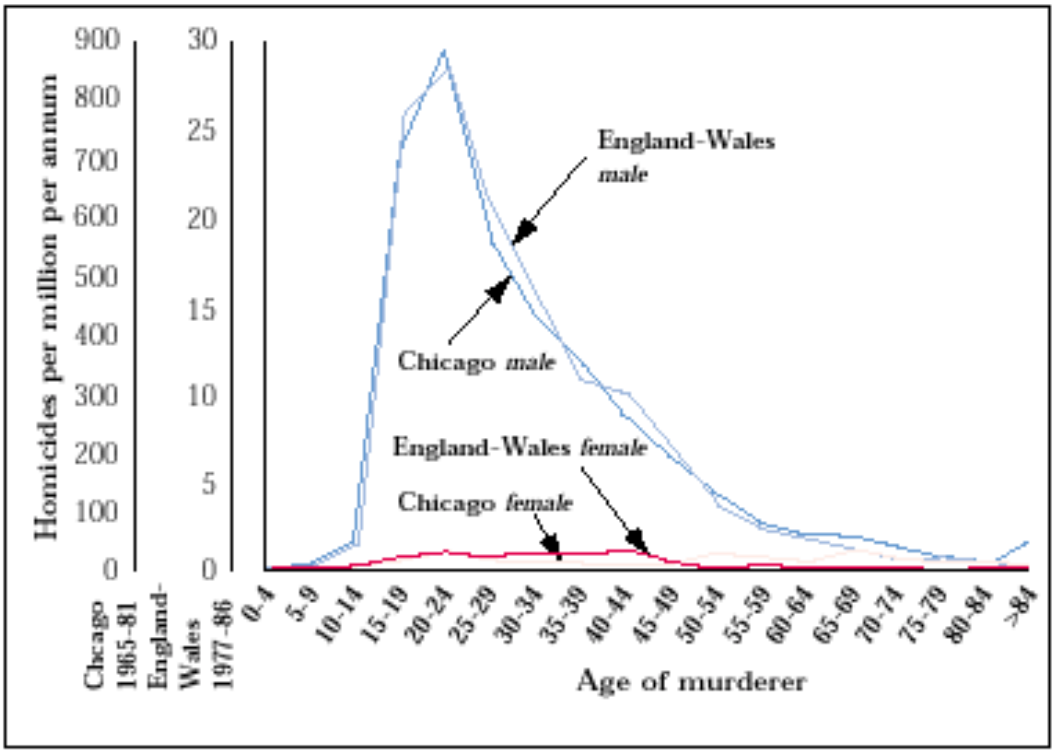
© 2004 Tous droits réservés.

1 L'aporie des interventions pour réduire les écarts de santé :

Il faut d'ores et déjà avancer, comme de nombreux auteurs le rappellent (MacIntyre 2001; Mackenbach 2003), que les études sur les actions qui ont cherché à réduire les disparités de santé et qui ont été publiées sont très rares. Les recherches démontrant l'existence et la persistance des inégalités sont maintenant bien plus nombreuses que celles concernant les interventions proprement dites. Ajoutons qu'outre cette faible production, et nous le verrons plus loin, la plupart de ces dernières recherches concernent des actions envers les individus plutôt que centrées sur des aspects macroscopiques.

Dans un article célèbre, repris récemment par M. Marmot dans le Bulletin de l'OMS (Marmot 2001), l'épidémiologiste britannique Rose s'applique à faire la démonstration de la différence d'approche (individuelle vs collective) face aux facteurs de risque d'être malade (Rose 1985). La détection des risques individuels est plus connue, notamment par les cliniciens, tandis que celle des risques affectant la population dans son ensemble l'est moins, surtout parce qu'ils sont plus abstraits. La distinction que souhaite expliciter Rose est que les déterminants des taux d'incidence d'une maladie dans une population sont différents de ceux des cas individuels de cette même population. Pour illustrer cette proposition théorique, Evans (2002) a récemment repris une figure présentée par Cronin en 1991 (voir figure 1 page suivante). Ce graphique représente les taux d'homicide par âge et par sexe à Chicago et au Royaume-Uni. Ce qui frappe d'abord, c'est la disparité entre les hommes et les femmes, le taux d'homicide perpétré par les premiers grimpant au début de la vie puis chutant ensuite, le taux pour les femmes étant relativement stable. Ensuite, on remarque que la probabilité de commettre un meurtre varie systématiquement avec les caractéristiques individuelles. Mais il faut maintenant être attentif à l'échelle des ordonnées. La probabilité qu'un homme tue une personne est trente fois plus importante lorsqu'il vit à Chicago qu'au Royaume-Uni. L'effet produit par les caractéristiques individuelles est immanquablement influencé par des facteurs environnementaux et liés à la société locale. Tel que le dit Evans (2002) : « The age and the sexe effects are peanuts; the elephants are lurking in the environmental background " (p. 5-6).

© 2004 Tous droits réservés.



Source: Cronin H, The Ant and the Peacock, 1991, Cambridge University Press.

Figure 1 : Taux d'homicide par âge et par sexe à Chicago et au Royaume-Uni

L'article de Rose cherche donc à mettre l'accent sur la compréhension de la notion de risque pour une population. Une stratégie de prévention visant directement les individus disposant des facteurs de risque les plus élevés, ne serait qu'un palliatif. Tant que les causes fondamentales de l'incidence de la maladie au sein de la population ne seront pas comprises et réduites, la situation perdurera. L'auteur insiste en conclusion sur la nécessaire complémentarité des approches (individuelle vs collective) pour réduire la présence de la plupart des maladies.

Les hypothèses de Rose sont également intéressantes car, tel que Marmot (2001) le rapporte, Rose a poursuivi sa réflexion dans un ouvrage du début des années 90 en concluant ainsi : « *the primary determinants of disease are mainly economic and social, and therefore, its remedies must also be economic and social* » (p.989), ce qui n'est pas une déclaration usuelle pour un épidémiologiste. Dans cet ouvrage, à la suite de son article de 1985, Rose démontre l'importance, dans les activités de prévention, de cibler la

© 2004 Tous droits réservés.

population dans son ensemble plutôt que les groupes à risques élevés. Il nous dit que lorsqu'un facteur de risque est normalement distribué, réduire le niveau de ce dernier pour l'ensemble de la population apportera plus de changement dans l'état de santé de la population que si l'on dirige l'intervention uniquement sur les groupes dits à risques élevés. En agissant ainsi, Rose nous explique que cela permet, d'abord, de réduire le risque chez les personnes du groupe à risque. Ensuite, lorsque de nombreuses personnes réduisent leur niveau d'exposition au risque, y compris dans de faibles proportions, le bénéfice global pour la population sera plus grand que lorsque le groupe à risques élevés réduit son exposition, même d'une façon très importante. Enfin, en s'attaquant aux facteurs de risques des seuls groupes dit à risques élevés, cela ne change en rien la distribution de la maladie dans la population générale puisque les causes fondamentales n'ont pas été changées.

Marmot transpose ces propositions de Rose, quant aux facteurs de risques de développer une maladie, aux inégalités sociales de santé (Marmot 2001). Pour l'expert londonien, les déterminants des différences individuelles sont dissemblables de ceux des écarts entre sous-groupes de la population. Pourtant, dans leur revue de l'efficacité des interventions cherchant à réduire les inégalités de santé, Arblaster et al (1996) affirment qu'il n'existe pas encore de données probantes à propos de l'intérêt ou non d'agir sur des groupes ou sur des individus. Un rapport anglais ajoute de la confusion, mais il faut bien reconnaître qu'il n'y a pas de réponse simple à un phénomène complexe, en expliquant qu'il est essentiel de prendre en compte la distribution de la population (Department of health 2002). Dans la figure 2 de la page suivante, nous pouvons remarquer que le taux de mortalité, toutes causes confondues, est bien plus important pour la catégorie des travailleurs manuels (V), mais le nombre de mort est plus important dans la catégorie des travailleurs manuels qualifiés (IIIM). Ainsi, les Anglais proposent que les interventions ciblent non seulement les plus désavantagés, mais aussi, au delà de ceux là, les travailleurs manuels qualifiés pour être en mesure de réduire les inégalités de santé.

© 2004 Tous droits réservés.

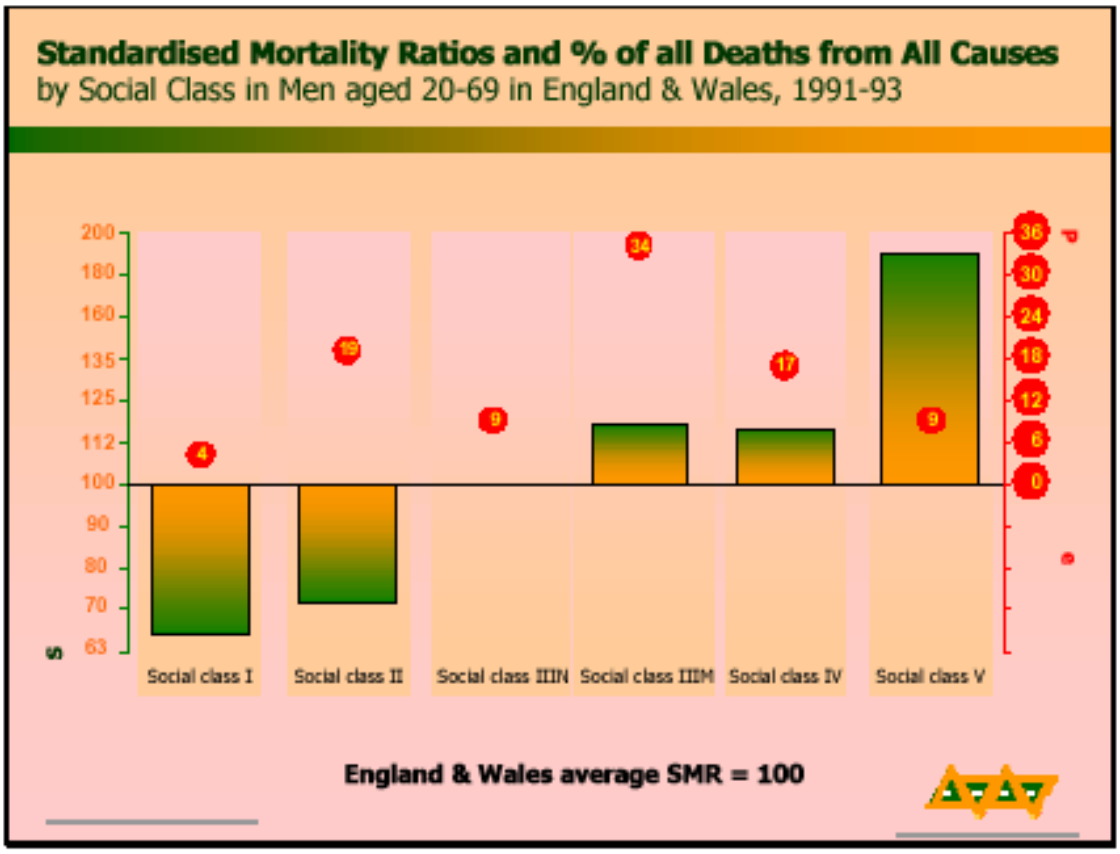


Figure 2 : taux de mortalité standardisé et % de décès toutes causes confondus par catégories sociales au Royaume-Uni

Une politique fondée sur des interventions de prévention auprès d'individus ayant des comportements dits à risque, n'est aucunement une solution pour contrer les inégalités sociales de santé (Aïach 2000). Plusieurs expériences ont montré que les interventions d'éducation sanitaire, lorsqu'elles visaient l'ensemble de la population, favorisaient les plus nantis au détriment des autres (Whitehead 1995; MacIntyre 2001). Nous sommes là au cœur d'une tension irrésolue (individu vs population) en promotion de la santé (Frohlich et Potvin 1999) et en santé publique (Douglas et Scott-Samuel 2001; MacIntyre 2001). Assurément « *la plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités, que ce soit dans le domaine social ou sanitaire, produisent presque toujours, même lorsqu'elles réussissent à atteindre leur objectif d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble, une aggravation des écarts* « (Fassin 2000: p. 33). L'amélioration générale de la santé des populations de Montréal, pour ne prendre que cet exemple québécois, n'a pas, comme Fassin l'explique, réussi à réduire les

© 2004 Tous droits réservés.

écarts de santé entre les sous-groupes disposant de revenus différents (Lessard 2003). Et pourtant, la majeure partie des interventions visant à réduire les inégalités de santé sont encore mobilisées pour agir sur des déterminants individuels et non sur des déterminants plus larges (Whitehead 1995; Gepkens et Gunning-Schepers 1996; Turrell 2002). L'une des explications à cette « focalisation » de l'action sur l'individu est que les données probantes concernant les interventions sont majoritairement présentes pour celles agissant sur les personnes (downstream) par rapport à celles concernant un niveau plus macroscopique (upstream) (Macintyre, Chalmers et al. 2001; Nutbeam, Hussey et al. 2002). De plus, ces interventions auprès des individus ne nous permettent pas d'accroître nos connaissances quant à leur efficacité pour réduire les inégalités de santé, car elles ne fournissent que très rarement des données différenciées entre sous-groupes (sexe, groupes sociaux, etc.) (Macintyre 2003). Cela étant dit, ce n'est pas parce qu'il n'y pas suffisamment de preuves pour les interventions plus globales qu'elles ne sont pas efficaces ; cela montre tout simplement, disent Macintyre et al (2001), que ces dernières ne sont pas assez bien évaluées. Voilà pourquoi les responsables anglais des « Health Impact Assessment » affirment qu'il est nécessaire de rendre explicite cette aporie des interventions et qu'il faut prendre en compte tant l'impact sur les plus désavantagés que sur l'ensemble de la population (Douglas et Scott-Samuel 2001). Machenback et al (2002) insistent également sur la nécessité d'organiser, parallèlement à des interventions globales en faveur de la société dans son ensemble, des actions spécifiquement destinées aux groupes les plus désavantagés.

© 2004 Tous droits réservés.

2 Les interventions visant la réduction des inégalités de santé :

D'emblée, nous sommes dans l'obligation de préciser que tous les auteurs des articles et rapports consultés pour nous permettre de mieux connaître la nature des interventions efficaces pour réduire les inégalités de santé, affirment qu'il existe encore très peu de données probantes à ce propos (Mackenbach et Gunning-Schepers 1997; Macintyre et Petticrew 2000; Evans 2002; Stronks 2002; Macintyre 2003; Mackenbach 2003). Il semble donc exister un consensus scientifique sur ce point.

Ce chapitre est composé de trois parties. La première fait état des discussions actuelles sur les difficultés d'évaluer les interventions et sur la production de données probantes. La seconde partie présente les diverses recommandations et objectifs de politiques publiques pour réduire les inégalités de santé. Sont présentés notamment les propositions de stratégies à mettre en œuvre. La dernière partie relate les résultats disponibles au regard de l'efficacité des actions cherchant à réduire les écarts de santé entre les individus et les sous-groupes de la population. Pour les deux dernières parties, nous avons décidé d'essayer de suivre l'ordre chronologique des travaux en faisant référence aux pays d'où émanent ces discussions, dans le but de montrer l'évolution des réflexions à propos des interventions cherchant à réduire les inégalités de santé.

2.1 Á propos des méthodes d'évaluation de ces interventions :

En Angleterre, le groupe d'évaluation des propositions de projets visant la réduction des inégalités, à la suite de la commission Acheson, a été très surpris de la quasi-absence de fondements empiriques dans les actions proposées (Macintyre, Chalmers et al. 2001). Les membres du groupe précisent que les résultats des deux revues systématiques concernant les interventions, publiées trois ans auparavant et dont nous parlerons plus loin dans ce document, n'ont malheureusement pas été mis à jour.

Sally Macintyre (2003), dans un éditorial du BMJ, avance quatre raisons pour expliquer cette absence significative de données probantes : les données ne sont pas différenciées

© 2004 Tous droits réservés.

par catégories, les ressources se focalisent plus sur la recherche et la définition des problèmes que sur la résorption de ces derniers[1], le niveau d'attente (« evidence-based » et « RCT[2] ») des résultats d'évaluation des interventions favorise le *statu quo*, le suivi (monitoring) n'est pas organisé. Mackenbach (2003) ajoute une autre raison : l'absence de rapport d'évaluation d'interventions efficaces dans les bases de données classiques. Ailleurs, Macintyre nous explique avec un collègue, combien les experts de santé publique et de promotion de la santé ainsi que les chercheurs en sciences sociales sont réfractaires aux pratiques évaluatives du domaine des données probantes (evidence-based et RCT) (Macintyre et Petticrew 2000). Et pourtant, cette réticence n'est pas justifiée, car disent-ils, les premières recherches de type RCT proviennent largement des sciences sociales (dès les années 30 aux USA). Il est essentiel d'évaluer les interventions, disent les auteurs,, car celles-ci n'ont pas toujours des résultats positifs et peuvent aussi nuire aux populations contrairement à ce que pensent les promoteur de projets, les interventions ne peuvent se fonder que sur des hypothèses. Ce qu'il faut surtout retenir du point de vue de ces auteurs, est qu'ils tentent de faire la démonstration de l'importance d'évaluer les interventions visant la réduction des inégalités de santé. Mackenbach (2003) appuie ces affirmations en expliquant dans un éditorial récent qu'évaluer le processus au lieu des résultats, qu'utiliser un devis quasi-expérimental au lieu d'expérimental sont des actions qui peuvent être un premier pas vers la production de connaissances utiles et cela est certainement mieux que ne rien faire. Cet expert hollandais semble avoir « mis de l'eau dans son vin » car en 1997, il publiait, avec une de ses collègues un article consacré à l'évaluation des interventions visant la réduction des inégalités où les devis expérimentaux de type RCT avaient une grande place (Mackenbach et Gunning-Schepers 1997). Cet article relate les recommandations du groupe d'experts hollandais visant à soutenir le programme national de lutte contre les inégalités dans son processus d'évaluation des interventions mises en œuvre. Les devis de recherche et d'évaluation présentés se situent dans un paradigme positiviste explicite où il faut user de méthodes expérimentales auprès d'individus (randomised controlled trial) ou de groupes (community intervention trial). Les auteurs précisent malgré tout qu'employer ce type de

[1] Bien que dans un article de 1997, Mackenbach et al (1997) perçoivent un « shift towards a more action oriented climate » (p. 359)
[2] études cas-témoins avec sélection aléatoire

© 2004 Tous droits réservés.

devis risque d'être compliqué et coûteux et qu'un protocole complet pour porter un jugement sur l'efficacité des interventions demande au minimum l'observation de huit paramètres : deux groupes socioéconomiques (riches et pauvres) x deux moments dans le temps (avant et après l'intervention) x deux populations (avec et sans intervention) (Mackenbach et Gunning-Schepers 1997).

Pour Mackenbach et ses collègues (2002), il faut que l'état des connaissances permette de disposer de données probantes sur deux éléments particuliers. En premier lieu, il faut faire la démonstration que le déterminant visé par l'intervention est un facteur important de la création des inégalités. En second lieu, il est essentiel de montrer que l'intervention proposée est efficace. Ils ajoutent que le second type de données probantes est plus difficile à déceler que le premier.

Ainsi, il est possible de dire que l'évaluation des initiatives visant à réduire les inégalités de santé est relativement délicate à mettre en œuvre, ce qui explique certainement les récentes propositions européennes pour des évaluations plus souples et fondées sur la théorie de programme (Judge et Mackenzie 2002). Cette approche évaluative, qui est aussi celle du cadre logique, permet à l'évaluateur de préciser la théorie sous-jacente du programme. Il est ainsi possible d'établir des liens entre les intrants et les résultats attendus et observés en prenant en compte le contexte et le processus de l'intervention. Regardons maintenant les propositions internationales et les recommandations des spécialistes.

2.2 Les politiques publiques, les objectifs et les recommandations d'experts :

D'entrée, il faut ici préciser que la nature du cadre conceptuel utilisé pour comprendre les déterminants des inégalités de santé influencera grandement celle des propositions d'interventions. Selon le cadre conceptuel choisi, les « entry points » seront très différents. Trois grands catégories d'interventions sont répertoriées par les experts (Mackenbach, Bakker et al. 2002) :

© 2004 Tous droits réservés.

- « upstream, midstream, downstream »
- universelles ou sélectives
- multiples (comprehensive packages)

Une fois cela exposé, quelles sont les recommandations des différents pays préoccupés par cette problématique ?

SANTÉ 21, adopté en 1998, est la politique-cadre de la Santé pour tous dans la région européenne de l'OMS (OMS 1999). Quatre grandes stratégies d'action ont été retenues : 1) des stratégies multisectorielles visant à influencer les déterminants de la santé, 2) des programmes et des investissements axés sur les résultats en matière de santé pour le développement sanitaire et les soins cliniques, 3) des soins de santé primaires intégrés et axés sur la famille et le cadre local, 4) un processus participatif de développement sanitaire. Vingt et un buts de la Santé pour tous ont été fixés dont les deux premiers se réfèrent directement à la réduction des inégalités de santé :

- D'ici 2020, l'écart actuel de santé entre les états membres devrait être réduit d'au moins un tiers
- D'ici 2020, l'écart de santé entre groupes socio-économiques dans les pays devrait être réduit d'au moins un quart dans tous les états membres en améliorant nettement le niveau de santé des groupes défavorisés.

Pour atteindre le second objectif, l'OMS préconise les stratégies suivantes :

- les politiques publiques doivent être évaluées en tenant compte de leur impact sur l'équité ;
- les politiques doivent être conçues de façon que l'accès aux services éducatifs et aux autres services sociaux ne dépende pas des revenus ;
- les politiques et la législation doivent tendre à appliquer les dispositions des Nations Unies relatives aux droits humains ;
- tous les secteurs de la société assument leur part de responsabilité pour ce qui est de réduire le manque d'équité dans les domaines social et économique ainsi que les conséquences de cela sur la santé ;

© 2004 Tous droits réservés.

- des ressources publiques et privées doivent être dégagées pour répondre aux besoins sanitaires des membres les plus vulnérables ;
- les États doivent améliorer et harmoniser leurs systèmes d'information sanitaire pour enregistrer d'importantes variables socioéconomiques et analyser leurs liens avec la situation sanitaire (OMS 1999).

Zöllner, fonctionnaire à l'OMS, avance qu'à l'étude des expériences scandinave, lithuanienne et anglaise, il est recommandé d'intervenir selon trois approches (Zollner 2002). La première consiste à donner à tous les citoyens les ressources et moyens vitaux pour mener une vie décente (revenu, logement, etc.). La deuxième solution, en parallèle à la première, est de focaliser les efforts d'intervention auprès des groupes sociaux les plus désavantagés, respectant ainsi les droits humains et la dignité des personnes. La troisième recommandation porte sur les actions visant à rendre pérennes ces opportunités, à tous les plans de la société. Pour terminer, Zöllner préconise que, pour arriver à réduire les inégalités de santé, les éléments suivants soient présents :

- disposer d'un « leader » et faire en sorte que les actions préconisées soient compréhensibles et attractives ;
- identifier les besoins et répondre à ces derniers ;
- travailler en partenariat et à différents niveaux ;
- s'assurer de la mobilisation de ressources pour la santé ;
- organiser un système d'évaluation et de reddition de comptes ;
- se mettre d'accord sur les choix politiques et réallouer les ressources et les responsabilités en conséquence ;
- apprendre et développer des connaissances et profiter des autres expériences.

Comme à Toronto en 2002, ce dont nous parlerons plus loin, les participants à la conférence sur la réduction des inégalités sociales de santé de Copenhague en septembre 2000 ont ressenti le besoin de produire une déclaration (Anonyme 2002). Dans cette déclaration, profitant des expériences européennes en matière d'interventions, il est conseillé d'intervenir dans quatre secteurs particuliers : 1) le milieu de travail, 2) le

© 2004 Tous droits réservés.

secteur de la santé, 3) la communauté et les familles et enfin 4) le développement urbain. Les détails de ces recommandations sont fournis en annexe.

Dans une conférence londonienne, Exworthy (2002) revient sur l'histoire, certes récentes, du rapport Acheson (1998), publié en novembre 1998 alors que la commission a été mise sur pied en juillet 1997, deux mois après les élections. Si le rapport contient officiellement 39 recommandations prioritaires dans 12 domaines différents, Exworthy nous précise que certaines recommandations en contiennent plusieurs et d'autres peuvent être scindés en plusieurs points. Ainsi, 74 recommandations seraient contenues dans ce rapport. Pour cet universitaire, trois d'entre elles sont particulièrement cruciales. Il faut que :

a) toutes les politiques publiques évaluent leurs impacts possibles en ce qui a trait aux inégalités de santé,
b) une attention particulière soit portée aux familles et aux enfants,
c) l'on réduise les inégalités de revenus et de niveau de vie.

Nutbeam (2002) et ses collègues sont d'accord avec ce regroupement en trois recommandations principales, mais en ajoutent une quatrième :

d) il faut s'attaquer aux problèmes de santé les plus importants.

Plus récemment (en 2001), le gouvernement anglais insistant sur la nécessité de mener des actions intersectorielles, a annoncé que l'objectif ultime est le suivant : réduire de 10%, d'ici 2010, les inégalités de santé mesurées par la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance (Department of health 2002). Pour atteindre cet objectif, qui est précisé par la définition de plusieurs objectifs spécifiques (targets), le gouvernement nous dit vouloir mettre en place des actions concrètes à l'aide d'interventions multisectorielles soutenus par différents ministères et travailler en partenariat avec les parties prenantes (fonctionnaires, volontaires, communauté, utilisateurs, entreprises, etc). Pour décider de ces actions, le gouvernement a organisé, d'abord un processus de consultation publique (Department of health 2002), puis ensuite une revue intergouvernementale des programmes et services efficaces pour agir sur les déterminants des inégalités de santé

© 2004 Tous droits réservés.

(Department of health 2002), dont nous parlons plus loin dans le document. Au niveau local, l'utilisation de trois approches est particulièrement encouragée : 1) géographique, 2) centrée sur les besoins, 3) ciblée sur des bénéficiaires particuliers (Nutbeam, Hussey et al. 2002).

Lors de la consultation publique (Department of health 2002), les participants devaient notamment porter un jugement sur les six priorités suivantes :

1. s'assurer que la maternité et la vie du petit enfant se déroulent dans de bonnes conditions
2. accroître les opportunités pour les enfants et les jeunes
3. améliorer les services de santé de première ligne
4. cibler les maladies responsables du plus grand nombre de décès (maladies coronariennes et cancers)
5. renforcer les communautés les plus démunies
6. agir sur les déterminants macroscopiques (wider) de la santé par l'intermédiaire de politiques publiques

Les résultats de la consultation ainsi que cette revue qui prône certaines actions et des réallocations de ressources doivent permettre la proposition d'un plan d'action pour la période 2003-07. Á notre connaissance et au moment où nous terminons ce document, ce plan n'a pas encore été rendu public.

En Écosse, Macintyre préconise des interventions au sein de l'un ou des trois plans suivants : 1) structurel, 2) local, 3) individuel et familial. Elle précise cependant qu'agir sur les deux premiers, au regard des données actuellement disponibles, sera plus efficace pour réduire les inégalités. D'autant, ajoute-t-elle, à l'instar d'autres auteurs, que des interventions ciblées sur les individus peuvent accroître les inégalités. S'inspirant de ces conseils ainsi que ceux provenant de l'Angleterre (Whitehead 1995), le gouvernement écossais a décidé d'utiliser trois approches concomitantes : 1) agir sur une base géographique pour les communautés les plus défavorisées, 2) user d'interventions macro-sociétales, 3) intervenir pour favoriser les choix individuels de styles de vie (HPPU et

© 2004 Tous droits réservés.

NHS 2002). En 2001, 29 indicateurs ont été déterminés pour mesurer les progrès réalisés (voir annexe) (Scottish Executive 2001).

Les Pays-Bas se sont fixé l'objectif général de réduire les inégalités de santé de 25% d'ici 2020. Quatre grandes stratégies, énoncées d'une manière d'abord très générale puis ensuite plus détaillées par l'entremise de 26 recommandations spécifiques disposant toutes d'indicateurs de réussite (targets), ont été proposées pour atteindre cet objectif :

- réduire les inégalités dans les domaines de l'éducation, du revenu et des autres facteurs socio-économiques ;
- réduire les effets négatifs des problèmes de santé sur le statut socioéconomique ;
- réduire les effets négatifs du statut socioéconomique sur les problèmes de santé ;
- améliorer l'accès et l'efficacité des services de santé pour les groupes socioéconomiquement désavantagés.

L'Australie ne dispose pas encore d'un programme national mais Turrell (2002) conseille aux décideurs de son pays d'intervenir en même temps sur les déterminants macro, meso et micro des inégalités de santé, proposant de surcroît d'agir tant sur les effets contextuels que ceux de composition. En ce qui concerne le dilemme précédemment évoqué dans le premier chapitre de notre document, Turrelle avance qu'il faut intervenir conjointement sur l'ensemble de la population et sur les groupes les plus défavorisés. Enfin, il ajoute combien il est important de prendre en compte les besoins spécifiques des plus jeunes et d'intervenir tout le long du parcours de vie des individus.

En Suède, le comité national de santé publique a proposé des recommandations d'actions à l'automne 2002, fondées sur six stratégies principales et 18 objectifs (Agren et Hedin sans date). Les stratégies sont les suivantes et leur description montre que la réduction des inégalités de santé est un objectif implicite puisque le comité affirme que « The basic principle underlying efforts in the realm of public health is equality of value for all people » :

- accroître le capital social (réduire les inégalités sociales…) ;
- promouvoir de meilleures conditions de travail ;
- améliorer les conditions de vie des enfants et des jeunes ;

© 2004 Tous droits réservés.

- améliorer l'environnement physique ;
- promouvoir des styles de vie favorables à la santé (en étant solidaire avec ceux qui sont les plus vulnérables concernant leur style de vie à risque) ;
- disposer d'une infrastructure suffisante pour les enjeux de santé publique.

C'est à la lumière de ces propositions qu'en 2002 ce même pays a voulu aller plus loin et a fait voter une loi (« public health objectives » 2002/03 :35) visant à améliorer la santé de la population dans son ensemble et en même temps à réduire les écarts entre les sous-groupes dont elle est composée : « Equal terms for everyone ». L'originalité de cette politique est de prendre acte des inégalités et de vouloir s'attaquer aux déterminants de la santé « *the bill focuses on all the factors in society that affect public health* » (Ministry of health and social affairs 2003, p.1). Onze cibles ont été précisées dans différents domaines.

En Finlande, le gouvernement a mis en place en 2001 une stratégie de protection sociale pour 2010 préconisant des politiques sociales axées sur le soutien à la croissance et au développement des enfants et des jeunes, la prévention de l'exclusion, le soutien aux initiatives personnelles et à la participation des chômeurs, la promotion de l'accès à l'habitat (Raphael 2003).

Au Canada, à la suite d'une conférence consacrée aux déterminants sociaux de la santé, les participants ont proposé dans une charte d'agir à court et long terme (The Toronto Charter for a Healthy Canada 2003). Dans l'immédiat, il est recommandé de diriger les fonds (1,5 milliard) demandés par la commission Romanov vers deux secteurs en particulier : l'habitat et l'éducation. Á plus long terme, il est proposé au gouvernement fédéral d'établir un groupe de travail sur les déterminants sociaux de la santé dans le but de préciser et promouvoir les meilleures politiques publiques permettant d'améliorer la santé des populations. Il reste, semble-t-il, encore beaucoup de plaidoyer à organiser pour que de telles recommandations puissent aboutir, mais les cas précédemment évoqués et repris par Raphael (2003) montrent que rien n'est impossible.

© 2004 Tous droits réservés.

Nous avons déjà évoqué dans un autre document que le Canada et le Québec reconnaissent relativement bien qu'il subsiste une myriade d'inégalités de santé mais que ces contrées occultent cette réalité et ne mettent pas réellement en place des mesures pour la contrer. Le programme national de santé publique du Québec est un exemple « paradigmatique » de cet état d'esprit. Ce nouveau programme reconnaît qu'il existe des inégalités de santé et que certains sous-groupes de la population sont moins nantis que d'autres. Dans la discussion des principaux enjeux contemporains de santé publique au Québec, les auteurs du programme notent que « *le quatrième et dernier défi réside dans la réduction des inégalités en ce qui concerne la santé* » (ministère de la Santé et des Services sociaux 2003, p. 16). Ils se conforment ainsi, du moins en parole, aux exigences prônées par la nouvelle loi de santé publique au Québec, imposant au ministère d'organiser : « *les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé* » (Gouvernement du Québec 2002).

Permettons-nous une remarque sémantique. Les experts ont repéré des sous-groupes de la population moins nantis que d'autres. Ces groupes sont qualifiés de « vulnérables » (ministère de la Santé et des Services sociaux 2003, p.22). Relevons que le terme employé, « groupes vulnérables » est on ne peut plus étrange tant le mot vulnérable dispose d'une connotation que Lupton (1995) nommerait « victim blamimg ». L'emploi de ce terme renvoie à des déterminants individuels des inégalités de santé, « c'est leur faute », et non pas à des déterminants sociaux et politiques. De plus, utiliser ce qualificatif de « vulnérable » occulte le rôle que peuvent jouer les acteurs sociaux et ne prend pas en compte leur capacité d'agir pour changer la situation dans laquelle ils vivent.

Les responsables de ce programme affirment que la réduction des inégalités de santé est un des quatre enjeux majeurs de la santé publique québécoise. Cependant, lorsque l'on regarde en détail les 87 objectifs du programme, aucun n'est exprimé en fonction d'écarts à réduire entre des groupes de la population ! De plus, la seule fois où la réduction des inégalités est explicitement évoquée, c'est dans le domaine des activités de

© 2004 Tous droits réservés.

développement des communautés. Or, deux remarques doivent être faites. *Primo*, ce domaine d'intervention apparaît en quelque sorte comme un « cheveu sur la soupe ». Lorsque l'on évoque la structure du programme dans la première section du document, six domaines d'activités sont présentés, mais pas celui du développement des communautés. Le développement des communautés est conçu simplement comme une stratégie d'intervention et non comme un domaine d'activités. *Secundo*, ce domaine, donc le seul évoquant clairement « *des activités qui réduisent les inégalités de santé* » (ministère de la Santé et des Services sociaux 2003, p.71), est le seul dont aucun objectif n'a été préalablement déterminé.

2.3 Les résultats des interventions :

Dans cette partie de notre document, nous relatons d'abord les résultats issus d'expériences discutées dans quelques articles publiés ces dernières années, puis nous passons sommairement en revue les enseignements tirés par les auteurs de plusieurs chapitres du récent livre européen en ce qui concerne certains secteurs d'interventions (Mackenbach et Bakker 2002).

Á notre connaissance, seulement deux revues internationales de la littérature ont été produites pour analyser les résultats des interventions visant à réduire les inégalités de santé. Ces deux articles sont parus en même temps, soit en 1996 (Arblaster, Lambert et al. 1996; Gepkens et Gunning-Schepers 1996). Le fait que ces deux articles proviennent des deux pays les plus avancés dans la lutte contre les inégalités de santé, l'Angleterre et les Pays-Bas, n'a rien de très surprenant.

Des interventions variées

Gepkens et Gunning-Schepers (1996) ont analysé 98 articles scientifiques et 31 rapports produits jusqu'en juin 1993. Plus de la moitié des articles relatent des expériences américaines, 20% anglaises et 20% hollandaises. Les rapports, quant à eux, proviennent des Pays-bas (23) et de l'Angleterre (8). Relevons que dans la plupart des publications,

© 2004 Tous droits réservés.

les résultats mesurés l'étaient en fonction de l'efficacité absolue et non pas relative. Autrement dit, les chercheurs s'intéressaient plus aux résultats pour les populations cibles des interventions et moins à la réduction des écarts entre les sous-groupes de la population générale. Les interventions classées comme efficaces par les auteurs de cette revue sont celles dont les résultats ont été positifs concernant l'état de santé et lorsqu'elles, au minimum, ont été aussi efficaces pour les plus économiquement pauvres et pour les plus riches.

Ce qu'il faut d'abord remarquer est que la majeure partie des interventions s'adresse à des déterminants individuels (comportements) ou au système de santé (accès aux soins). Les déterminants plus macroscopiques (environnement physique et social), dont nous savons qu'ils interviennent beaucoup plus que les autres dans l'explication des inégalités de santé, ne sont que très peu visés. Ce qui permet à Whitehead de relever, commentant le rapport préliminaire à la publication de cette étude, « there is an overwhelming concentration at policy level 1 [individuels] » (Whitehead 1995, p. 27). Certains déterminants de la santé, ce qui est fort révélateur, n'ont jamais été l'objectif des interventions, tels que la défavorisation matérielle, les conditions environnementales, l'environnement physique du travail ou de l'école, les assurances sociales, les conditions de travail et d'habitation, la qualité des services de santé, les activités de loisir. Les auteurs de la revue ont aussi classé les interventions en fonction de catégories d'action. Quarante des 98 interventions ciblent des groupes spécifiques d'âge (dont 32, les enfants), 25 sont organisées pour réduire des disparités liées à des maladies particulières (majoritairement les maladies cardiovasculaires et cancer du sein et des cervicales), 26 cherchent à intervenir concernant l'accessibilité au système de soins et le chômage, et enfin sept interventions n'ont pas pu être classées. En ce qui concerne l'efficacité des interventions, les auteurs de la revue ont porté un jugement sur les 98 publications en fonction de trois degrés : efficace, inefficace, douteuse. Le tableau suivant présente ces résultats au regard des types d'intervention.

© 2004 Tous droits réservés. http://www.univ-lille1.fr/bustl

Type d'intervention	Efficace	Douteuse	Inefficace	Total
Mesures structurelles	11	4	1	16
Système de santé actuel	5	3	3	11
Education à la santé				
Donner des informations	6	6	4	16
Informations et soutien personnel	32	12	5	49
Promotion de la santé et mesures structurelles	2	1	-	3
Autre	2	1	-	3
Total	**58**	**27**	**13**	**98**

Tableau 1 : l'efficacité des interventions selon leur type

Il faut d'abord remarquer que 58 interventions sur un total de 98 sont jugées efficaces, soit un peu plus de la moitié seulement. Toutes proportions gardées, celles dont l'efficacité a été moindre sont celles qui consistent à donner des informations au public (6/16) et celles agissant sur le système de santé actuel (5/11). Les autres types d'intervention ont été efficaces dans les mêmes proportions, environ 6/10. Il faut signaler que les mesures structurelles les plus efficaces ont agi dans le but d'améliorer l'accessibilité financière aux services de santé. On peut émettre l'hypothèse, faute d'information, que cela est surtout vrai dans le cas des Etats-Unis. Les auteurs ajoutent, ce qui n'est pas nouveau (Whitehead 1995), que les programmes d'éducation à la santé qui se basent uniquement sur la distribution d'information paraissent surtout efficaces pour les catégories de personnes des groupes favorisés sur le plan socio-économique. Par contre, les interventions alliant un soutien personnel (e.g visite à domicile) à la distribution d'informations sont efficaces pour l'ensemble des sous-groupes de la population.

En guise de conclusion concernant cet article, il nous faut d'abord préciser que la qualité des évaluations de ces projets ne permet aucunement de prendre position quant à leur efficience (coût-efficacité). Ensuite, puisque un grand nombre de ces interventions se sont déroulées dans un contexte « étatsunien », il convient d'être prudent quant à leur validité externe par rapport à nos sociétés où l'État intervient (pour l'instant !) encore

© 2004 Tous droits réservés.

beaucoup, notamment dans le système de santé. Enfin, cette revue de littérature permet de mesurer l'ampleur des démarches scientifiques qu'il reste à déployer pour rendre compte de l'efficacité des interventions. Il reste encore beaucoup à faire pour que les devis d'évaluation soient à la hauteur des exigences scientifiques, pour que les résultats soient donnés en fonction d'indicateurs de santé et si possible mesurés par rapport à la pérennité de l'impact des interventions. Les comparaisons entre toutes ces études ne sont pas encore faciles à réaliser. Les auteurs concluent *« despite the promising yield of experiment in this review, it is clear that we do not yet have sufficient scientific data on which to base a rational policy to reduce socioeconomic health difference*" (p. 222).

Les services de santé

À la même époque, en 1996, a été publiée une autre analyse de la littérature sur l'efficacité des interventions dans la réduction des inégalités de santé. Mais cette fois-ci, les auteurs de cette revue se sont surtout attachés à regarder les interventions liés aux services de santé et non à d'autres déterminants (Arblaster, Lambert et al. 1996). Les interventions étudiées s'étalent sur une période allant de 1984 à 1994. Celles retenues dans cette revue sont celles qui ont soit ciblé les groupes qui ont le plus de besoins, soit visé à réduire la morbidité des sous-groupes de la population ayant les indicateurs de santé les moins bons. Les auteurs ont ainsi analysé 94 articles présentant l'évaluation d'interventions visant la réduction des inégalités de santé. Uniquement les évaluations utilisant un devis de type expérimental (ou quasi) ont été sélectionnées quelle que soit la langue dans laquelle l'article a été publié. Les résultats de cette analyse sont présentés par les auteurs sous la forme de thème abordés par les interventions, soit les accidents, les cancers, les maladies coronariennes, la santé sexuelle, le Sida et la prévention des grossesses à l'adolescence, la santé mentale, les femmes enceintes et la naissance des enfants. Le lecteur intéressé par ces problématiques pourra trouver les détails dans l'article, nous nous limiterons dans le cadre de ce document à rapporter l'analyse des auteurs concernant les caractéristiques des interventions jugées efficaces dans leur objectif d'améliorer la santé des groupes défavorisés. Voici les points importants relevés par les auteurs pour que ces interventions soient efficaces :

© 2004 Tous droits réservés.

- intervenir d'une manière intensive et soutenue ;
- s'assurer que la communauté soutienne l'intervention ;
- agir selon une approche multidisciplinaire et à l'aide d'intervention multiples ;
- bien qu'il ne soit toujours pas évident s'il est préférable de cibler un groupe ou les individus, les auteurs expliquent que beaucoup d'interventions utilisant une interaction directe avec les gens (« face-to-face ») ont été efficaces ;
- intervenir dans plusieurs milieux (setting) en même temps ;
- réaliser une étude des besoins avant l'implantation de l'intervention ;
- s'organiser pour que les interventions soient culturellement appropriées ;
- les caractéristiques de la personne devant mettre en œuvre l'intervention sont importantes. Ces intervenants doivent aussi être bien formés ;
- il faut être prudent dans l'utilisation du matériel de promotion de la santé qui peut, dans certains cas, accroître les inégalités. Il convient donc de tenter aussi d'améliorer les compétences individuelles des populations cibles ;
- fournir un soutien matériel peut dans certains cas être efficace ;
- déployer des stratégies permettant aux personnes de se souvenir qu'elles doivent, par exemple, se rendre à une consultation prévue depuis longue date.

Les auteurs de cette revue rappellent, comme beaucoup d'autres, combien il est délicat d'évaluer de telles interventions et d'associer un lien de causalité entre ces dernières et l'état de santé des individus. La qualité des évaluations étudiées ne répond pas toujours aux critères habituellement mis en avant. Ainsi, les auteurs remettent aussi en cause la validité externe de ces interventions et réclament beaucoup de prudence quant à l'utilisation de leur analyse pour développer des actions visant la réduction des inégalités. Ainsi, pour aider les promoteurs de projets de ce type, Arblaster et al (1996) proposent judicieusement une liste de critères à considérer pour mettre en œuvre ces interventions. Treize questions sont soulevées, classées en quatre catégories (l'intervention, les participants et le milieu, les intervenants, les ressources et le soutien matériel), comme autant de critères à étudier pour le développement des actions.

© 2004 Tous droits réservés.

Le système de santé, si nous savons qu'il n'intervient que minimalement dans l'explication des inégalités de santé, il y contribue malgré tout, notamment lorsqu'il est question de l'accès aux soins. Trente six interventions ont été analysées par Paterson et Judge (2002) dont les objectifs et problématiques étaient variés : dépistage de cancer, traitement des risques tels que l'hypertension, santé maternelle et infantile. Dix neuf de ces interventions ont ciblé les plus pauvres et ont été jugées efficaces, tandis que pour huit cela a été l'inverse. Ensuite, cinq interventions n'ont pas été centrée sur les plus pauvres mais ont malgré tout eu des résultats positifs pour ces derniers ainsi que pour les catégories les plus favorisées. Ainsi, le rôle que peut jouer le système de santé, s'il n'est pas essentiel, ne doit pas être négligé, affirment les auteurs de cette étude (Paterson et Judge 2002). Ces experts discutent aussi de l'importance, comme certain pays tentent de le faire, de prendre en compte les besoins locaux pour l'allocation des ressources dans le système de santé.

La Finlande : les revenus

Les politiques publiques permettant d'intervenir sur les revenus des citoyens sont habituellement mises en œuvre dans les pays industrialisés de type socialiste (Etat-providence). La Finlande, tout comme la Suède, a réussi à maintenir le niveau d'inégalités de santé malgré une forte récession économique apparue en 1994 alors qu'en 1986 le développement du pays était à un haut niveau (Lahelma, Keskimäki et al. 2002). Pour arriver à cela, la Finlande a décidé de ne pas réduire ses politiques sociales et le système de base a été maintenu, bien que les difficultés économiques incitaient à une réduction des dépenses gouvernementales. Et lorsque des coupures budgétaires étaient obligatoires, elles ont touchées l'ensemble de la population (action universelle) et pas seulement ceux dont le risque de devenir pauvre était le plus grand. Cela étant dit, depuis la fin de la récession économique, l'ampleur des inégalités de santé paraît s'accroître. Le renouveau semble majoritairement bénéficier aux plus riches qu'aux plus pauvres. Les auteurs de cette recherche précisent que l'une des leçons à retenir est que l'Etat-providence paraît mieux armé pour limiter l'augmentation des inégalités lors des récessions que lorsque l'économie se développe (Lahelma, Keskimäki et al. 2002).

© 2004 Tous droits réservés.

L'Espagne : population de femmes enceintes

Á Barcelone, dans un quartier pauvre de la ville (Ciutat Vella) une évaluation de type quasi-expérimental a permis de montrer qu'un programme destiné aux femmes enceintes et à leurs enfants a été efficace pour réduire les écarts, mesurés par le taux de mortalité infantile, entre ce quartier et le reste de la ville (Borrell, Villalbi et al. 2002). Cependant, le chapitre consacré à cette expérience ne nous permet pas d'en savoir plus sur la stratégie implantée, si ce n'est qu'elle cherchait, en détectant très tôt les femmes enceintes et en organisant un suivi à domicile avec une infirmière, à améliorer leur accès aux soins et services sociaux. Les auteurs précisent que cette expérience démontre qu'une intervention ciblée auprès des personnes les pauvres selon une démarche globale (santé et sociale) peut être efficace pour réduire les inégalités de santé. Il serait intéressant d'en savoir plus sur les détails de l'intervention. Toujours dans cette ville, une action globale (santé, service social, accès aux logements) auprès des itinérants et toxicomanes tuberculeux a aussi été efficace. Les taux d'incidence ont fortement chuté pour ces groupes alors que ceux de la population dans son ensemble sont restés stables (Borrell, Villalbi et al. 2002). Ce qui nous paraît important de retenir dans cette expérience barcelonaise est que le caractère global et multidisciplinaire d'une intervention confère à cette dernière une efficacité intéressante. Rien de nouveau dans cette affirmation, tant nous savons qu'il est essentiel d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé, mais ce qui est ici inédit c'est que nous disposons de quelques données probantes démontrant la pertinence de ce type d'approche.

Les conditions de travail

Les conditions de travail paraissent expliquer une grande partie des inégalités de santé, notamment pour les maladies coronariennes, la santé mentale ou encore les troubles musculosquelletiques. Ainsi, l'environnement de travail serait un endroit idéal pour agir en prévention afin de réduire les écarts entre les sous-groupes de la société. Cependant, après leur revue européenne, Hogstedt et Lundberg (2002) nous disent que très peu de programmes ont été mis en place à cet effet. L'une des explications qu'ils donnent est le fait que la santé au travail demeure dans le giron des employeurs, plus intéressés à

© 2004 Tous droits réservés.

améliorer la santé de leurs salariés pour des raisons de qualité et de productivité du travail, qu'à réduire les écarts de santé entre les employés.

La nutrition et l'alimentation

En ce qui concerne les interventions liées à la nutrition et l'alimentation, la revue de littérature réalisée par Prättälä et al (2002) n'a permis de repérer que 32 programmes. La plupart des interventions (23/32) se sont focalisées sur les groupes dits vulnérables et non sur la population dans son ensemble. Ainsi, si quelques interventions ont été efficaces (16/23) pour les personnes issues de ces groupes (efficacité absolue), les évaluations ne permettent pas de porter un jugement sur la distribution des inégalités (efficacité relative). Certaines auteures canadiennes ont même relevé que ce type d'approche, et l'idéologie sous-jacente, a tendance à simplement reproduire les inégalités et non les réduire (McIntyre, Travers et al. 1999). Bien que souvent il soit fait le reproche aux actions destinées à l'ensemble de la population de profiter plus souvent aux groupes les plus privilégiés qu'aux autres, les auteurs de cette revue avancent, ce qui est assez nouveau, que les interventions étudiées dans leur chapitre ne confirment pas cette analyse. Selon eux, très peu de données probantes permettent d'affirmer que les interventions de type universel ont eu pour conséquence d'accroître les écarts entre les sous-groupes de la population (Prättälä, Roos et al. 2002). Sept interventions sur les neuf dirigées vers la population en général ont été efficaces tant pour les plus favorisés que pour les moins favorisés. Cela étant, les auteurs de cette revue terminent leur travail en précisant que l'état actuel des connaissances ne permet pas de connaître les effets à long terme au plan des inégalités nutritionnelles des programmes mis en place.

Le tabagisme

Vingt cinq interventions ciblant les fumeurs ont été analysées au regard de leur impact sur la réduction des inégalités, car, bien souvent, les actions ne sont jugées que sur leur capacité à réduire le nombre global de fumeurs dans la population. Seize sur 25 étaient spécifiquement dirigées vers les personnes défavorisées et la moitié d'entre elles ont été jugées efficaces. En outre, les auteurs de cette revue ont constaté que si 12 interventions

© 2004 Tous droits réservés.

ciblaient la population dans son ensemble, 7 ont été efficaces tant pour les personnes désavantagées que pour les plus avantagées (Platt, Amos et al. 2002).

Les enfants

Á la lumière de leur analyse des multiples programmes européens spécifiquement centrés sur la réduction des inégalités de santé chez les enfants, Mielck et al (2002) ont déterminé quelques principes fondamentaux, pas toujours très pragmatiques ou en lien spécifique avec les enfants, pour que les actions soient efficaces : a) être intensives et interdisciplinaires, b) inclure des actions en « face à face » avec les jeunes ou de petits groupes au sein de leur milieu de vie local (école, maison, etc), c) inclure une étude de besoins préalable afin de s'assurer que l'intervention est en lien avec la culture locale, d) intégrer des agents locaux issus des groupes visés dans le développement et l'implantation du projet, e) fournir un accès à de nouvelles compétences, aux services et soutiens matériels ainsi qu'à des informations et des conseils. Les auteurs ajoutent qu'il faut agir simultanément avec des actions « upstream » et « downstream », non seulement pour des raisons d'efficacité, mais aussi, et cela est suffisamment rare pour le souligner, pour des raisons de coût-efficacité. Mais les auteurs ne donnent pas vraiment d'informations précises sur ce sujet, ce qui est dommage lorsque l'on sait combien les décideurs sont friands de ce type de données probantes.

Les Pays-Bas : des expérimentations évaluées

Aux Pays-bas, après plusieurs années de programmes de recherche afin de mieux connaître et mieux comprendre la situation nationale à propos des inégalités de santé (Mackenbach 1994), le gouvernement a décidé de financer des interventions sur la base des recommandations issues de ces travaux de recherche. En 1994, un programme d'une durée de six ans a été mis en place spécifiquement à cet effet. Ainsi, 12 interventions ont été déployées à partir de 1997, pour un coût total modeste de 2,9 millions US$ et les premiers résultats viennent d'être publiés (Mackenbach et Stronks 2002). La plupart de ces interventions étaient implantées selon un devis expérimental ou quasi-expérimental avec un groupe contrôle et cherchant à agir sur des facteurs relativement faciles à

© 2004 Tous droits réservés.

atteindre. Sur les 12 interventions sept ont été jugées efficaces, c'est-à-dire que des résultats positifs ont été remarqués. Ces programmes sont les suivants :

- un programme intégré en prévention du tabagisme chez les écoliers ;
- un programme de « brossage des dents » dans les écoles primaires ;
- des méthodes de travail et des équipements adaptés pour les maçons ;
- le roulement dans les tâches des éboueurs ;
- la formation des réseaux de soins locaux ;
- l'éducation par les pairs des patients diabétiques d'origine turque ;
- l'introduction de la pratique infirmière pour les patients asthmatiques et souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques.

Des experts de plusieurs domaines (revenu, éducation, santé, etc) se sont penchés sur les résultats de ces interventions pour envisager de recommander certaines pratiques afin d'étendre le programme gouvernemental. Cette analyse leur a permis d'avancer que les données probantes ne sont pas suffisantes et que pour être en mesure de faire des recommandations, il est nécessaire que des interventions à plus large échelle soient mises en place. Ils ont malgré tout proposé, d'une part, des objectifs à atteindre (target), et d'autre part, une combinaison de plusieurs interventions « prometteuses » que nous proposons en annexe. Les experts ont voulu que ces interventions soient développées à quatre plans : 1) cibler les groupes les plus défavorisés sur le plan socio-économique, 2) réduire les effets de la santé sur les désavantages socioéconomiques, 3) agir sur les facteurs intervenants comme médiateurs des effets sur la santé des désavantages socioéconomiques, 4) améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé. En conclusion, les auteurs de cet article veulent préciser que des efforts de coordination et de partage d'informations doivent être fournis entre tous les pays. Selon eux, un pays seul ne pourra que contribuer à une infime partie du développement des connaissances nécessaires pour déterminer les meilleures stratégies afin de réduire les inégalités de santé.

© 2004 Tous droits réservés.

L'Angleterre : une stratégie à long terme

Entre l'été 2001 et l'été 2002 en Angleterre, le gouvernement a décidé de rassembler l'ensemble de ses ministères et de ses organismes déconcentrés autour d'une étude visant à réfléchir sur la meilleure façon de lier les ressources disponibles avec les besoins de santé des populations et de développer une stratégie à long terme pour réduire les inégalités de santé (Department of health 2002). Á la lumière de plusieurs études des caractéristiques essentielles des interventions permettant d'améliorer la santé des populations et notamment celle des plus pauvres, les auteurs de ce rapport suggèrent les éléments suivants concernant les actions à mettre en œuvre :

- l'étude des besoins doit être réalisée au niveau local et doit impliquer les communautés ;
- il faut mettre en place des mécanismes permettant aux organisations de travailler ensemble ;
- les membres de la communauté locale doivent être présents lors de la planification et la mise en œuvre des projets ;
- les projets ciblant des groupes particuliers doivent être acceptés par ces derniers et mis en place dans des milieux accessibles et appropriés ;
- il faut former et soutenir les intervenants (bénévoles, pairs, réseau local) ;
- le soutien politique à ces interventions doit être visible ;
- les ressources doivent être réorientées pour systématiquement financer des projets communautaires ;
- il faut développer des politiques et les mettre en œuvre selon des stratégies communautaires dans le but d'apporter des changements majeurs dans les priorités organisationnelles et les politiques publiques ;
- il faut accroître la flexibilité des organisations, elles doivent être plus réactives et déléguer de façon croissante.

Puis les auteurs de cette revue proposent une liste, non pas d'interventions mais plutôt de domaines dans lesquels il faudra agir pour réduire les inégalités de santé (voir annexe). Compte tenu de la nature des inégalités de santé en Angleterre et des objectifs fixés en 2001 par le gouvernement, les experts ont proposé dans ce document d'implanter les

© 2004 Tous droits réservés.

interventions décrites à la page suivante. Ce qu'il faut relever, c'est que ces interventions ont été proposées au regard de trois critères : l'ampleur des inégalités et de leurs déterminants dans le pays, l'efficacité (plus ou moins) connue des interventions, la contribution à l'atteinte des objectifs fixés préalablement. Les auteurs du rapport, paraphrasant un concept datant à notre connaissance des années 70, introduisent la notion de « inverse research law ». Les données probantes quant aux interventions sont issues de recherches visant à agir sur un seul facteur de risque, alors que celles s'attardant sur des déterminants plus complexes sont rares et lorsqu'elles existent, elles se sont surtout penchées sur les effets globaux sur la santé et non sur la réduction des inégalités de santé.

Pour réduire les écarts d'espérance de vie par zone géographique, il faut :

- réduire les taux de tabagisme chez les travailleurs manuels en développant les programmes de cessation, d'éducation, etc ;
- prévenir et gérer efficacement les autres facteurs de risque de première ligne (alimentation, obésité, hypertension, etc.) à l'aide d'interventions thérapeutiques et d'autres agissant sur les styles de vie ;
- améliorer l'environnement afin de rendre l'habitat de meilleure qualité et plus sécuritaire et de réduire les accidents de la route ;
- cibler les personnes de plus de 50 ans car c'est auprès de ce groupe d'âges que les effets à court terme seront les plus importants sur les écarts d'espérance de vie.

Pour réduire les écarts de mortalité infantile entre les classes sociales, il faut :

- soutenir les enfants des quartiers pauvres dans leurs premières années (0-3 ans) de vie (e.g programme Sure Start[3]) ;
- réduire le taux de tabagisme chez les femmes enceintes ;
- prévenir le tabagisme chez les adolescentes enceintes ;
- améliorer l'habitat des enfants des quartiers pauvres ;
- organiser d'autres formes d'interventions du système de santé dans les premières années de vie (vaccination, allaitement, alimentation, etc.).

[3] pour des informations sur ce programme, voir Mielck, A., H. Graham, et al. (2002). Children, an important target group for the reduction of socioeconomic inequalities in health. Reducing inequalities in health. A european perspective. M. J. Bakker. London and New York, Routledge**:** 144-168.

© 2004 Tous droits réservés.

Plus loin dans ce document, les responsables ont souhaité impliquer l'ensemble des ministères anglais dans la réduction des inégalités. Ainsi, à partir des objectifs nationaux sont déclinées plusieurs actions, allant des mesures fiscales à l'emploi en passant par la réduction du tabagisme, pour lesquelles des ministères ont été définis comme responsables. Le ministère des transports, celui de la culture ou encore celui de l'éducation sont ainsi impliqués dans une stratégie qui devient nationale et non plus simplement soutenue par le seul ministère de la santé.

© 2004 Tous droits réservés. http://www.univ-lille1.fr/bustl

3 Conclusion :

L'étude de ces recherches opérationnelles et de ces politiques publiques, nous amène à vouloir conclure notre document en proposant quelques recommandations dans trois domaines différents : la recherche, les politiques publiques et les interventions.

Nous avons vu combien les travaux de recherche étaient essentiellement focalisés sur des considérations liées à la mise en exergue de l'existence des inégalités. Nous croyons qu'il faut poursuivre dans cette voie, notamment en ce qui concerne l'explicitation du processus social et politique de création des inégalités. Cependant, nous voulons aussi affirmer qu'il devient indispensable que les équipes de recherche se rapprochent de leurs collègues opérationnels et que des travaux soient entrepris pour que l'évaluation des effets et de l'implantation des interventions soient réalisée au regard des inégalités de santé. Il reste beaucoup à faire, notamment au plan méthodologique, pour rendre compte des conséquences (positives ou négatives) des interventions sur des sous-groupes de la population ou de la population en général. Mais il ne faudrait pas non plus tomber dans le panneau du « gold standard » et des devis de recherche ne reposant que sur des solutions expérimentales. Des approches plus inductives, plus liées à l'observation peuvent aussi être utiles et efficaces.

En ce qui concerne les politiques publiques, tel que nous l'avons un peu évoqué, il serait temps que le Canada en général et le Québec en particulier, se préoccupent un peu plus des inégalités de santé. Ce qui semble aujourd'hui manquer est une réelle volonté politique pour que des moyens soient déployés dans ce sens. L'Angleterre, qui ne possède pas le gouvernement le plus socialiste du monde, a réussi à faire en sorte que la lutte contre les inégalités fasse partie des 15 priorités gouvernementales, pourquoi pas le Québec. Un processus de consultation nationale doit être envisagé et l'élaboration d'objectifs précis, prenant en compte les inégalités, devient indispensable. Il faut se fixer collectivement et d'une manière participative des buts à atteindre. Là aussi, le Québec a la chance de pouvoir bénéficier de multiples exemples européens sur lesquels il peut s'appuyer pour établir ses propres indicateurs et priorités. Il ne faudrait pas que les

© 2004 Tous droits réservés.

décideurs se retranchent derrière un nuage de fumée de données probantes. Nous commençons à en disposer et pour en obtenir encore plus, il faut que des interventions, évaluées, soient implantées. Il ne faut pas être paralysé par le manque de preuves. Au Québec, l'une des premières actions qui pourrait être entreprise par la communauté scientifique serait de mieux connaître, d'une part, l'ampleur des inégalités, et d'autre part, la nature des déterminants et des problèmes de ces inégalités. Cela permettrait certainement aux décideurs de commencer à déterminer les « points d'entrée » les plus urgents. L'exemple anglais est intéressant de ce point de vue.

Si l'on en vient maintenant à la question ayant fait l'objet de notre document les interventions visant à réduire les inégalités : que peut-on préconiser après cette étude de la littérature internationale ?

En ce qui a trait au processus, et ce n'est aucunement révolutionnaire d'affirmer cela, il semble essentiel d'impliquer les communautés dans l'établissement des besoins et la définition des actions à entreprendre. Cela doit s'organiser au niveau local.

Ensuite, il paraît aussi évident qu'il ne faut aucunement user ni d'une approche sectorielle ni d'une solution ciblant, soit les plus démunis, soit la population en générale. Aussi difficile à implanter que cela puisse paraître, il faut absolument agir sur tous les fronts, auprès de toutes les cibles possibles et selon une approche intersectorielle. Il faut tenter d'agir en priorité sur les déterminants structuraux et limiter les programmes se reposant exclusivement sur les déterminants individuels de la santé. Pour « lutter contre le gradient » il faut agir à la fois pour les plus mal lotis, mais aussi pour les autres. Dire cela n'est certainement pas très bénéfique pour la détermination d'interventions. Cependant, l'ampleur et les ressources allouées à chacune de ces interventions pourraient, compte tenu de la nécessaire rareté des ressources publiques pour agir, être différentes d'un secteur à l'autre, d'un public à l'autre.

Il ne nous semble pas réellement pertinent de faire des propositions concrètes d'actions à mettre en œuvre tant nous pensons primordial que la détermination de ces dernières soit

© 2004 Tous droits réservés.

une émanation de la population. Au regard des discussions avec les acteurs des communautés locales québécoises, des projets pourront être précisés. Il nous semble même que la formulation, l'implantation puis l'évaluation d'une ou plusieurs interventions communautaires visant la réduction des inégalités pourraient être réalisées à l'occasion d'un projet de recherche-action-participative. Les éléments présentés dans notre document pourront servir à vérifier, en partie, le bien fondé des propositions communautaires compte tenu des données probantes issues des expériences internationales.

© 2004 Tous droits réservés. http://www.univ-lille1.fr/bustl

Références :

Acheson, D. (1998). Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. London: http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm (consulté le 19/12/01).

Agren, G. and A. Hedin (sans date). The new Swedish public health policy, National Institute of Public Health: 9.

Aïach, P. (2000). "La prévention : voie privilégiée pour une santé plus juste ? Une réflexion à mener." Alinéa 11: 5-18.

Aïach, P. and D. Cèbe (1994). "Les inégalités sociales de santé." La Recherche 25(261): 100-109.

Anonyme (2002). "The Copenhagen declaration on reducing social inequalities in health." Scand J Public Health Suppl 59: 78-9.

Arblaster, L., M. Lambert, et al. (1996). "A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health." J Health Serv Res Policy 1(2): 93-103.

Borrell, C., J. R. Villalbi, et al. (2002). Municipal policies. The example of Barcelona. Reducing inequalities in health. A european perspective. M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 77-84.

Bourdelais, P. (2000). L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne. Les inégalités sociales de santé. T. Lang. Paris, INSERN-La découverte: 27-39.

Department of health (2002). Tackling health inequalities 2002 Cross-Cutting Review. London, Department of health: 63.

Department of health (2002). Tackling health inequalities - The result of the consultation exercice. London, DOH: 31.

Department of health (2002). Tackling health inequalities. Summary of the 2002 Cross-Cutting Review, London: 18.

Douglas, M. and A. Scott-Samuel (2001). "Adressing health inequalities in health impact assessment." J Epidemiol Community Health 55: 450-451.

Evans, G. W. (2002). Interpreting and addressing inequalities in health : from Black to Acheson to Blair to ... ? London, OHE - CIAR: 92.

Exworthy, M. (2002). allocution lors du séminaire UK Health Equity Network. Health inequalities: evidence, policy and implementation. Friday 5 July 2002.

Fassin, D. (1996). L'espace politique de la santé, essai de généalogie. Paris, Presses Universitaires de France.

Fassin, D. (2000). Les enjeux politiques de la santé, Études sénégalaises, équatoriennes et françaises. Paris, Karthala.

Frohlich, K. L. and L. Potvin (1999). "Collective Lifestyles as the Target for Health Promotion." Can J Public Health 90(S1): S11-14.

Gepkens, A. and L. J. Gunning-Schepers (1996). "Intervention to reduce socioecomics health differences. A review of international literature." Eur J Public Health 6(3): 218-226.

Gepkens, A. and L. J. Gunning-Schepers (1996). "Interventions to reduce socioeconomic health differences : a review of the international literature." European Journal of Public Health 6: 218-26.

© 2004 Tous droits réservés.

Gouvernement du Québec (2002). Projet de loi n 36. Loi sur la santé publique. Québec: 42.

Hogstedt, C. and I. Lundberg (2002). Work-related policies and interventions. Reducing inequalities in health. A european perspective. M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 85-103.

HPPU and NHS (2002). Health inequalities in the New Scotland. Glasgow, Health promotion policy unit and public health institute of scotland: 59.

Judge, K. and M. Mackenzie (2002). Theory-based evaluation. New approaches to evaluating complex community-based initiatives. Reducing inequalities in health. A european perspective. M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 300-312.

Lahelma, E., I. Keskimäki, et al. (2002). Income maintenance policies. The exemple of Finland. Reducing inequalities in health. A european perspective. M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 67-76.

Lessard, R. (2003). "Nouvelles perspectives sur la santé des montréalais : une action commune pour réduire les inégalités." Policy Options March 2003: 41-45.

Lupton, D. (1995). The imperative of health : public health and the regulated body. London ; Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.

MacIntyre, S. (2001). Socio-economic inequalities in health in Scotland. Social justice... a Scotland where everyone matters (annual report 2001). S. Executive: 116-120.

Macintyre, S. (2003). "Evidence based policy making." Bmj 326(7379): 5-6.

Macintyre, S., I. Chalmers, et al. (2001). "Using evidence to inform health policy: case study." Bmj 322(7280): 222-5.

Macintyre, S. and M. Petticrew (2000). "Good intentions and received wisdom are not enough." J Epidemiol Community Health 54(11): 802-3.

Mackenbach, J. P. (1994). "Socioeconomic inequalities in health in The Netherlands: impact of a five year research programme." Bmj 309(6967): 1487-91.

Mackenbach, J. P. (2003). "Tackling inequalities in health: the need for building a systematic evidence base." J Epidemiol Community Health 57(3): 162.

Mackenbach, J. P. and M. J. Bakker, Eds. (2002). Reducing inequalities in health. A european perspective. London and New York, Routledge.

Mackenbach, J. P., M. J. Bakker, et al. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. Reducing inequalities in health. A european perspective. M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 25-49.

Mackenbach, J. P. and L. J. Gunning-Schepers (1997). "How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated?" J Epidemiol Community Health 51(4): 359-64.

Mackenbach, J. P. and K. Stronks (2002). "A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands." Bmj 325(7371): 1029-32.

Marmot, M. (2001). "Economic and social determinants of disease." Bull World Health Organ 79(10): 988-9.

McIntyre, L., K. Travers, et al. (1999). "Children's feeding programs in Atlantic Canada: reducing or reproducing inequities?" Can J Public Health 90(3): 196-200.

Mielck, A., H. Graham, et al. (2002). Children, an important target group for the reduction of socioeconomic inequalities in health. Reducing inequalities in health.

© 2004 Tous droits réservés.

A european perspective. M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 144-168.

ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Programme national de santé publique 2003-2012. Québec, MSSS: 133.

Ministry of health and social affairs (2003). Public health objectives. fact sheet nr 2 January 2003.

Nutbeam, D., R. Hussey, et al. (2002). Tackling Health Inequalities in England, Reducing Social Inequalities in Health. European Conference in Copenhagen 9th - 10th December 2002. 20/03/2003.

OMS (1999). SANTÉ 21 : La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS. Série européenne de la Santé pour tous, n° 6. http://www.who.dk/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38 (consulté le 20/03/03), OMS: 224.

Paterson, I. and K. Judge (2002). Equality of access to healthcare. Reducing inequalities in health. A european perspective. M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 169-187.

Platt, S., A. Amos, et al. (2002). Smoking Policies. Reducing inequalities in health. A european perspective. M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 125-143.

Prättälä, R., G. Roos, et al. (2002). Food and nutrition policies and interventions. Reducing inequalities in health. A european perspective. M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 104-124.

Raphael, D. (2003). "Addressing the social determinants of health in Canada : Bridging the gap between research findings and public policy." Policy Options march 2003: 35-40.

Rose, G. (1985). "Sick individuals and sick populations." Int J Epidemiol 30(3): 427-32; discussion 433-4.

Scottish Executive (2001). Social Justice Annual Report Scotland 2001. Edinburgh.

Stronks, K. (2002). "Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: the Dutch case." Scand J Public Health Suppl 59: 20-5.

The Toronto Charter for a Healthy Canada (2003). Strengthening the Social Determinants of Health. Toronto: 2.

Turrell, G. (2002). "Reducing socioeconomic health inequalities: issues of relevance for policy." N S W Public Health Bull 13(3): 47-9.

Whitehead, M. (1995). Tackling inequalities : a review of policy initiatives. Tackling inequalities in health. An agenda for action. M. Whitehead, King's Fund: 22-52.

Zollner, H. (2002). "National policies for reducing social inequalities in health in Europe." Scand J Public Health Suppl 59: 6-11.

© 2004 Tous droits réservés.