

Animation pédagogique

Les inégalités sociales de santé



Réseau de recherche
en santé des populations
du Québec

2009



Plan de l'animation

1. Inégalités sociales de santé : état des lieux

(diapositives 5 à 58)

- Un détour par l'histoire
- Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts
- Les déterminants sociaux de la santé
- Des données chiffrées



Plan de l'animation

2. Illustrer les liens entre les inégalités sociales et la santé (diapositives 59 à 115)

- Santé maternelle et infantile
- Santé des jeunes
- Cancers
- Maladies infectieuses
- Maladies cardiovasculaires
- Santé mentale
- Traumatismes non intentionnels
- Accès aux soins



Plan de l'animation

3. Agir pour réduire les inégalités sociales de santé (diapositives 116 à 202)

- Les défis liés à l'intervention
- Ce que l'on sait : la nécessité d'agir
- Retour aux déterminants sociaux de la santé et aux pistes d'action de la CDSS-OMS
- Où, comment et avec qui il faut construire : de grands chantiers

Dans l'eau jusqu'au cou à combattre les alligators, il est facile d'oublier que l'objectif initial était de drainer le marais.

- Traduction libre du proverbe anglais : *When you're up to your neck in alligators, it's easy to forget that the initial objective was to drain the swamp*, utilisé par Sir Michael Marmot pour décrire la lutte contre les inégalités sociales de santé lors d'une présentation faite à Montréal en février 2009 concernant le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS



1. Inégalités sociales de santé : état des lieux

■ Objectifs

- **Connaître** quelques repères socio-historiques sur les inégalités sociales de santé (ISS) et les luttes menées pour les réduire.
- **Comprendre** les concepts clés et les définitions reliés aux ISS.
- **Accroître** sa compréhension de l'action des déterminants sociaux de la santé dans la construction des ISS.
- **Examiner** quelques données chiffrées sur les ISS dans le monde.



1. Inégalités sociales de santé : état des lieux

Prétest

1. Les premiers constats sur les inégalités sociales provoquant des inégalités de santé ont été faits au cours des vingt dernières années.
2. « Inégalités sociales de santé » est synonyme « d'inégalités de santé ».
3. « Inégalités sociales de santé » réfère à « pauvreté ».
4. Les rapports sociaux inégaux fragilisent les individus dans leur potentiel d'autoréalisation, et par là leur état de santé.
5. Les comportements individuels, tel le tabagisme, ont un rôle plus déterminant sur la santé d'un individu que sa position sociale.

(voir diapo 51)



1. Inégalités sociales de santé : état des lieux

- **Un détour par l'histoire**
- Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts
- Les déterminants sociaux de la santé
- Des données chiffrées





Un détour par l'histoire

- Les premiers travaux sur les inégalités sociales de santé (ISS) sont publiés au 19^e siècle.
- 1830, **Louis Villermé** publie un mémoire sur la mortalité dans les différents quartiers de Paris.
- 1840, son rapport sur l'état physique et moral des ouvriers du secteur textile conduit à l'adoption d'une loi interdisant le travail des enfants... avant l'âge de 8 ans.

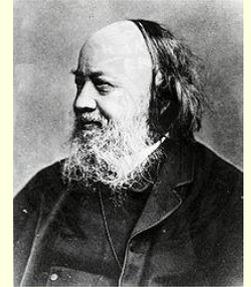
(Berghmans, 2009)





Un détour par l'histoire

- 1842, **Edwin Chadwick** estime qu'en Angleterre les travailleurs auraient pu gagner 13 ans d'espérance de vie en améliorant l'hygiène publique et l'approvisionnement en eau potable.



- 1848, **Rudolf Virchow** enquête sur une épidémie de typhus en Allemagne :



- « On peut accuser les facteurs atmosphériques ou cosmiques mais ceux-ci ne produisent jamais l'épidémie à eux seuls. Ils ne la produisent que là où les gens vivent dans des conditions sociales déplorables... ».
- Il prescrit comme traitement la démocratie, l'éducation, la liberté et la prospérité.



FUTURALITES

COMMUNISTES

F.G.T.B.

P.S.B.

AVEC L'ACTION COMMUNE
LES 50 ANS DE LA
contre
LA VIE CHERE
L'INCIVISME



Un détour par l'histoire

■ 1845, **Friedrich Engels**

- Il affirme, au sujet du développement du capitalisme industriel, que les solutions viendront de la prise de conscience et des combats collectifs du groupe social qui pâtit le plus de la situation, soit le prolétariat.

■ 1883, **Otto von Bismarck**

- Il cherche à rallier les ouvriers à l'Empire par des mesures sociales.
- Il fait voter les lois d'assurances sociales couvrant les risques maladies (1883) et accidents (1884).
- Il crée des caisses de retraite pour les vieillards et les infirmes (1889).

1945, **Lord Beveridge**

- Il est le père du système de protection sociale en Grande-Bretagne.
- Il convainc les conservateurs sceptiques d'adopter ses propositions avec des arguments de meilleure productivité et de compétitivité.

(Berghmans, 2009)





Un détour par l'histoire

■ 1978, **Déclaration d'Alma-Ata**

« La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réaffirme que la santé (...) est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé » (OMS, 1978).

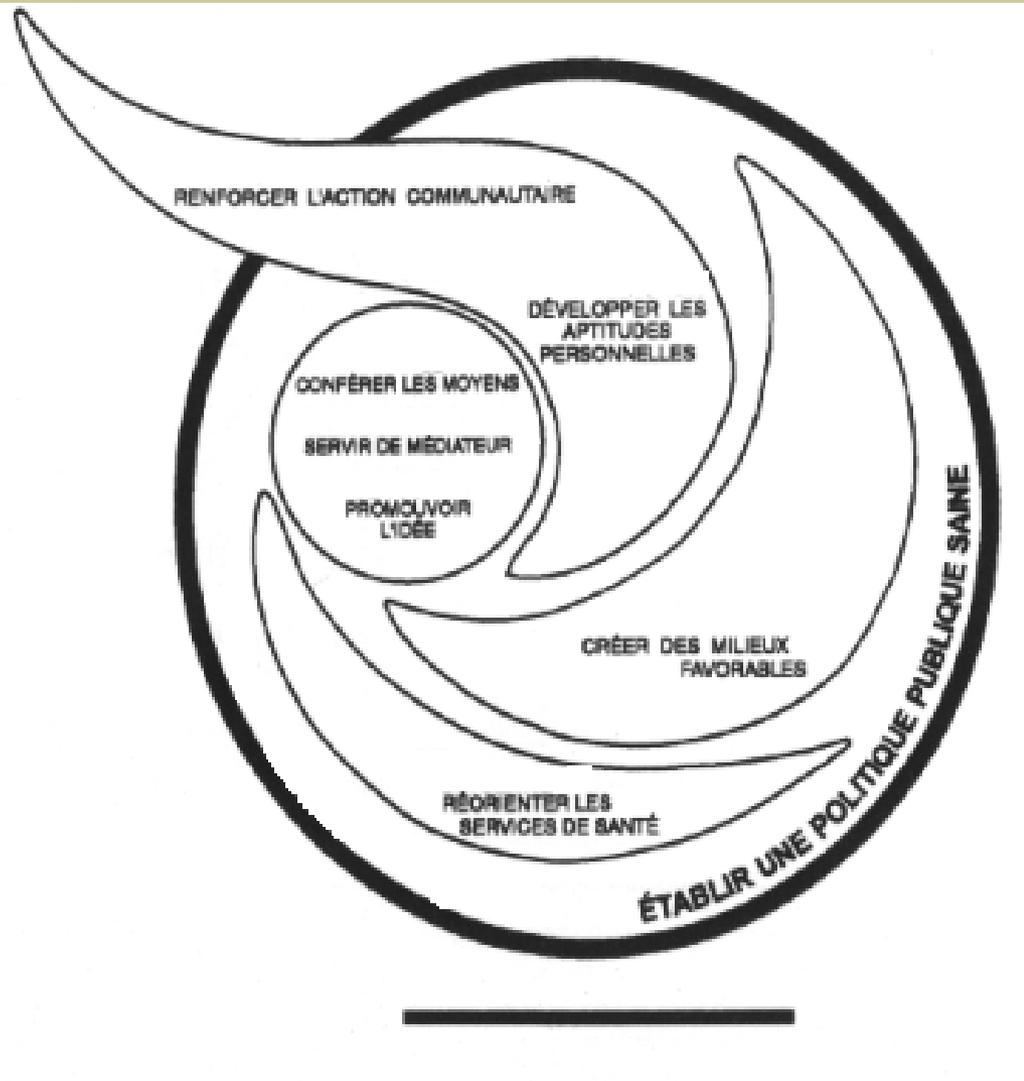
■ 1987, **Initiative de Bamako**

« Parrainée par l'UNICEF et l'OMS, et adoptée par les ministres africains de la santé en 1987, (...) elle visait à élargir l'accès aux soins de santé primaires en améliorant la qualité, l'efficacité, la viabilité financière et l'équité des services de santé » (OMS, 1988)

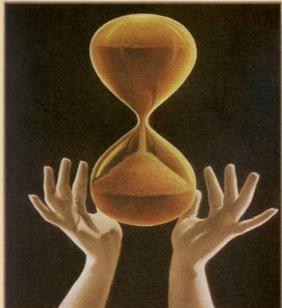
Médecine moderne et hégémonie médicale vs une « nouvelle santé publique »



Illustration : Lena Stennicova (2009)



Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986)



Un détour par l'histoire

- À partir de la moitié du XX^e siècle...
 - L'essor de la médecine scientifique et technologique laisse croire que l'accès aux soins est le remède aux inégalités sociales de santé.

- 1986, la Charte d'Ottawa
 - Modèle explicatif des déterminants sociaux de la santé qui débouchera sur un nouveau référentiel pour l'intervention : la promotion de la santé.
 - « La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé » (OMS, 1986).

(Berghmans, 2009)



1. Inégalités sociales de santé : état des lieux

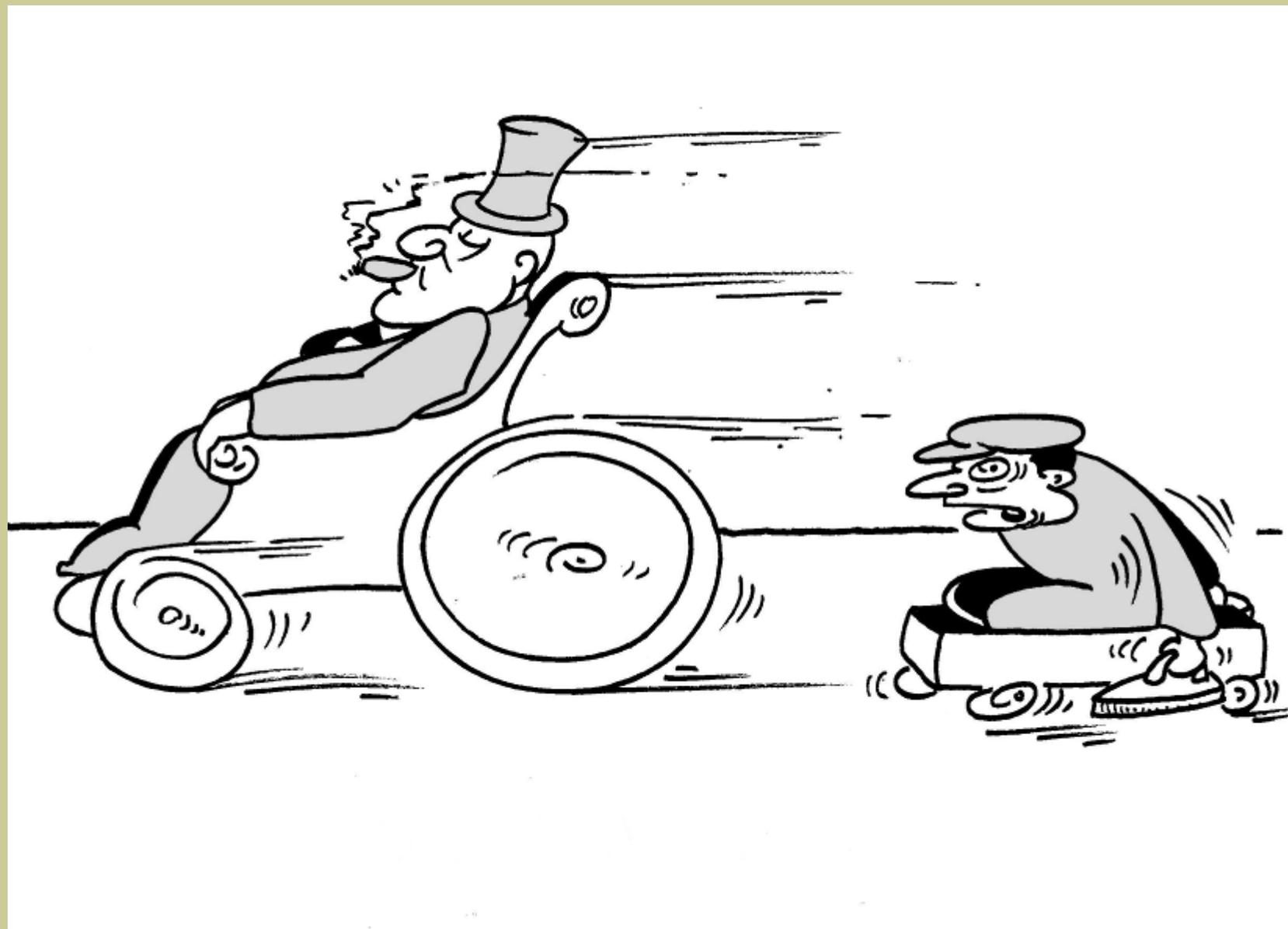
- Un détour par l'histoire
- **Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts**
- Les déterminants sociaux de la santé
- Des données chiffrées



Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts

Définition des inégalités sociales de santé

- Réfèrent aux disparités observées quant à l'état général de santé entre des groupes sociaux (De Koninck *et al.*, 2008).
- Se distinguent des « inégalités de santé » qui ne relèvent pas de la justice sociale (les inégalités de santé entre jeunes et personnes âgées par exemple).
- Les « inégalités sociales de santé » sont donc de véritables iniquités de santé (Braverman et Gruskin, 2003).



Source : Social et Sociétal, [En ligne] <http://social.societal.free.fr/?p=279>, (consulté le 8 août 2009)

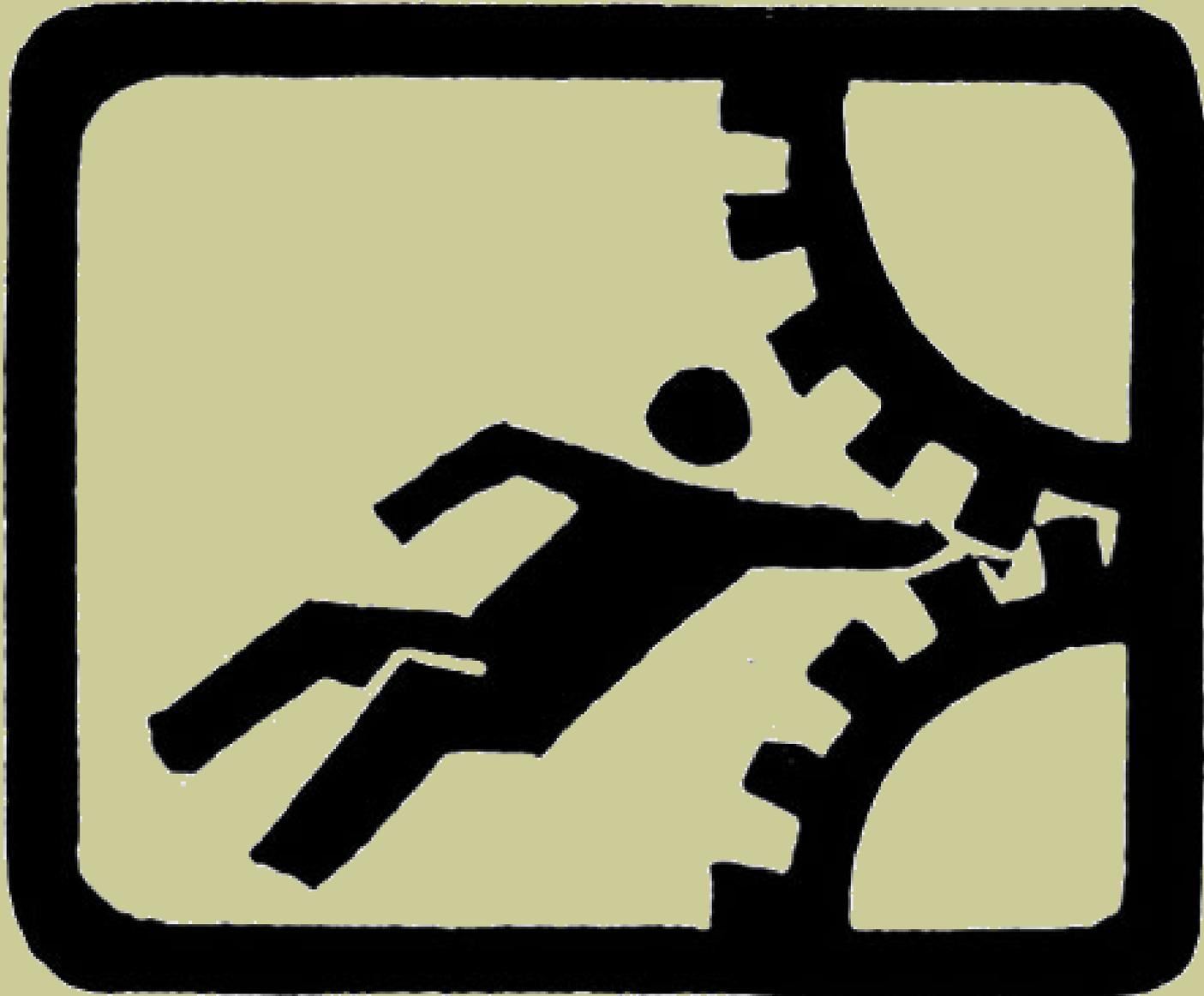


Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts

Pourquoi sont-elles injustes?

- Les personnes, de diverses couches sociales ne disposent pas d'une réelle égalité des chances pour atteindre leur niveau de santé optimal (Ridde et al., 2007).
- Les disparités observées dans l'état de santé entre les groupes sociaux sont la conséquence d'une **distribution inégale et injuste des déterminants sociaux de la santé.**

Inévitable?





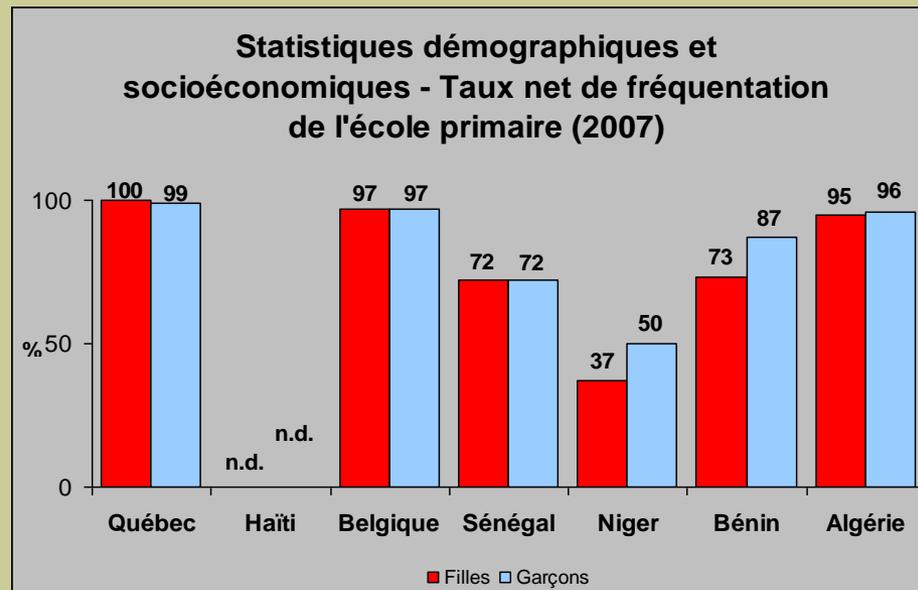
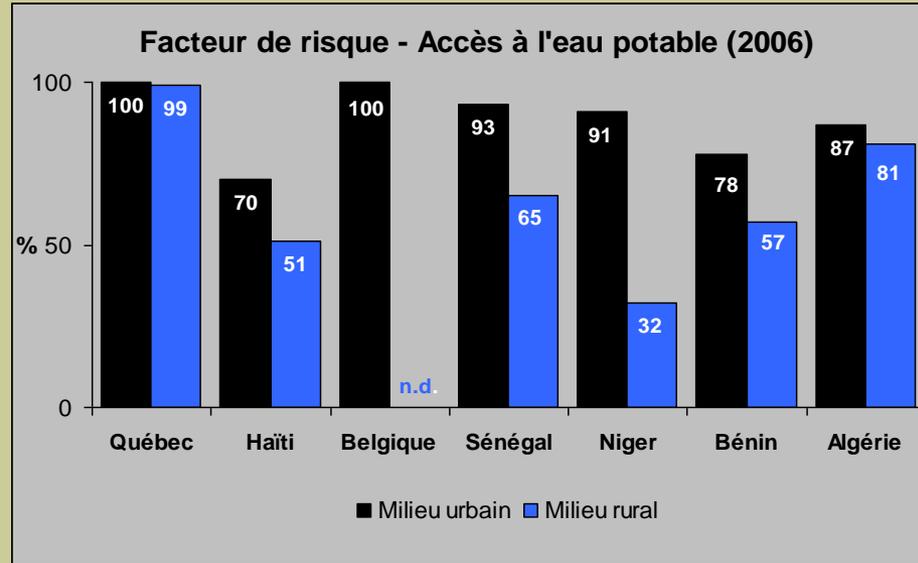
Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts

Sont-elles naturelles? inévitables?

- Cette distribution inégale et ses différentes manifestations de fragilité sociale ne sont ni naturelles, ni inévitables.
 - Les variations des taux de mortalité et de morbidité, par rapport aux différentes situations liées à la santé dans le monde, peuvent être attribuées à l'organisation sociopolitique.
 - Mettre en cause cet état de fait mène à une distribution plus équitable de l'action des déterminants sociaux de la santé entre les groupes.

(Consortium DETERMINE, 2008)

Exemples d'indicateurs





Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts

Inégalités sociales de santé et pauvreté

- Les inégalités sociales de santé ne sont pas un synonyme de pauvreté.
- Les inégalités sociales de santé se distribuent selon le gradient social.



Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts

Que signifie gradient social?

- Le terme « gradient » évoque un *continuum*, le fait que la fréquence (p.ex. d'un problème de santé) augmente régulièrement en fonction d'une caractéristique (revenu, niveau d'études, etc.).
- On parle d'un gradient social lorsque la fréquence (p. ex : d'un problème de santé) augmente régulièrement des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées.

(Lang, Leclerc, Kaminski, 2008: 255)

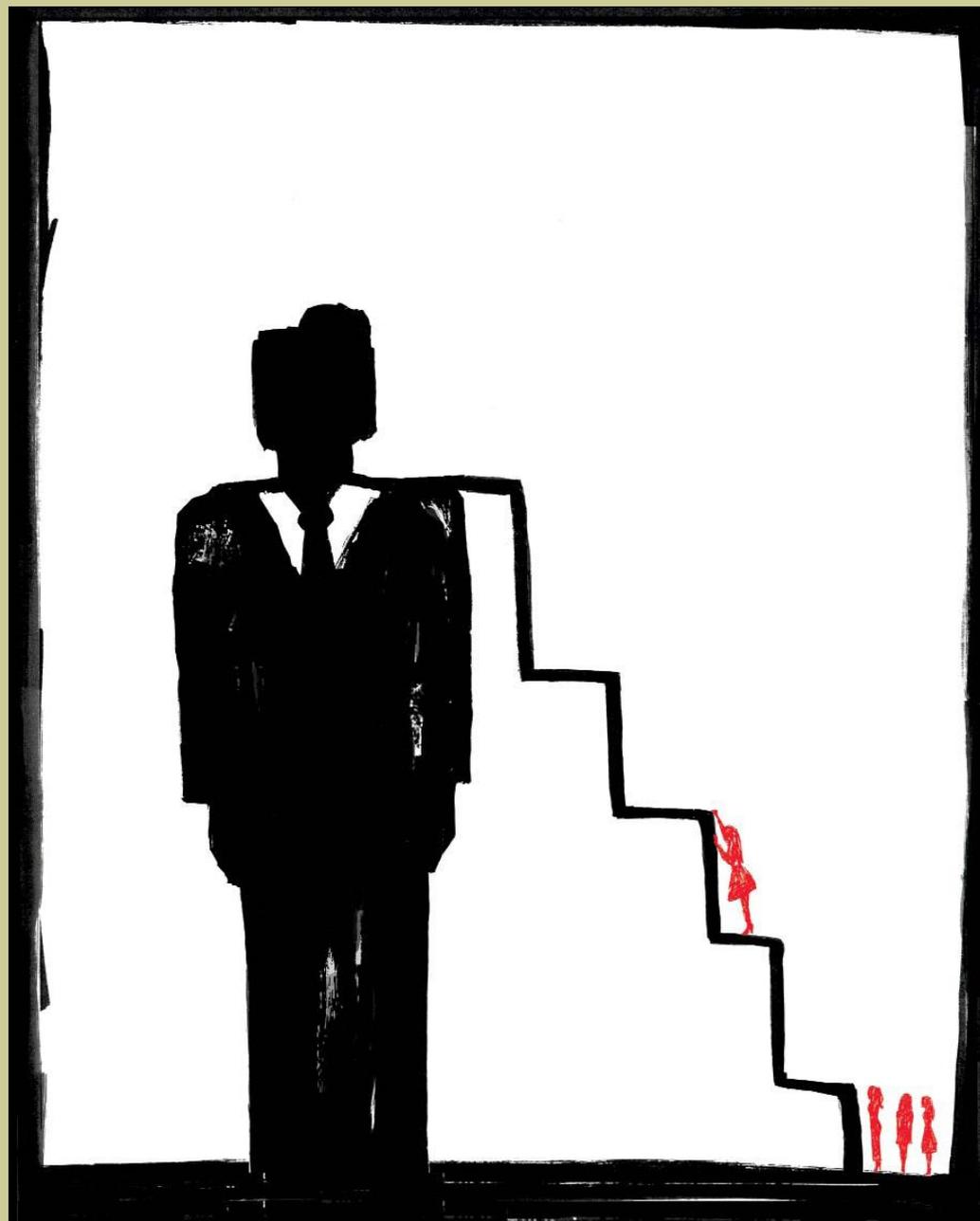


Illustration : Lena Stennicova



Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts

Les ISS concernent toute la population

- « Si [par nos interventions] nous ciblons seulement les 10 % les plus pauvres, nous passons à côté de l'essence du problème que sont les inégalités sociales de santé » (Marmot, 2009).
- « L'équité en général impose une juste solution à l'égard des inégalités, pas seulement pour les plus pauvres, mais pour tout le monde et à tous les niveaux » (Mooney, 1999).



Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts

Le cumul des inégalités sociales

- Les difficultés liées aux conditions de vie sont très variables :
 - « C'est le cumul de manques ou de difficultés qui est significatif » (INSEE, 2007).
 - « L'injustice s'accroît lorsque les problèmes tendent à se multiplier et à se concentrer, se renforçant les uns les autres, créant ainsi des groupes très vulnérables en matière de santé » (Paquet, 1994).



Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts

Comment les inégalités se perpétuent dans les parcours de vie?

- L'expérience des ISS est un **processus** dynamique marqué par des étapes, des allers-retours, des singularités dans des parcours de vie s'inscrivant dans des contextes.
- La vie est faite de possibilités et de contraintes imposées
 - « L'environnement dans lequel vivent les personnes limite forcément les possibilités d'action de celles-ci; il modèle de l'extérieur leurs conduites, jusqu'à empêcher les personnes d'agir dans certains cas » (Bibeau et Fortin, 2008).



Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts

Comment les inégalités se perpétuent dans les parcours de vie ?

- Pour contrer la perpétuation des ISS, il faut s'attaquer aux mécanismes qui détériorent systématiquement les conditions de vie de certains groupes sociaux.
- Des rapports sociaux empreints de justice et de solidarité sont nécessaires pour enrayer les processus sociaux délétères.



1. Inégalités sociales de santé : état des lieux

- Un détour par l'histoire
- Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts
- **Les déterminants sociaux de la santé**
- Des données chiffrées



Les déterminants sociaux de la santé

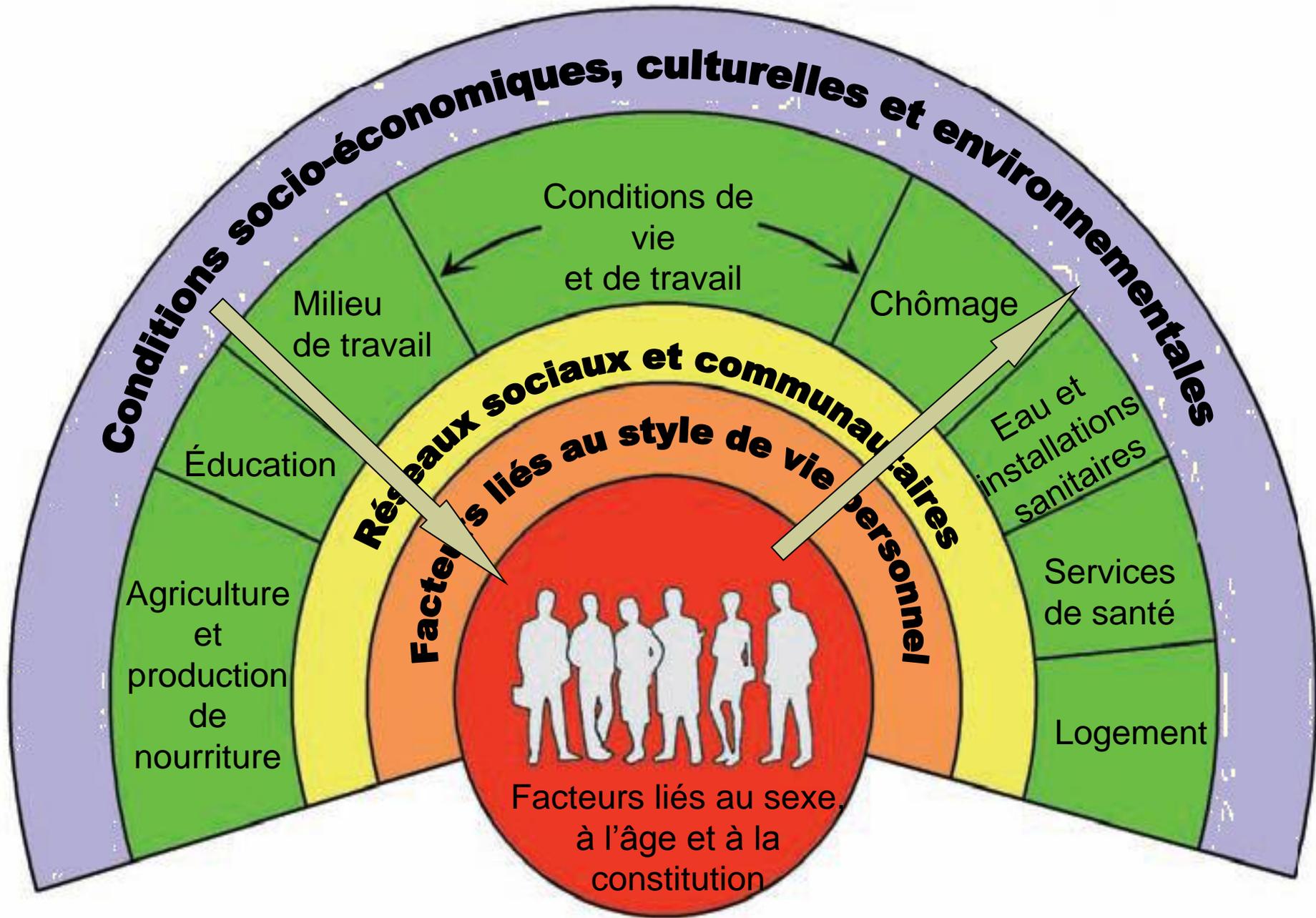
- Il est établi que la santé des populations est influencée et résulte de l'action des déterminants sociaux.
 - Cette évidence, constatée pendant plusieurs siècles, n'a pas réussi à créer un « sentiment d'urgence » pour intervenir sur les causes sociales de la santé et de la maladie (McQueen, D.V., 2009).



Les déterminants sociaux de la santé

- Les mécanismes complexes qui peuvent expliquer et entraîner la distribution inégale des problèmes de santé trouvent leur origine de la sphère sociale
 - La répartition des problèmes de santé est socialement stratifiée.
 - Ces facteurs explicatifs de la santé et du bien-être sont appelés « déterminants sociaux de la santé ».

(Goldberg et al., 2002)





Les déterminants sociaux de la santé

ISS et rapports sociaux

- Les ISS renvoient à un questionnement sur la place de chacun dans la société, de son inscription dans les **rapports sociaux** et de sa capacité à y être reconnu.
 - En l'absence d'accès à un rôle social et professionnel valorisé et devant la non-reconnaissance de son importance dans le monde dans lequel il vit, l'individu est fragilisé et privé des moyens et des conditions nécessaires à une construction identitaire qui lui permettrait d'agir, de se positionner dans le monde et d'être actif (de Queiroz, 1996).



Les déterminants sociaux de la santé

Rapports sociaux de pouvoir

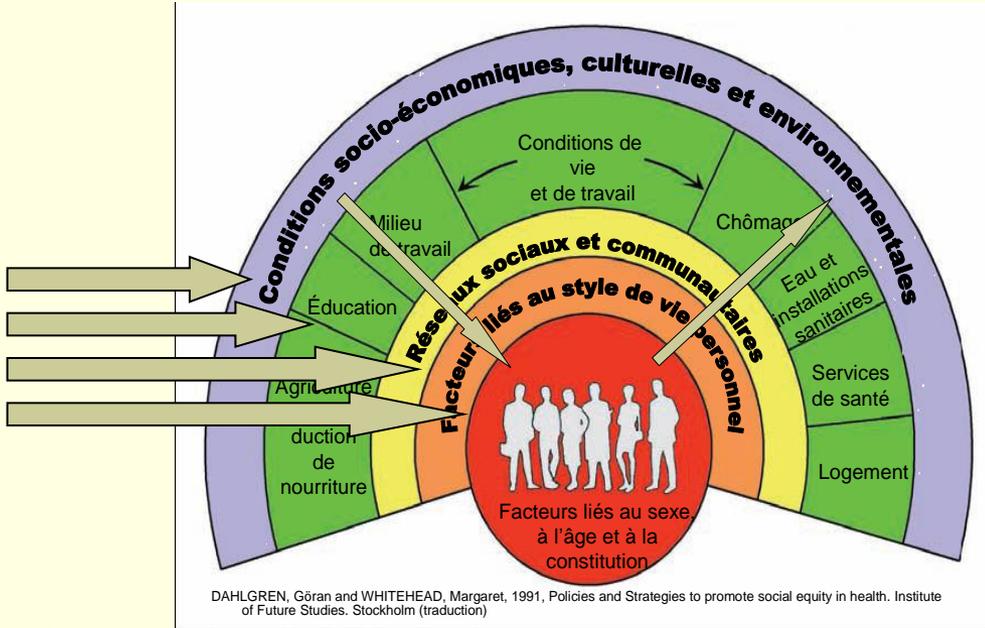
- ➔ Hiérarchisation des rapports sociaux
- ➔ Injustice sociale
- ➔ Difficulté d'autoréalisation
- ➔ Individus et groupes démunis
- ➔ **Fragilisation du social** produite par une distribution inéquitable de l'action des déterminants sociaux de la santé



Les déterminants sociaux de la santé

Les « causes des causes » des inégalités sociales de santé : **la distribution inéquitable** des déterminants sociaux de la santé

INÉGALITÉS AU NIVEAU DE

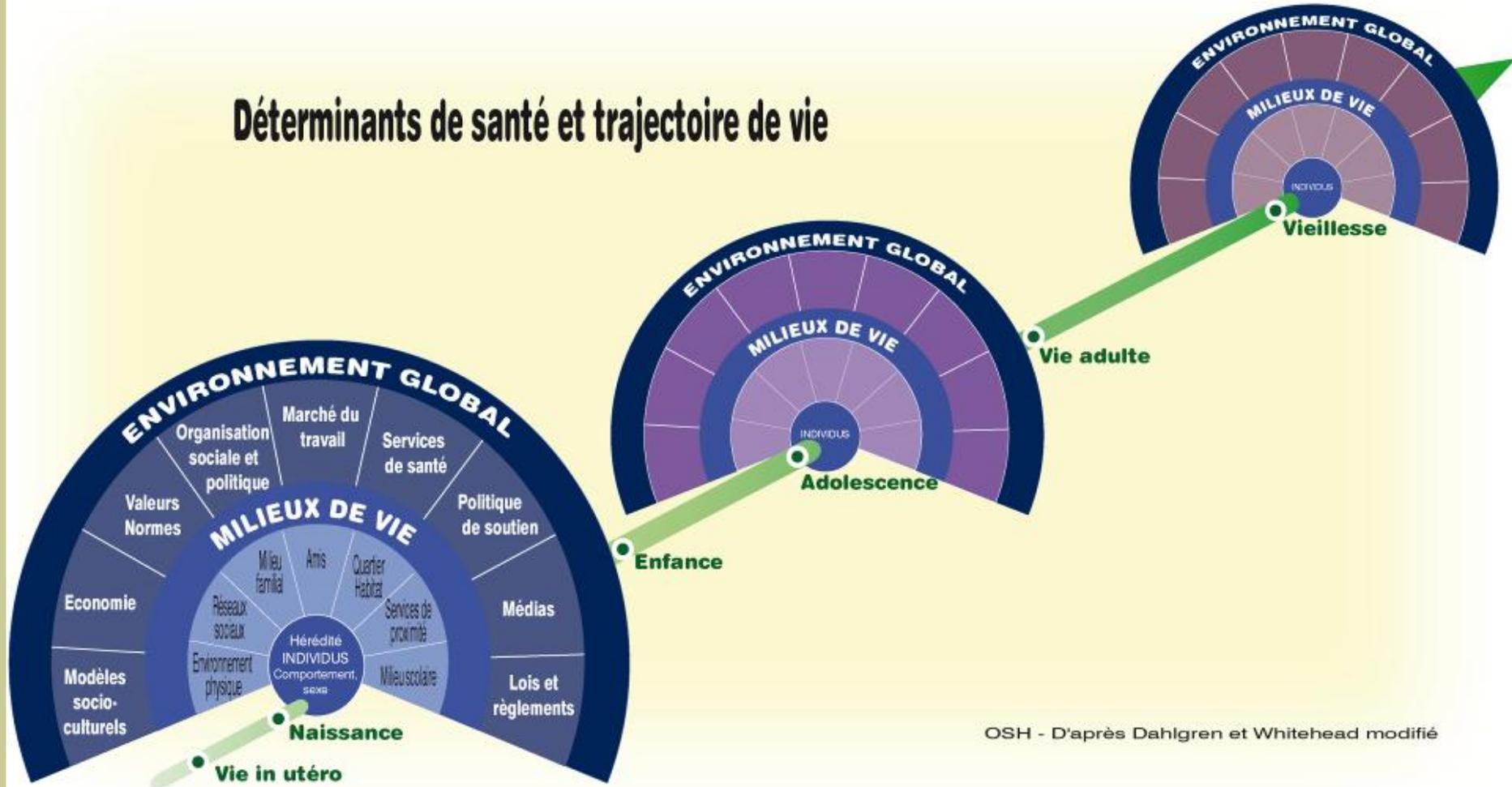


Adapté de: Hilary Graham, avril 2008, Journées de prévention, INPES, Paris

[Retour de la diapo 131](#)



Déterminants de santé et trajectoire de vie



OSH - D'après Dahlgren et Whitehead modifié

Les conditions sociales agissent sur la santé dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, modifiant tout autant sa qualité que sa durée. Les ISS se développent, et souvent s'accroissent, tout au long du parcours de vie des individus. Elles résultent de l'interaction entre les différentes conditions quotidiennes de la vie, qui sont autant de déterminants sociaux de la santé

Les inégalités sociales de santé





Les déterminants sociaux de la santé leçons

Premier constat : le contexte politique et socioéconomique

- Les sociétés davantage égalitaires avec une économie sociale démocratique plutôt que capitaliste, se caractérisent par :
 - une plus grande cohésion sociale,
 - une vie communautaire plus forte,
 - des effets moins corrosifs des ISS.
- Les écarts entre les revenus des citoyennes et citoyens au sein d'une population sont inversement proportionnels à l'espérance de vie moyenne.

(Bibeau et Fortin, 2008)



Les déterminants sociaux de la santé : leçons

Deuxième constat : la position sociale

- Il existe une corrélation entre la position sociale (revenu, instruction, profession, lieu de résidence etc.) et l'état de santé des individus.
- Les personnes qui bénéficient de meilleures conditions économiques et sociales développent plus d'estime de soi, ont un sentiment plus fort de maîtriser leur vie et manifestent plus de résilience.



Les déterminants sociaux de la santé : leçons

Troisième constat : la position sociale versus la position occupée sur le marché du travail versus les comportements individuels

- Les écarts, parfois minimes, entre les positions occupées dans l'organisation du travail sont statistiquement associés aux niveaux de santé des personnes, plus que l'appartenance de ces personnes à une classe sociale (sauf les cas où le niveau d'emploi recouvre la classe) et plus aussi que leurs comportements individuels (Marmot, 1988, cité dans Bibeau et Fortin, 2008).
- La position sociale, l'estime de soi et le sentiment de contrôle sur son travail et sa vie expliquent davantage l'état de santé d'un individu que le font les comportements à risque (tabac, alcool, faibles pratiques sportives etc.) (Ménahem, 2008).



Les déterminants sociaux de la santé : leçons

Quatrième constat : les changements des déterminants sociaux de la santé versus la transformation des sociétés

- **Maintien des anciennes inégalités**
 - Celles inscrites dans la structure même de la société, dans l'organisation du travail, dans les rapports entre les sexes ou dans la vive compétition.
- L'ajout de nouvelles inégalités liées à la restructuration de nos sociétés, la mondialisation des marchés ou l'ouverture accrue au pluralisme.

(Bibeau et Fortin, 2008)



Les déterminants sociaux de la santé

La Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)



Source : http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html

- **Mission** : définir des approches efficaces et produire des recommandations politiques permettant de surmonter les obstacles sociaux à la santé
- **Objectif** : présenter des moyens concrets pour assurer de meilleures conditions sociales pour la santé
- **Assise** : produire des connaissances sur neuf thèmes particuliers (développement de l'enfant, système de santé, mondialisation, milieu urbain, femme, genre et équité, exclusion sociale, conditions de travail, priorités de santé publique, observation et données probantes).

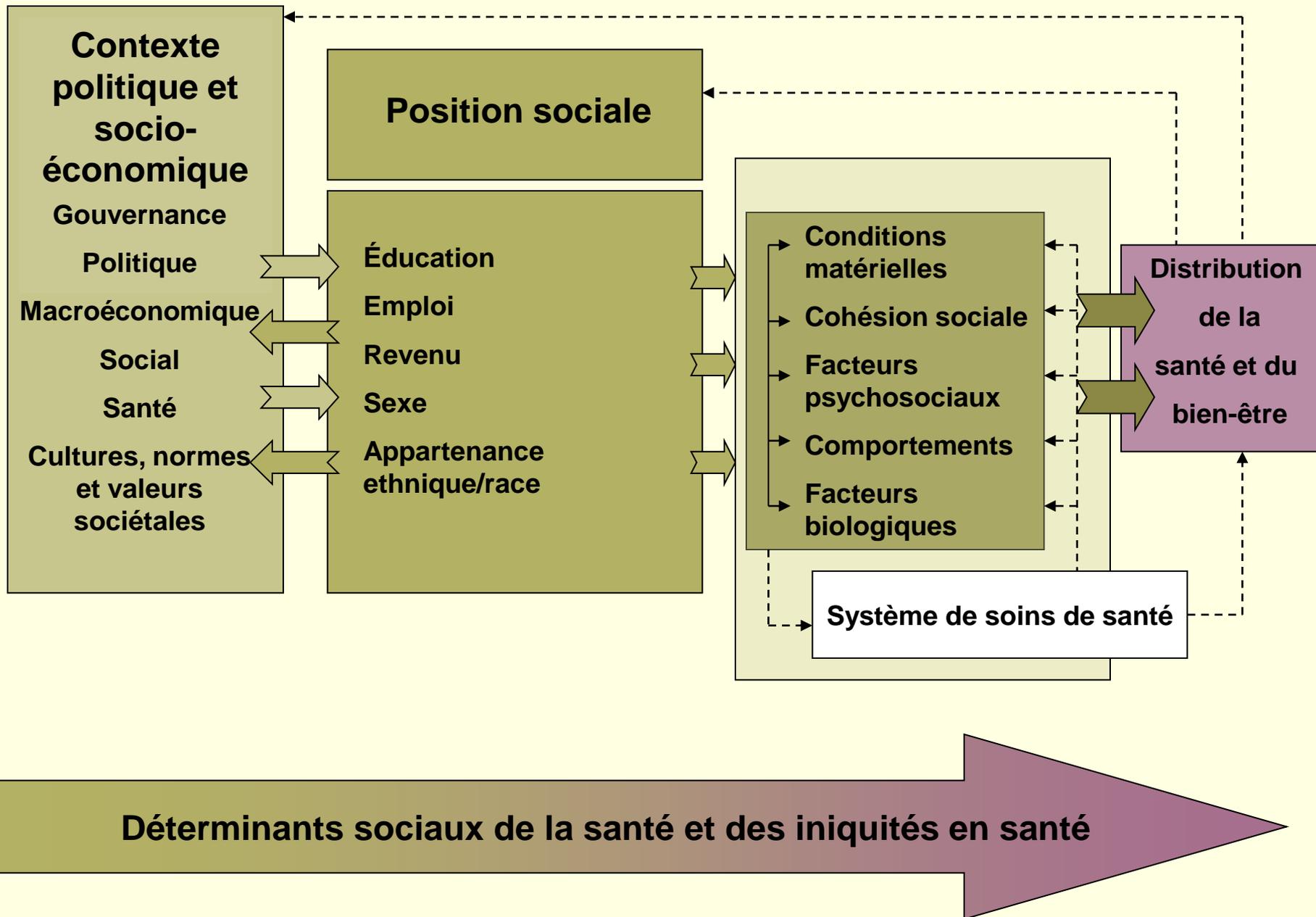


Les déterminants sociaux de la santé

Le cadre conceptuel de la CDSS de l'OMS

- La CDSS met l'accent sur les « causes des causes », les structures fondamentales et mondiales de la hiérarchie sociale et les conditions sociales qu'elles créent.
- Elle propose que les interventions aient pour objectif d'agir sur les :
 - circonstances de la vie quotidienne
 - facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie.

(Solar & Irwin, 2007)





Les déterminants sociaux de la santé

Les recommandations de la CDSS-OMS

Trois principes d'action :

1. Améliorer les conditions de la vie quotidienne, les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
2. S'attaquer à la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources et aux causes structurelles de ces conditions de vie.
3. Mesurer le problème, évaluer l'action, former des intervenants et susciter l'implication du public.



1. Inégalités sociales de santé : état des lieux

- Un détour par l'histoire
- Les inégalités sociales de santé : définitions et concepts
- Les déterminants sociaux de la santé
- **Des données chiffrées**



Des données chiffrées

- Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (2000), les accidents de la circulation ont tué plus d'un million de personnes. On y trouve 90 % de la mortalité mondiale due à des accidents de la route) (ONU, 2003).
- Au Québec (2004), l'écart de l'espérance de vie en bonne santé entre les plus et les moins favorisés atteint 8 ans chez les hommes et 4 ans chez les femmes (SantéScope, 2008).
- En France (2005), le taux annuel de mortalité précoce par cancer est 10 fois plus élevés chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles (Thébaud-Mony, 2008).
- Une recherche (Québec, Canada) a révélé un écart dans l'espérance de vie de 10 ans entre deux unités de voisinage d'un même territoire (De Koninck et al., 2008).



Des données chiffrées

- En 2007, des petites filles naissant au Canada ou en Belgique ont une espérance de vie en bonne santé de 75 ans et 74 ans. Celles qui sont nées au Burkina Faso ou au Mali espéreront vivre en bonne santé jusqu'à 43 ans, un écart de près de la moitié. Ces inégalités de santé entre les pays sont évidemment injustes. Elles cachent aussi des disparités importantes au sein des mêmes pays (OMS, 2009).
- Le taux de suicide des jeunes Inuits au Canada est 11 fois plus important que la moyenne nationale (RRSPQ, 2008).



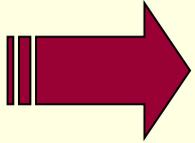
Inégalités sociales de santé : état des lieux

Réponses au test de la diapo 7

1. Les premiers constats sur les ISS ont été faits il y a plus d'un siècle.
2. « Inégalités sociales de santé » n'est pas synonyme d'« inégalités de santé », elles réfèrent aux iniquités de santé.
3. « Inégalités sociales de santé » en appelle à un processus et non pas seulement à des états de « pauvreté ».
4. Il est vrai que les rapports sociaux inégaux fragilisent les individus dans leur potentiel d'autoréalisation et par là, leur état de santé.
5. La position sociale a un rôle aussi déterminant sur la santé que les comportements individuels (ex. tabagisme).



Questions



Et chez vous?

Nous vous invitons :

- à partager des données - des chiffres, des statistiques;
- à repérer les manifestations d'écart de santé (évitables et injustes) entre les différents groupes sociaux de votre village, de votre ville, de votre sous région, de votre région, de votre pays...



Références bibliographiques

- Berghmans L. (2009), Inégalités sociales de santé, une histoire ancienne d'actualité, *Éducation Santé*, 245, 3-4. [En ligne]. <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1110>
- Bibeau G. et Fortin S. (2008) Inégalités et souffrance sociale : une approche anthropologique in Frohlich K., De Koninck M., Demers A. et Bernard P. dir. (2008), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal : 111-139.
- Black, Douglas et al. (1988) [1980], Inequalities in health. The Black Report, Londres, Penguin. In Bibeau G. et Fortin S. (2008) Inégalités et souffrance sociale : une approche anthropologique in Frohlich K., De Koninck M., Demers A. et Bernard P. dir. (2008), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal :111-139
- Braverman P. et Gruskin S., (2003), Defining equity in health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 254-258.
- Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008). *Comblent le fossé en une génération: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Résumé analytique du rapport final, Genève, Éditions de l'OMS, 34 p. Traduit pas l'INPES. [En ligne]. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf (consulté le 28 mai 2009)
- Consortium DETERMINE (2008), *Résumé d'action : Améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'Union européenne. Bilan du travail effectué par le Consortium DETERMINE au cours de sa première année*, 16 p. [En ligne]. <http://www.health-inequalities.eu/pdf.php?id=cc9c6b96faaf35503d5b3b0389463da9>



Références bibliographiques

- De Koninck M., Pampalon R., Paquet G., Clément M., Hamelin A.M., Disant M.J., et al. (2008), Santé: pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent. Québec : Institut National de Santé Publique du Québec, 2008 : 95 p. [En ligne].
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_Inegalites_sociales_sante.pdf
- de Queiroz J.-M. (1996). «Exclusion, identité et désaffection» in S.Paugam (dir.), *L'exclusion: l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, p.295-310 cité dans Châtel V. et Roy S. (2008), «Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social», *Presses de l'Université du Québec*, p.22
- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A. et Lert F.,(2002), Les déterminants sociaux de la santé: apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20, no. 4: 76-127
- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), (2007), Les conditions de vie matérielle : nouveaux critères de mesure de la pauvreté, *Alimentation, Société & Précarité*, 36, [En ligne].
http://www.cerim.org/upload/9E34A2E8EF41BE578393018A33F81A89/ALIMetPRECA_N36_p10.pdf
- Labonté, Ronald. « La mondialisation et les inégalités sociales de santé ». In Présentations des JASP 2008. lundi 17 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne].
http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2008/9_00_Ron_Labonte.pdf (page consultée le 12 mars 2009)
- Leclerc A., Kaminski M. & Lang T. (2008), *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris : La Découverte, Inserm : 300 pages.



Références bibliographiques

- Marmot M. (2009), *Closing the Gap in a Generation: Global Health Equity and the Commission on Social Determinants of Health*, Conférence donnée à Montréal, Québec, le 5 février 2009. [En ligne].
http://www.centrelearoack.org/assets/html/clr_player_marmot_video.html
- Ménahe G. (2008) «Les inégalités sociales de santé s'enracinent dans l'enfance». In Présentations des JASP 2008. lundi 17 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne].
http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2008/14_15_georges_menahem.pdf
- McQueen D.V. (2009) Three challenges for the social determinants of health pursuit, *International Journal of Public Health*, 54 : 1-2
- Mooney G., (1999), Vertical equity in health care resource allocation, Sydney, Department of public health and community medicine, University of Sydney in Ridde V., Guichard A. (2008), Réduire les inégalités de santé : aporie, épistémologie et défis in C. Niewiadomski & P. Aïach (2008.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes: Edition EHESP : 57-80.
- Observatoire des inégalités (2009), « L'inégal accès à la complémentaire santé ». In Conditions de vie. Santé. Site de L'observatoire des inégalités [En ligne].
http://www.inegalites.fr/spip.php?article914&id_mot=127 (page consultée le 12 mars 2009)
- Organisation mondiale de la santé (2006), Rapport sur la santé dans le monde 2006, [En ligne].
<http://www.who.int/whr/2006/en/>



Références bibliographiques

Organisation mondiale de la santé (2009), Statistiques sanitaires mondiales 2009, [En ligne].
<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/fr/index.html>

Organisation mondiale de la santé (2008), Statistiques sanitaires mondiales 2008, [En ligne].
<http://www.who.int/whosis/whostat/2008/fr/index.html>

Organisation mondiale de la santé (2007), Statistiques sanitaires mondiales 2007, [En ligne].
<http://www.who.int/whois/whostat2007.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (1988). *Guidelines for implementing the Bamako Initiative*. Regional Committee for Africa, 38th session, Brazzaville, 7-14 septembre, AFR/RC38/18 Rev. 1. Tel que cité par Mc Pake et al. (1992)

Organisation mondiale de la santé (1986). La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa, OMS, Santé et Bien-être social Canada, CPHA.

Organisation mondiale de la santé (1978). Déclaration d'Alma Ata. [En ligne].
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French

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



Références bibliographiques

Réseau de recherche en santé des populations du Québec (2008), « Jeunesse autochtone et inégalités sociales de santé : Miser sur la jeunesse autochtone aujourd'hui pour des communautés en santé demain ». In Outils de diffusion. Carnets-synthèse. Site du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, [En ligne]. http://portail.santepop.qc.ca/fichier.php/82/CarnetSynthese4_vf.pdf (page consultée le 12 mars 2009)

Ridde V. (2003), Les inégalités sociales de santé au Québec, [En ligne]. <http://www.bibalex.org/SuperCourse/lecture/lec9801/index.htm>. Paquet G. (1994), Facteurs sociaux de la santé, de la maladie et de la mort, in Dumont F., Langlois S. et Martin Y., *Traité des problèmes sociaux*, Québec: Institut québécois de recherche sur la culture : 223 à 244. Édition électronique, Collection les sciences sociales et contemporaines, Université du Québec à Chicoutimi, autorisée en septembre 2007, [En ligne]. http://classiques.ugac.ca/contemporains/paquet_ginette/facteurs_soc_sante_mort/facteurs_soc_sante_mort.html

bibalex.org/SuperCourse/lecture/lec9801/index.htm

Ridde V., Guichard A., Houéto D., (2007), Social Inequalities in Health from Ottawa to Vancouver: Action for Fair Equality of Opportunity, *Promotion & Education*, Supplément Hors série 2, 12-16.

SantéScope (2008). La situation au Québec. Inégalités sociales de santé. [En ligne]. <http://www.inspq.qc.ca/santescope/default.asp?NumVol=5&nav=M>

Solar O. & Irwin A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Thébaud-Mony A., « Inégalités sociales de cancer chez les travailleurs ». ». In Présentations des JASP 2008. lundi 17 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne]. http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2008/14_00_Annie_Thebaud_Mony.pdf



Références générales

- Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A. et Bernard, P. dir. (2008), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal : 408 p.
- Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M. et Lang, T. dir. (2000), *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La découverte, Inserm : 448 p.
- Niewiadomski, C. et Aïach, P. (2008.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes: Edition EHESP : 282 p.

L'impact des inégalités sociales et économiques est repérable dans presque toutes les causes de décès et à peu près tous les types de maladie

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2001



2. Illustrer les liens entre les inégalités sociales et la santé

- Santé maternelle et infantile
- Santé des jeunes
- Cancers
- Maladies infectieuses
- Maladies cardiovasculaires
- Santé mentale
- Traumatismes non intentionnels
- Accès aux soins



Illustrer les liens entre les inégalités sociales et la santé

Objectifs

- **Comprendre** comment les inégalités sociales se traduisent par des disparités dans les états de santé de différents groupes sociaux.
- **Reconnaître** l'action et l'interaction des déterminants sociaux dans la construction d'iniquités dans les états de santé.
- **Proposer** des illustrations de l'action et l'interaction des déterminants sociaux dans la construction d'inégalités pour différents problèmes de santé.
- **Développer** des habiletés pour repérer les inégalités sociales à l'origine des écarts de santé entre groupes sociaux.



Illustrer les liens entre les inégalités sociales et la santé

Prétest

1. Le fait d'aller à l'école est d'emblée une condition qui réduit les inégalités sociales de santé chez les jeunes.
2. La répartition des traumatismes non intentionnels trouve son explication dans la sphère sociale.
3. L'exposition des femmes au VIH-Sida est partout similaire à celle des hommes puisqu'il s'agit d'une maladie infectieuse.

(voir diapos 110 et 111)



Illustrer les liens entre les inégalités sociales et la santé

Prétest

4. La plus grande prévalence d'habitudes de vie malsaines dans certaines populations, comme celle des Autochtones au Canada, constitue l'explication principale des taux élevés des maladies cardiovasculaires qu'on y observe.
5. Les taux annuels de mortalité précoce par cancer se répartissent de façon similaire chez les ouvriers et chez les cadres et professions intellectuelles.
6. L'accès aux services de santé est un déterminant social de la prévalence de la mortalité maternelle.

Inégalités sociales et santé maternelle et infantile





La santé maternelle et infantile

Un exemple – santé infantile au Québec, Canada

- Naître pauvre entraîne un risque plus élevé d'avoir un poids insuffisant à la naissance, de souffrir de problèmes d'asthme ou d'otites, de faire de l'embonpoint dès l'âge de six ans ou d'avoir une mauvaise santé dentaire.
- Pour la période de 1999 à 2002, les enfants de moins d'un an appartenant au groupe le plus défavorisé risquent d'être une fois et demie plus souvent hospitalisés que les enfants provenant du milieu le plus favorisé.

(MSSS, 2007)

Un exemple – zones géographiques en France

- En France, les issues défavorables de grossesse sont plus fréquentes dans les zones géographiques aux caractéristiques plus défavorisées en termes de revenus, d'emploi, d'équipement (Lasbeur, 2006)
- Ces inégalités géographiques s'expliquent en partie par les caractéristiques socioéconomiques et culturelles individuelles plus défavorisées des femmes résidant dans ces zones (Leclerc, Kaminski, Lang, 2008)



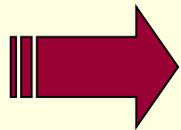
La santé maternelle et infantile

- Il est aussi suggéré que des facteurs interviennent à un niveau collectif, tels que :
 - développement socioéconomique, environnement physique, lieu de travail, cohésion sociale, et offre de soins et de services dans la zone de résidence des femmes enceintes.
- Ces facteurs « collectifs » peuvent moduler les effets des facteurs individuels.

(Leclerc, Kaminski, Lang, 2008)



Questions



Et chez vous?

Nous vous invitons à réfléchir à un exemple qui montre de quelle façon les inégalités sociales vécues chez vous peuvent influencer sur la santé de la mère ou de l'enfant.

Santé des jeunes et inégalités sociales





La santé des jeunes

Un exemple –Québec, Canada

- Les taux de mortalité des jeunes de moins de 18 ans du groupe le plus défavorisé sont près de trois fois ceux du groupe le plus favorisé chez les garçons et près de deux fois chez les filles.
- Si tous affichaient le même taux de mortalité que le groupe le plus favorisé, c'est 132 décès chez les garçons et 54 décès chez les filles qui seraient enregistrés par année.
- Les enfants et les jeunes des familles pauvres courent un plus grand risque d'être hospitalisés; si tous les jeunes affichaient les mêmes taux d'hospitalisation que les plus favorisés, on compterait chaque année 13 500 hospitalisations de moins.
- Les jeunes filles des milieux les plus défavorisés sont 17 fois plus nombreuses à devenir mères avant l'âge de 20 ans que celles des milieux les plus favorisés.

(MSSS, 2007)



La santé des jeunes

- En 1998, le rapport mondial de l'Unesco sur l'éducation avertit qu' « on ne peut guère attendre des écoles, ni des établissements d'enseignement en général qu'ils améliorent leurs résultats si les enseignants et les élèves travaillent dans des conditions matérielles peu propices à l'apprentissage ». (Unesco, 1998)



La santé des jeunes

Un exemple – Haïti, les infrastructures scolaires

La pauvreté et les infrastructures scolaires en Haïti (2003)

Locaux de fortune	Pas d'eau	Pas de toilette	Pas d'électricité	Pas de bibliothèque
5%	23%	58%	80%	64%

(Joseph, 2008)



La santé des jeunes

Un exemple : Haïti (suite)

- Beaucoup d'écoles sont installées dans des immeubles en location qui ne répondent à aucune norme encadrant le fonctionnement d'un centre d'enseignement.
- Aucun espace n'est réservé comme terrain de jeu ou pour loger une bibliothèque.
- Sur 120 écoles déjà recensées du secteur scolaire non public de la zone métropolitaine de Port-au-Prince, 103 locaux (85,3 %) sont inappropriés, notamment l'atmosphère y est suffocante.

(source <http://www.mnetweb.net/business6/abandon.html>)



La santé des jeunes

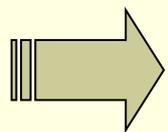
Un exemple – Haïti (suite)

- L'abandon scolaire continue de constituer un handicap majeur pour le système éducatif haïtien. Ce phénomène prend des proportions de plus en plus alarmantes dans le pays et a une incidence directe sur l'efficacité interne du système.
- Sur 1000 enfants d'une génération, seulement 245 entrent en sixième. À peine 105 de ces derniers parviennent en classe de seconde, soit 10% de la cohorte. Seuls 26 obtiennent le baccalauréat II.
- Les enfants pris en tenaille entre leurs conditions de vie socio-économiques précaires et l'état lamentable du milieu scolaire ont tout simplement abandonné l'école, documenté comme un déterminant de la santé.

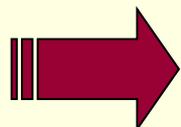
(source : <http://www.mnetweb.net/business6/abandon.html>)



Questions



À la lumière de ces informations, quelles sont les conséquences possibles de la pauvreté des infrastructures sur la santé des jeunes d'Haïti?



Et chez vous? Avez-vous un exemple ou des exemples des conséquences des inégalités sociales vécues à l'enfance ou à l'adolescence sur la santé des jeunes, à court, à moyen et à long terme.

Inégalités sociales et cancers





Cancers

Un exemple – les cancers professionnels en Europe

- Le pourcentage de cancers attribuables à des facteurs professionnels est estimé à 4 % de l'ensemble des cancers (Brugère et Naud, 2003).
- Ce taux correspond à 8 % chez l'homme et 1 % chez la femme (Brugère et Naud, 2003).
- En France (2005) les taux annuels de mortalité précoce par cancer sont 10 fois plus élevés chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles (Thébaud-Mony, 2008).



Cancers

- Les données disponibles sont insuffisantes et masquent l'ampleur réelle du problème de santé publique représenté par les cancers professionnels.
- Le déni social de ces cancers retarde les efforts de prévention.
- De nombreux médecins ne sont pas suffisamment sensibilisés aux problèmes posés par les cancers professionnels et aux liens entre la santé et les conditions de travail.

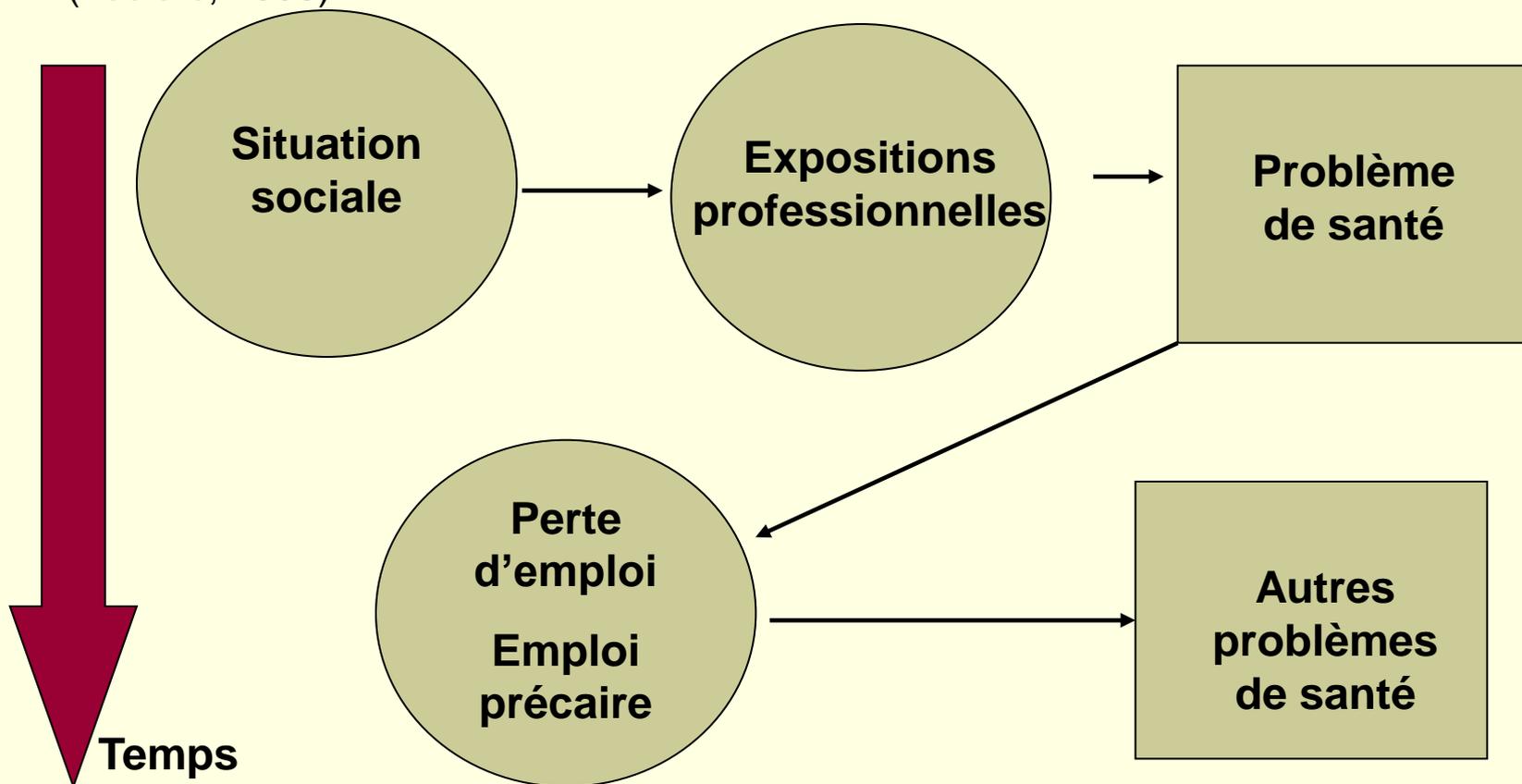
(Brugère et Naud, 2003)



Cancers

Rôle des expositions professionnelles et du non-travail dans les ISS

(Leclerc, 2008)





Questions

- ➡ Comment expliquer que les hommes souffrent plus de cancers d'origine professionnelle que les femmes?
- ➡ Dans l'exemple qui vient de vous être présenté, existe-t-il une relation entre la position sociale d'un individu et la probabilité de développer un cancer professionnel ?
- ➡ Pouvez-vous expliquer le phénomène de cumul des inégalités sociales de santé à partir de l'exemple des cancers professionnels?
- ➡ **Et chez vous?** Avez-vous un exemple illustrant comment une distribution inéquitable de déterminants sociaux se traduit par la stratification sociale de la prévalence d'un type de cancer?

Inégalités sociales et maladies infectieuses





Maladies infectieuses

Exemple 1 – Les femmes en Afrique subsaharienne

- À peine concernées au début de l'épidémie de VIH-sida (1981), aujourd'hui les femmes sont plus exposées que les hommes et le nombre de femmes infectées est en augmentation.
- **Les femmes constituent la population la plus vulnérable à l'infection du VIH**, 60 % des adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne sont des femmes.
- Au cours de rapports hétérosexuels non protégés, les femmes (particulièrement les adolescentes) sont biologiquement plus vulnérables et courent deux fois à quatre fois plus de risques que les hommes d'être contaminées par un partenaire infecté.

(Loosli-Avimadjessi, 2006)



Maladies infectieuses

Exemple 1 – Les femmes en Afrique subsaharienne (suite)

- **Le niveau d'éducation** fait une énorme différence. Or, dans le monde, deux tiers des enfants non scolarisés sont des filles et deux tiers des adultes analphabètes sont des femmes.
- Des données provenant de 35 des 48 pays d'Afrique subsaharienne montrent que, en moyenne, les jeunes hommes avaient 20 % de chances de plus que les jeunes femmes de posséder des connaissances exactes concernant le VIH.
- Au Rwanda, par exemple, les jeunes femmes ayant suivi l'enseignement secondaire ou supérieur avaient 5 fois plus de chances de connaître les principales voies de transmission du VIH que celles qui n'avaient suivi aucun enseignement.

(UNAIDS, 2005)



Maladies infectieuses

Exemple 1 – Les femmes en Afrique subsaharienne (suite)

- La précarité est l'une des principales causes de la féminisation de l'épidémie en Afrique subsaharienne. La majorité des femmes séropositives sont issues de milieux défavorisés.
- Cercle vicieux entre la pauvreté et l'infection au virus, **la pauvreté engendre la prise de risque** qui expose au virus et suite à une infection la pauvreté est encore plus grave qu'initialement.

(Loosli-Avimadjessi, 2006)



Maladies infectieuses

Exemple 1 – Les femmes en Afrique subsaharienne (suite)

- La polygamie et l'infidélité masculine favorisent les partenaires multiples. Le mariage ne protège pas les femmes contre le virus.
- Des études démontrent que de nombreuses femmes sont obligées de recourir à la prostitution pour survivre, ce qui accroît la probabilité de rapports sexuels non-protégés avec un grand nombre de partenaires.
- **L'accès limité aux soins** de santé est un obstacle aux besoins de prévention en Afrique subsaharienne.

(Loosli-Avimadjessi, 2006)



Questions

- ➡ Quels déterminants sociaux de la santé interviennent dans cet exemple? Comment ces déterminants interagissent-ils et que penser de leur distribution?
- ➡ Toujours à partir de cet exemple, expliquez le phénomène de cumul et de perpétuation des inégalités sociales de santé.
- ➡ **Et chez vous?** Peut-on trouver des exemples qui montrent que la transmission d'une maladie infectieuse est influencée par un contexte de pouvoir réparti inéquitablement?



Maladies infectieuses

Exemple 2 – VIH-Sida, Hépatite C (VHC) chez les usagers de drogues en France

- En France, la population des usagers de drogues est majoritairement masculine.
- Les profils et les comportements des femmes sont moins bien connus.
- On sait que les femmes consommant des drogues ont fréquemment connu des événements traumatisants durant l'enfance et l'adolescence (violences).
 - C'est généralement dans ce contexte qu'elles s'initient aux drogues par le biais de rencontres amoureuses.

(Jauffret-Roustide et al., 2008)



Maladies infectieuses

Exemple 2 – VIH-Sida, Hépatite C (VHC) chez les usagers de drogues en France (suite)

- Elles adoptent globalement plus de comportements à risque que les hommes et ont davantage recours à la prostitution.
- Ainsi, ces femmes ont des trajectoires encore plus chaotiques que celles des hommes. Elles sont confrontées à une double fragilité vis-à-vis du VIH et du VHC liée à leur consommation de drogues et à leur sexualité.

(Jauffret-Roustide et al., 2008)



Questions

- ➡ Quels déterminants sociaux de la santé interviennent dans cet exemple?
- ➡ À partir de cet exemple, expliquez comment l'état de santé et les trajectoires de vie se conjuguent.
- ➡ **Et chez vous?**

Inégalités sociales et maladies cardiovasculaires



Crédits Photos : Suzanne Bruneau



Maladies cardiovasculaires

Un exemple – Les Autochtones au Canada

- La situation des Autochtones est un exemple flagrant de populations qui, dans presque tous les pays, évoluent dans des conditions sociales et de santé de loin moins bonnes que celles de leurs compatriotes.
- Selon l'indice de développement humain de l'ONU, le Canada a été classé au 8^e rang mondial tandis que le classement des Autochtones demeurant au Canada est au 78^e rang.



Maladies cardiovasculaires

- L'autonomie des Autochtones a été compromise suite à la perte de leur :
 - pouvoir politique et économique,
 - territoires ancestraux,
 - mode de vie traditionnel.
- L'expérience du colonialisme a inscrit les Autochtones :
 - dans une relation de dépendance,
 - dans un processus de sous-développement, périphérique à l'économie coloniale.

(Frohlich, 2009)



Maladies cardiovasculaires

- Selon les données démographiques sur l'état de santé des Autochtones du Canada:
 - Les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge des communautés autochtones présentent une forte prévalence de maladies cardiovasculaires, de diabète, de cancer et d'obésité, plus élevée que les taux de l'ensemble des Canadiens.
 - 62 % des membres des populations autochtones fument, sans preuve de tendance vers la baisse, contrairement à 19 % dans la population canadienne.
 - Le taux de diabète de type 2 est jusqu'à 5 fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne.
 - L'incidence de maladies cardiaques est 1,5 fois plus élevée que celle de l'ensemble de la population.

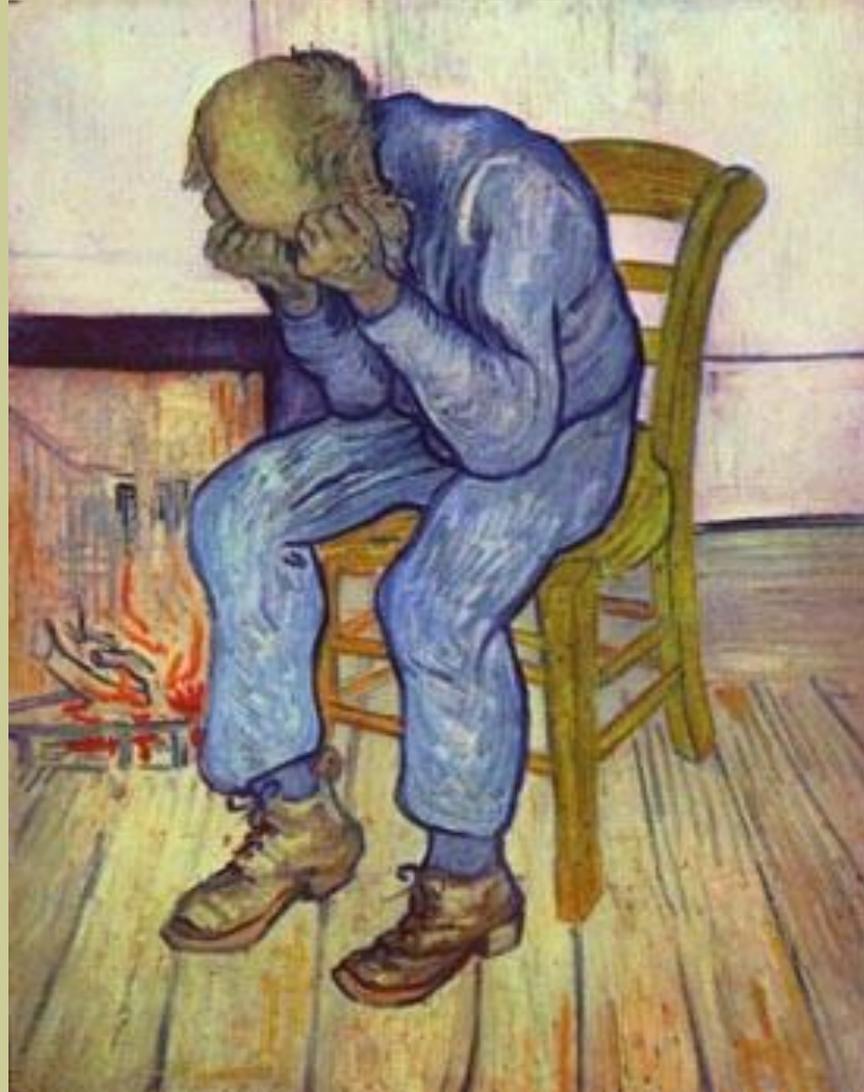
(Higginson, 2008)



Questions

- ➡ Pouvez-vous suggérer des mécanismes sociaux expliquant que les Autochtones au Canada souffrent plus de maladies cardiovasculaires que l'ensemble des Canadiens et Canadiennes?
- ➡ Pensez-vous que les mécanismes et les processus qui conduisent à ces disparités de santé peuvent être transposés dans d'autres contextes à d'autres populations?
- ➡ **Et chez vous?** Comment s'expriment les inégalités sociales en lien avec les maladies cardiovasculaires? Des groupes sont-ils plus « vulnérables » que d'autres?

Inégalités sociales et santé mentale



«Au seuil de l'éternité», Vincent van Gogh



Santé mentale

Un exemple – Répartition du personnel qualifié dans le monde

- Dans la moitié des cas, les troubles mentaux commencent avant l'âge de 14 ans. Environ 20 % des enfants et adolescents dans le monde présentent des troubles ou des problèmes mentaux, de nature similaire quelle que soit leur culture.
- Les régions qui ont la plus forte population âgée de moins de 19 ans sont celles qui ont le moins de ressources pour la santé mentale.

(OMS, 2007)



Santé mentale

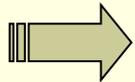
Répartition du personnel qualifié dans le monde (suite)

- Dans la plupart des pays à faible revenu, il y a un pédopsychiatre pour 1 à 4 millions d'habitants.
- Dans les pays à faible revenu, il y a 0,05 psychiatre et 0,16 infirmier spécialisé pour 100 000 habitants.
- Il y en a 200 fois plus dans les pays à revenu élevé.

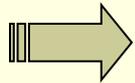
(OMS, 2007)



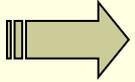
Questions



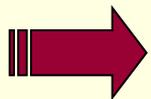
Les pénuries de personnel qualifié peuvent-elles être considérées comme un déterminant social de la santé mentale?



Quels déterminants sociaux agissent en amont?



Pourquoi manque-t-on davantage de personnel dans les pays à faible revenu, par opposition aux pays riches?



Pensez-vous que les personnes qui vivent dans des situations sociales et économiques précaires, indépendamment de leur nationalité, risquent davantage de souffrir de problèmes de santé mentale comparativement aux personnes bien nanties?

Inégalités sociales et traumatismes non intentionnels





Les traumatismes non intentionnels

Un exemple – pays à faible revenu

- 2^e cause de mortalité chez les 5-14 ans et 15-29 ans dans le monde.
- 1,2 million de personnes sont tuées et 50 millions blessées chaque année dans le monde dans des accidents de la route.
- 90 % des décès dus à des accidents de la circulation surviennent dans les pays à faible revenu et à revenu moyen.

(OMS, 2004)



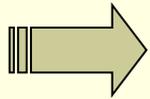
Les traumatismes non intentionnels

- Les données de l’OMS et de la Banque mondiale montrent que, si l’on ne prend pas des mesures voulues, ces traumatismes augmenteront considérablement d’ici 2020, tout particulièrement dans les pays qui connaissent une motorisation rapide.
- La tragédie que cachent ces chiffres attire moins l’attention des médias que d’autres types de drames moins fréquents.

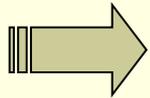
(OMS, 2004)



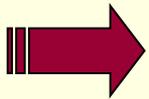
Questions



D'après vous, qu'est-ce qui explique que la mortalité par accident de la route soit plus élevée au Bénin qu'au Québec, par exemple? Est-ce une fatalité?

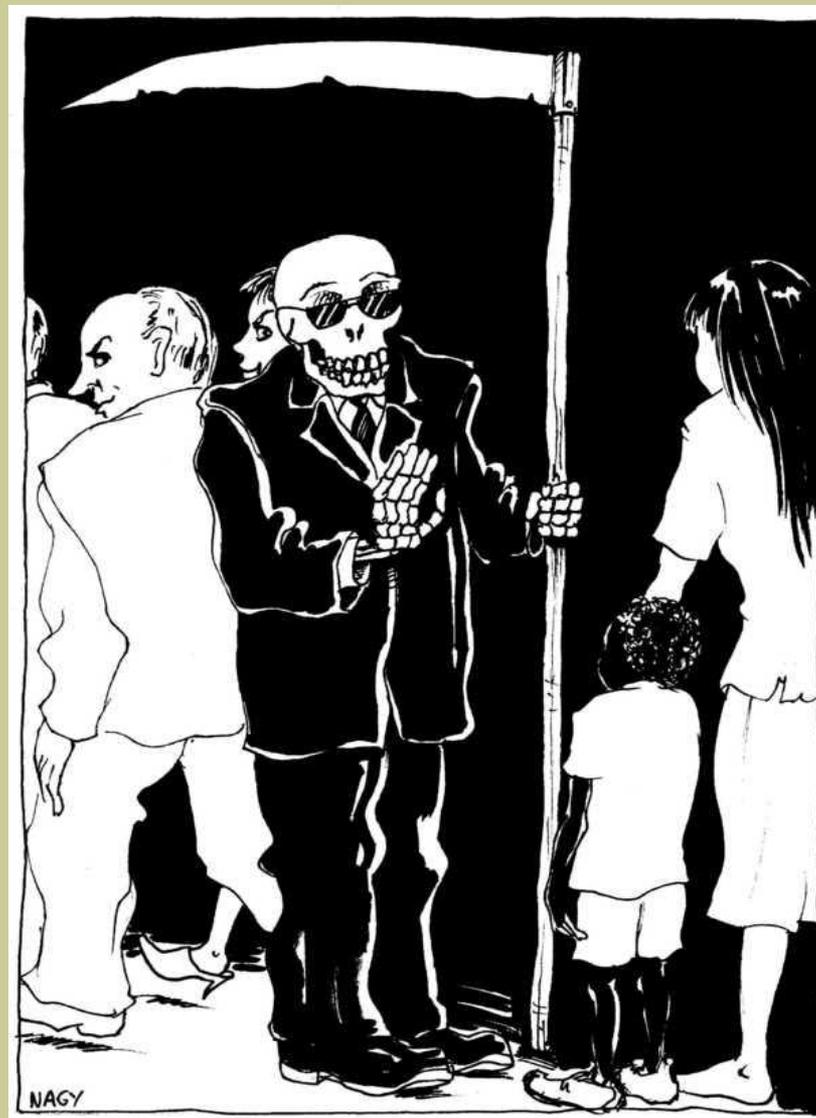


Pourquoi ce problème de grande importance (2^e cause de mortalité chez 5-29 ans) attire moins l'attention des médias que d'autres types de drames moins fréquents?



Et chez vous? Qu'en est-il des traumatismes non intentionnels. Observez-vous une distribution inégale de leur occurrence selon les milieux sociaux ?

Inégalités sociales et accès aux soins et services de santé





L'accès aux soins

Exemple – inégalités d'accès aux soins de santé maternelle dans les pays à faible revenu

- Un des Objectifs du Millénaire pour le Développement fixé par les Nations Unies est de réduire de 75 % la mortalité maternelle entre 1990 et 2015 (ONU, 2005).
- L'OMS estime que 536 000 femmes meurent chaque année de problèmes liés à la grossesse, et que la quasi-totalité de ces décès surviennent dans les pays en développement (OMS, 2007).



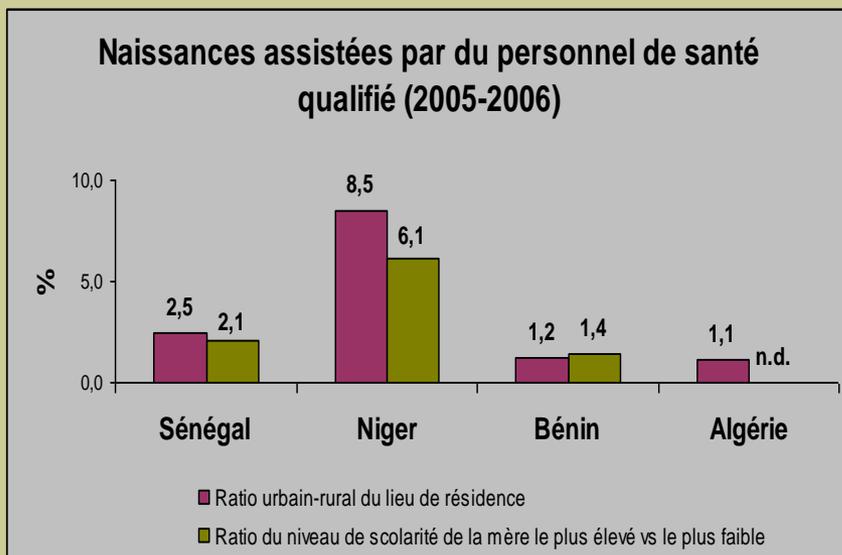
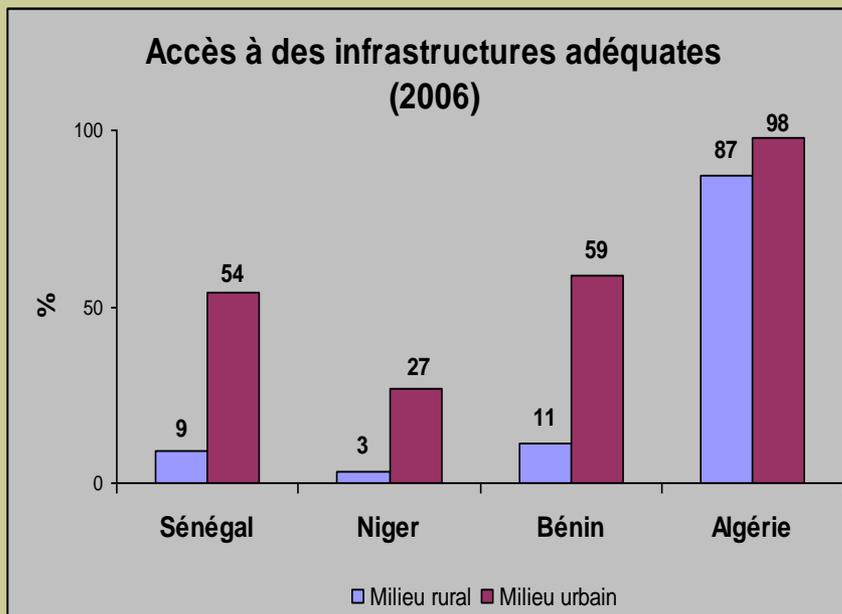
L'accès aux soins

- On estime que 75 % de ces décès pourraient être évités si les structures de soins de santé primaires (centres de santé et hôpitaux) proposaient un ensemble de soins maternels de base (Richard, Witter et De Brouwere, 2008).
- La mortalité maternelle entre 1990 et 2005 montre une diminution significative de 2,5 % par an au niveau mondial, mais sans diminution significative en Afrique sub-saharienne, où elle n'est que de 1,8 % (Hill et al., 2007).



L'accès aux soins

- Les inégalités à l'intérieur même des pays représentent également un énorme défi : des bases de données montrent que le risque de mortalité maternelle est 4 fois supérieur dans le quintile le plus pauvre que dans le quintile le plus riche (Richard, Witter et De Brouwere, 2008).
- L'analyse des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées dans plus de 50 pays en développement a montré qu'en moyenne 34 % des accouchements ont été assistés par du personnel qualifié dans les ménages du quintile le plus pauvre, alors que cette moyenne était de 84 % dans le quintile le plus élevé (Richard, Witter et De Brouwere, 2008).



Source : Organisation mondiale de la santé. Statistiques sanitaires mondiales, 2009



L'accès aux soins

- Les risques engendrés par les dépenses importantes plongent les familles dans la pauvreté ou les appauvrissent davantage (Xu et al., 2003).
- Les soins maternels sont très chers, surtout si des complications surviennent. Ces coûts peuvent plonger les familles dans la pauvreté ou les forcer à développer des stratégies d'adaptation risquées (Ensor et Ronoh, 2005).
- L'OMS affirme que les coûts directs des soins de santé maternelle représentent entre 1 et 5 % des dépenses totales annuelles des ménages et que cette proportion se situe entre 5 et 34 % si la femme a eu une grossesse ou un accouchement compliqués (OMS, 2006).



Questions

- ➔ Le manque d'accès aux soins de qualité est le principal déterminant de la mortalité maternelle dans les pays à faible et moyen revenu. Expliquez comment les obstacles physiques et financiers aux soins se traduisent en inégalités de santé.
- ➔ Comment pourrait s'expliquer le(s) lien(s) entre barrières physiques et financières aux soins et la qualité des soins?
- ➔ **Et chez vous?** Comment se traduisent les effets des inégalités sociales sur l'accès à des soins de santé maternels de qualité?



Illustrer les impacts des inégalités sociales sur la santé

Réponses au prétest *(diapos 62 et 63)*

1. Les inégalités observées dans les conditions offertes dans les écoles, selon qu'il s'agisse de milieux favorisés ou défavorisés, contribuent à maintenir des écarts entre les enfants qui ont accès à l'école.
2. Les inégalités sociales modulent la répartition des traumatismes non intentionnels entre les groupes appartenant à la même société et entre les sociétés.
3. L'exposition des femmes au VIH-Sida est plus importante dans les milieux où leurs conditions sont précaires et leurs droits moins reconnus, notamment en matière d'accès à l'éducation.



Illustrer les impacts des inégalités sociales sur la santé

Réponses au prétest

4. Dans les populations autochtones canadiennes, les causes historiques et socioculturelles des habitudes de vie sont maintenant évoquées pour expliquer la prévalence élevée des maladies cardiovasculaires dans cette collectivité.
5. La mortalité précoce par cancer se répartit inégalement selon les catégories socioprofessionnelles.
6. L'accès aux services de santé est un déterminant social de la prévalence de la mortalité maternelle puisque cet accès est modulé par les conditions sociales.



Références bibliographiques

- Brugère J., Naud C. (2003) La reconnaissance des cancers professionnels en Europe. *BTS Newsletter*, 21: 42-43. [En ligne]. <http://hesa.etui-rehs.org/fr/newsletter/files/2003-21p42-43.pdf>
- Ensor T & Ronoh J (2005) Effective financing of maternal health services: a review of the literature. *Health Policy* 75, 49-58 in Richard F., Witter S. et De Brouwere V. (2008) Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources : il est temps d'agir! *Studies in HSO&P*, 25 : 13-24.
- Frohlich K.L. (2009) Où est le social dans la distribution inégale des habitudes de vie et des maladies chroniques? *Education Santé*, 245: 18-19. [En ligne]. <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1118>
- Higginson L.A. (2008) La bombe à retardement de la santé des autochtones : La mère peut-elle devenir encore plus courte ? *Canadian Journal of Cardiology*, avril; 24(4): 257–259
- Hill K., Thomas K., AbouZahr C., Walker N., Say L., Inoue M. & Suzuki E. (2007) Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet* 370, 1311-9. in Richard F., Witter S. et De Brouwere V. (2008) Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources : il est temps d'agir! *Studies in HSO&P*, 25 : 13-24.
- Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M., Kudawu Y., Le Strat Y., Couturier E., Emmanuelli J., Desenclos J.-C., (2008) Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues, *Medecine/Science* n° 2, vol. 24, mars 2008, p. 111-121.



Références bibliographiques

- Joseph, É. (2008). « Comment les pratiques en milieu scolaire agissent-elles au regard des inégalités sociales de santé. Regard sur trois continents ». In Présentations des JASP 2008. Mardi 18 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne]. http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2008/10_30_Housseau_Joseph_Arcand.pdf (page consultée le 12 mars 2009)
- Lasbeur L., Kaminski M., Ancel P.Y., Du Mazaubrun C., Zeitlin J. et le groupe Épipage Paris-Petite couronne (2006), « Analyse des inégalités socioéconomiques de santé à partir des données du recensement: exemple de la grande prématurité à Paris-Petite couronne », *Population*, vol. 61, p.567-584 in Leclerc A., Kaminski M. & Lang T. (2008), *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris : La Découverte, Inserm : p.28
- Leclerc A. (2008). « Quelle part des inégalités sociales de santé peut-on attribuer au travail? ». ». In Présentations des JASP 2008. lundi 17 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne]. http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2008/13_35_Annette_Leclerc.pdf (page consultée le 12 mars 2009)
- Leclerc A., Kaminski M. & Lang T. (2008), *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris : La Découverte, Inserm : 300 pages.
- Loosli-Avimadjessi B.C. (2006). « La dimension féminine du VIH en Afrique subsaharienne ». [En ligne]. http://www.gfmer.ch/GFMER_members/pdf/Dimensions_VIH.pdf (consulté le 27 mai 2009)



Références bibliographiques

- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2001) *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : orienter et soutenir l'action !*, Document du Comité ministériel sur la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être, 2001.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS), (2007) « *Riches de tous nos enfants : La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans* », Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec :[En ligne]. www.msss.gouv.qc.ca/publications
- Organisation mondiale de la santé (2007). Santé mentale : un état de bien-être. Dossiers. Faits et chiffres. [En ligne]. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/index.html (consulté le 27 mai 2009)
- Organisation mondiale de la santé (2007) Maternal Mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank. WHO, Geneva. [En ligne]. http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf (consulté le 28 mai 2009)
- Organisation mondiale de la santé (2004). Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. [En ligne]. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/fr/index.html (consulté le 27 mai 2009)
- Organisation des nations unies (2005) Millennium Development Goals, United Nations, New York, [En ligne]. <http://www.un.org/millenniumgoals> in Richard F., Witter S. et De Brouwere V. (2008) Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources : il est temps d'agir! *Studies in HSO&P*, 25 : 13-24.



Références bibliographiques

- Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture. Rapport mondial sur l'Éducation, 1998, *Les enseignants et l'enseignement dans un monde en mutation*. Éditions Unesco, Paris, 1998, 174 pages. [En ligne]. <http://www.unesco.org/education/information/wer/PDFfran/tourme98.pdf>
- Richard F., Witter S. et De Brouwere V. (2008) Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources : il est temps d'agir! *Studies in HSO&P*, 25 : 13-24.
- Thébaud-Mony A., « Inégalités sociales de cancer chez les travailleurs ». ». In Présentations des JASP 2008. lundi 17 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne]. http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2008/14_00_Annie_Thebaud_Mony.pdf
- UNAIDS (2005) Le point sur l'épidémie de SIDA 2005. [En ligne]. http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_fr/Epi05_05_fr.pdf (consulté le 26 mai 2009)
- Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J & Murray C (2003) Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *Lancet*, 362, 111-7. in Richard F., Witter S. et De Brouwere V. (2008) Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources : il est temps d'agir! *Studies in HSO&P*, 25 : 13-24.

*Pour arriver à changer les choses, il nous faut
une mobilisation sociale à la hauteur des défis
que représentent les inégalités sociales de santé*

Luc Berghmans, 17 novembre 2009, RIFISS, Québec

*L'essentiel est d'aider les gens à basculer d'un
état d'incapacité reconnue à un état d'égalité où
on se considère capable de tout parce qu'on
considère aussi les autres comme capables de
tout.*

Jacques Rancière, Entretien avec Jacques Rancière à
propos de l'ouvrage *Le Maître ignorant*

Agir pour réduire les inégalités sociales de santé





3. Agir pour réduire les inégalités sociales de santé

Objectifs

- **Présenter** certains projets d'intervention visant à réduire les ISS.
- **Connaître** des politiques pouvant contribuer à réduire les ISS.
- **Réfléchir** aux possibilités de mettre en place dans son milieu des interventions ou d'appuyer l'adoption de politiques aptes à réduire les ISS.



Agir pour réduire les inégalités sociales de santé

Prétest

1. La participation des populations concernées à l'amélioration de leurs conditions de vie est essentielle pour y arriver.
2. Il est préférable de mettre notre énergie dans les actions ciblées uniquement sur les groupes vulnérables pour réduire les ISS.
3. L'évaluation des politiques visant à réduire les ISS peut se faire selon les modes traditionnels d'évaluation de programmes.
4. Pour être efficaces, les actions à réaliser en priorité doivent être confiées à des institutions et organismes sectoriels, et viser un niveau à la fois.

(voir diapo 199)



3. Agir pour réduire les inégalités sociales de santé

- **Les défis liés à l'intervention en santé publique**
- Ce que l'on sait : la nécessité d'agir
- Retour aux déterminants sociaux de la santé et aux pistes d'action de la CDSS-OMS
- Où, comment et avec qui il faut construire : de grands chantiers



Les défis liés à l'intervention en santé publique

- Des questions se posent sur :
 - Le niveau d'intervention le plus pertinent (national, régional ou local?)
 - La population cible
 - Population générale? Population à risque? Population socialement défavorisée?
- Un constat est à faire : l'état encore embryonnaire des interventions en santé publique pour réduire les ISS

(Leclerc, Kaminski & Lang, 2008)



Les défis liés à l'intervention en santé publique

- Une réalité s'impose : l'importance démesurée accordée au rôle du système de soins de santé dans l'état de santé des populations
 - Cette importance se reflète dans la recherche de solutions pour réduire les ISS
 - Le système de soins de santé peut jouer un rôle important, mais limité lorsqu'il s'agit de réduire les ISS

(Leclerc, Kaminski & Lang, 2008)



Les défis liés à l'intervention en santé publique

- **Plusieurs difficultés sont associées à l'évaluation des interventions visant la réduction des ISS**
 - Nombreux sont les enjeux éthiques, stratégiques, techniques, éducatifs, politiques, économiques dont il faut tenir compte.
 - Plusieurs objets d'évaluation doivent être considérés :
 - Savoir de la communauté
 - Participation active des populations
 - Accroissement du pouvoir d'agir des personnes et des communautés
 - Renforcement des capacités
 - Etc.

(Absil, Vandoorne, 2009)



Les défis liés à l'intervention en santé publique

- **Plusieurs difficultés sont associées à l'évaluation des interventions visant la réduction des ISS (suite)**
 - Les facteurs sont difficiles à isoler compte tenu de leur quantité.
 - Les chemins de causalité entre les politiques publiques et leurs effets sur les états de santé sont complexes à mettre en évidence.
 - Les effets à long terme des politiques sont difficiles à évaluer surtout qu'elles sont souvent modifiées.

(Leclerc, Kaminski & Lang, 2008)



Les défis liés à l'intervention en santé publique

- Des changements sont requis dans les démarches et les techniques d'évaluation des interventions pour mieux tenir compte de leur contexte et du rôle déterminant que celui-ci peut jouer sur les résultats obtenus (Leclerc, Kaminski & Lang, 2008).
- La fonction de l'évaluation doit viser de nouvelles finalités, servir à:
 - Instaurer des conditions pour le dialogue entre les parties prenantes de l'intervention, décider, agir, mobiliser, donner du sens, valoriser, réorienter l'intervention, produire du changement, rendre compte, justifier... (G. Absil, C., Vandoorne, 2009).



3. Agir pour réduire les inégalités sociales de santé

- Les difficultés liées à l'intervention en santé publique
- **Ce que l'on sait : la nécessité d'agir**
- Retour aux déterminants sociaux de la santé et aux pistes d'action de la CDSS-OMS
- Où, comment et avec qui il faut construire : de grands chantiers



Ce que l'on sait : la nécessité d'agir

- **La promotion de la santé et l'*empowerment***
 - Considérer primordial de réfléchir à la manière dont les interventions en promotion de la santé peuvent arriver à (re)donner le pouvoir d'agir aux individus et aux collectivités et soutenir l'acquisition d'un sentiment de contrôle sur leur vie
 - Miser sur l'***empowerment*** (processus d'acquisition du pouvoir d'agir) des individus et des collectivités et sur les interventions permettant l'**autodétermination** (droit des peuples à disposer d'eux-mêmes)
 - Agir selon un processus d'*empowerment* fournit des résultats efficaces pour l'amélioration de la santé

(Wallerstein, 2006)



Ce que l'on sait : la nécessité d'agir

- Il est possible d'agir. Les connaissances sont suffisantes pour planifier et mettre en œuvre certaines interventions :
 - Continuer d'observer les ISS, de surveiller, de faire la lumière sur les problèmes.
 - S'intéresser à ce qui se passe en amont des problèmes de santé de manière à influencer l'action des déterminants sociaux de la santé, pour plus d'équité.
 - Agir dans des domaines variés, au-delà du seul secteur de la santé et tenir compte de la complexité de l'action des déterminants sociaux dans l'élaboration des objectifs à poursuivre.



Ce que l'on sait : la nécessité d'agir

- Il est possible d'agir. Les connaissances sont suffisantes pour planifier et mettre en œuvre certaines interventions : (suite)
 - Promouvoir le travail intersectoriel (habitation, éducation, santé, transport, travail)...et les partenariats entre institutions.
 - Expérimenter de nouvelles approches et méthodes d'intervention, développer de nouvelles compétences.
 - Évaluer les interventions de santé publique dans une perspective de réduction des ISS (que ce soit des actions d'éducation pour la santé, de promotion de la santé, de prévention, etc.).



3. Agir pour réduire les inégalités sociales de santé

- Les difficultés liées à l'intervention en santé publique
- Ce que l'on sait : la nécessité d'agir
- **Retour aux déterminants sociaux de la santé et aux pistes d'action de la CDSS-OMS**
- Où, comment et avec qui il faut construire : de grands chantiers



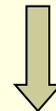
Retour aux déterminants sociaux

- Se souvenir (ou retour) à la diapo 38

Rapports sociaux d'inégalités entre individus,
groupes, sociétés



Distribution inéquitable des déterminants
sociaux de la santé



INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ



Pistes et principes d'action de l'OMS

Retourner aux recommandations de la CDSS-OMS

... trois principes d'action :

1. Améliorer les conditions de la vie quotidienne, les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
2. S'attaquer à la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources, les causes structurelles de ces conditions de vie.
3. Mesurer le problème, évaluer l'action, former des intervenants et susciter l'implication du public.



3. Agir pour réduire les inégalités sociales de santé

- Les difficultés liées à l'intervention en santé publique
- Ce que l'on sait : la nécessité d'agir
- Retour aux déterminants sociaux de la santé et aux pistes d'action de la CDSS-OMS
- **Où, comment et avec qui il faut construire : de grands chantiers**



Où, comment et avec qui il faut construire : de grands chantiers

A. Améliorer les conditions de la vie quotidienne, les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (CDSS-OMS, 2008)

- Soutenir le développement des enfants
 - Encourager la scolarisation
 - Assurer la sécurité alimentaire (quantité suffisante et qualité des aliments)
 - Édifier des collectivités plus saines – environnement, habitat, transport
 - Promouvoir un mode de vie sain – comportements liés à : l'alimentation, l'alcool, le tabac, l'activité physique
 - Développer des réseaux, favoriser l'insertion sociale
- (ASPC, 2008)

Agir pour soutenir le développement des enfants





Soutenir le développement des enfants

Comment?

- Des données fiables indiquent qu'il faut une stratégie préventive d'ensemble.
- Une intervention intensive est nécessaire pendant les premières années de vie de l'enfant pour produire des effets durables sur le développement et la santé.
- Des programmes d'intervention précoce et d'éducation préscolaire qui déjouent l'adversité s'imposent. Ces programmes intensifs et de grande qualité éducative brisent un certain fatalisme qui prévaut en milieu défavorisé notamment à propos de l'échec scolaire précoce.

(Paquet, 2005)



Soutenir le développement des enfants

L'exemple de la Suède

- Des programmes et des politiques qui soutiennent le développement global des jeunes enfants et qui ont une action convaincante sur la réduction du gradient socio-économique de santé et de développement des enfants.
- Des effets bénéfiques à long terme des services éducatifs préscolaires universels de grande qualité sur le développement et la santé des enfants.
- Une réduction de la pauvreté des familles défavorisées, dont celles des familles monoparentales.
- Les trois principaux programmes destinés aux enfants d'âge préscolaire ainsi qu'à leurs parents reposent sur des fondements scientifiques
 1. Le soutien aux habiletés parentales
 2. Des congés parentaux
 3. Un système éducatif préscolaire universel de grande qualité

(Paquet, 2009)



Soutenir le développement des enfants

Avec qui?

- Les ministères concernés (santé, éducation, revenu etc.)
- Les associations de quartiers, les groupes de citoyennes et citoyens
- Le milieu scolaire
- Les municipalités
- Les médias/lobbying
- Les banques alimentaires



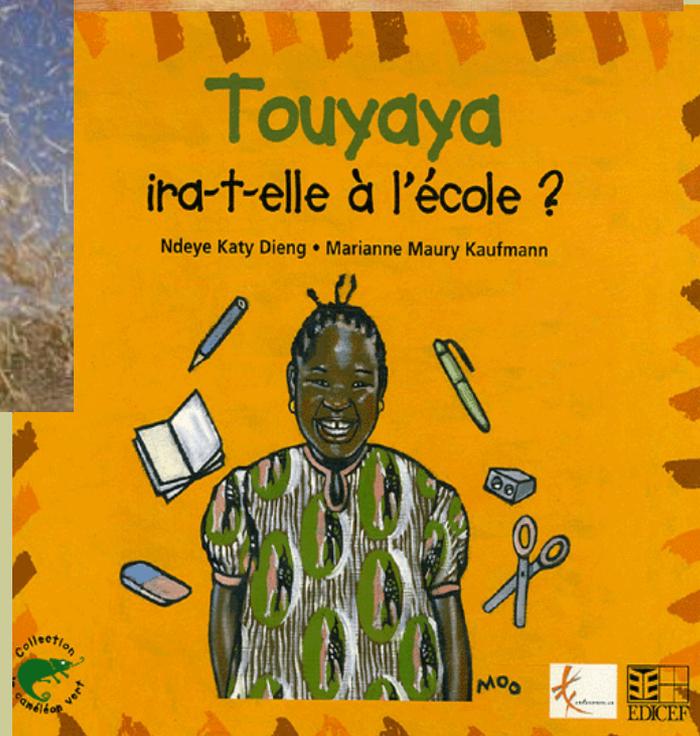
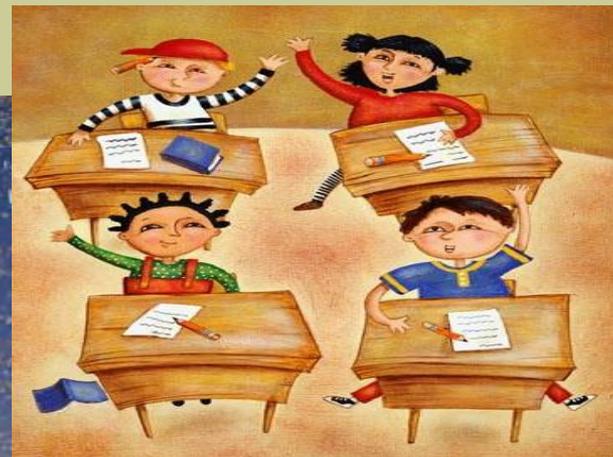
Questions

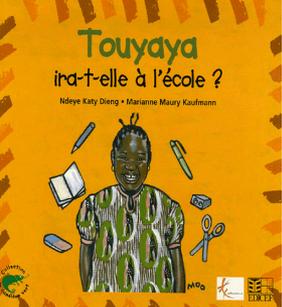
➔ Et chez vous?

Y a-t-il des projets, des interventions ou des politiques qui ont montré leur efficacité à soutenir le développement des enfants?

Entrevoyez-vous des possibilités de mettre en place dans votre milieu de nouvelles interventions ou d'appuyer l'adoption de politiques concernant l'enfance aptes à réduire les ISS?

Agir pour encourager la scolarisation



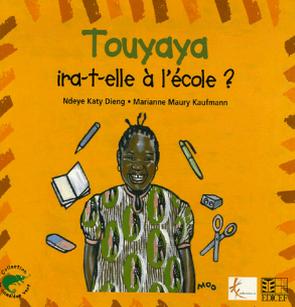


Encourager la scolarisation

Comment? Exemple 1

- Suppression des frais de scolarité à l'école primaire (Objectif du Millénaire)
 - Offrir à tous les garçons et toutes les filles un enseignement primaire et secondaire obligatoire de qualité, sans considération de solvabilité.
 - Recenser et supprimer les obstacles qui empêchent filles et garçons d'aller à l'école et de continuer leur scolarité.

(OMS-CDSS, 2008)



Encourager la scolarisation

- L'élimination des frais de scolarité a entraîné une forte hausse de la scolarisation dans certains pays d'Afrique (Fleshman, 2003)
 - **Par exemple, au Togo** : Selon les estimations du gouvernement, les inscriptions ont augmenté de 54 % pour le préscolaire et de 12 % pour le primaire. L'écart entre filles et garçons est presque inexistant.
 - **ATTENTION** : Certaines mesures évaluatives doivent être prises avant la suppression des frais : Quels sont les coûts? Quels types de frais devraient être supprimés? Comment renforcer les infrastructures et maintenir la qualité de l'éducation?
 - s'interroger sur la manière dont les écoles pourront financer les salles de classe, le personnel enseignant et le matériel scolaire supplémentaires .

(IRIN, 2009)

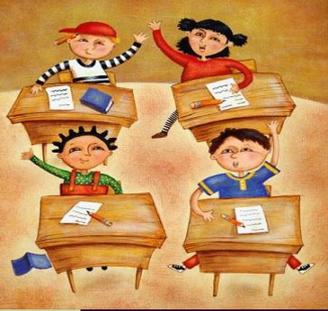


Encourager la scolarisation

Comment? Exemple 2

- Le programme *École en santé* au Québec
 - Entente de complémentarité de services entre des ministères (santé et éducation), axée sur un objectif commun : le développement des jeunes.
 - L'approche propose d'accompagner l'école et ses partenaires en vue d'accroître l'efficacité des interventions de promotion de la santé et de prévention pour améliorer la réussite et la santé des jeunes.

(Ministère de l'Éducation, Loisir et Sport du Québec, 2008)

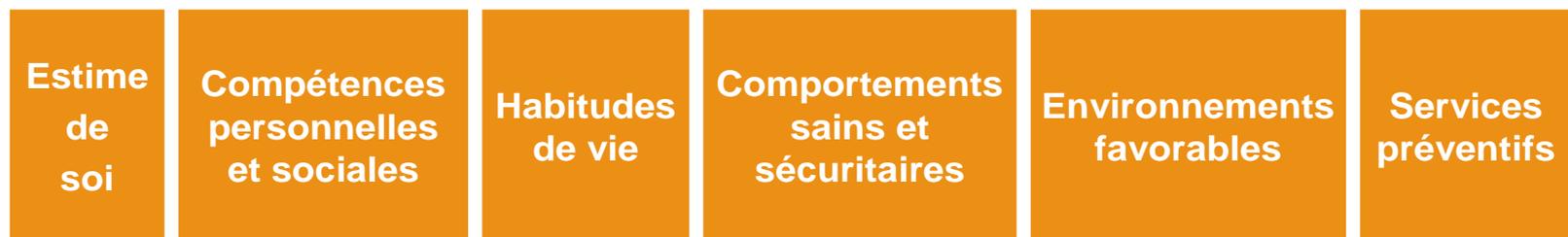


Encourager la scolarisation

- *École en santé* : mesures ciblant et interpellant les jeunes, la famille, l'école et la communauté
 - Se complètent et se renforcent mutuellement en vue d'influer sur les facteurs clés qui sont communs à la réussite éducative, à la santé et au bien-être des jeunes.
 - Ces facteurs clés sont l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sécuritaires, les environnements favorables et les services préventifs.
- Le choix des actions, variables d'une école à l'autre, est établi en fonction des besoins et des priorités de chacun des milieux.

(Ministère de l'Éducation, Loisir et Sport du Québec, 2008)

L'approche *École en santé* (Québec)

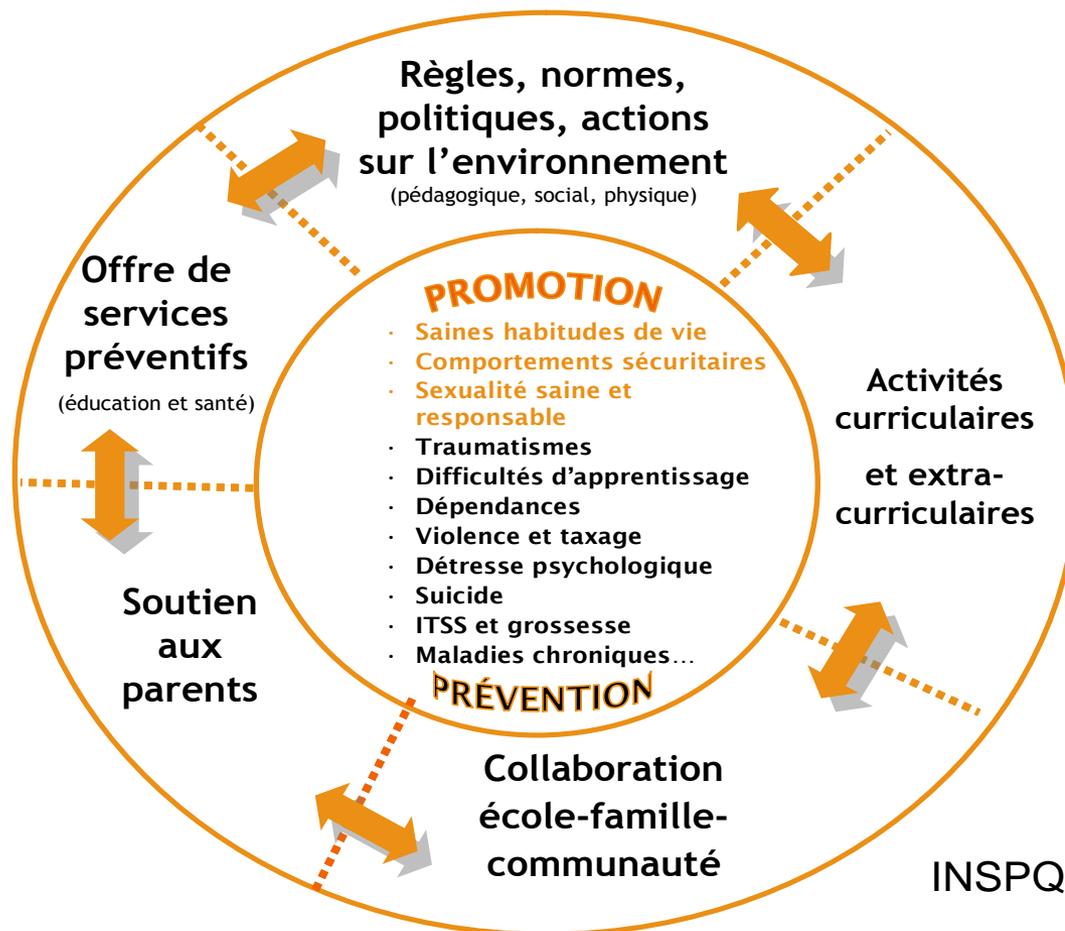


Jeunes

École

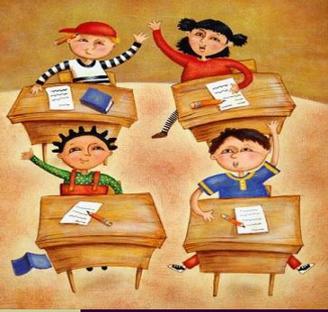
Famille

Communauté



INSPQ, 2009

(Arcand, 2009)



Encourager la scolarisation

Avec qui?

- Le Ministère responsable de l'éducation
- Le Ministère responsable de la santé
- Les ministères responsables du revenu et des dépenses de l'État
- Les municipalités
- Les écoles
- Les groupes de soutien aux jeunes et les groupes de citoyennes et citoyens
- Les grandes organisations internationales (Banque mondiale, ONU, OMS, OMC, etc.)



Questions

Et chez vous?

Y a-t-il des projets, des interventions ou des politiques qui encouragent la scolarisation des enfants?

Entrevoyez-vous des possibilités de mettre en place dans votre milieu de nouvelles interventions ou d'appuyer l'adoption de politiques aptes à encourager la scolarisation?

Agir pour assurer la sécurité alimentaire des individus et des groupes





Assurer la sécurité alimentaire des individus et des groupes

Comment? Exemple 1

■ Les cuisines collectives au Québec

- Une intervention qui vise à assurer la sécurité alimentaire en offrant aux personnes la possibilité de cuisiner ensemble des repas sains et nutritifs à bas prix.
- Le développement de jardins communautaires, de groupes d'achats et offres d'ateliers et activités sur différents thèmes entourant l'alimentation sont également possibles.
- Ces activités contribuent à transmettre aux personnes des informations fiables leur permettant de faire des choix alimentaires éclairés et de prendre en charge leur alimentation.

(Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 2009)



Assurer la sécurité alimentaire des individus et des groupes

Comment? Exemple 2

- **Le Programme national de développement des racines et tubercules (R&T) au Cameroun**
 - Les R&T occupent 70 % de la superficie cultivée du Cameroun et représentent 46 % de la production vivrière. Outre le manioc, les R&T comprennent le macabo/taro, les ignames, les patates douces et les pommes de terre.
 - Les femmes constituent 90 % des producteurs et petits transformateurs de R&T.
 - Les R&T sont cruciaux pour assurer la sécurité alimentaire et pour stimuler l'emploi en zone rurale.



Assurer la sécurité alimentaire des individus et des groupes

Exemple 2 (suite)

- Les objectifs du programme sont :
 - le renforcement des capacités des petits producteurs et transformateurs de R&T, pour bâtir des organisations de paysans fortes et pour planifier et gérer efficacement le développement du secteur d'une manière intégrée, ouverte et durable ;
 - l'amélioration durable de l'accès des organisations de producteurs et productrices de R&T aux marchés locaux, nationaux et sous-régionaux ;
 - l'amélioration durable de l'accès des productrices et transformatrices de R&T à des techniques appropriées de traitement post-récolte et de transformation ;
 - une contribution majeure à la croissance de la production de R&T par le recours à des techniques susceptibles d'être largement adoptées par les paysans pauvres produisant des R&T.

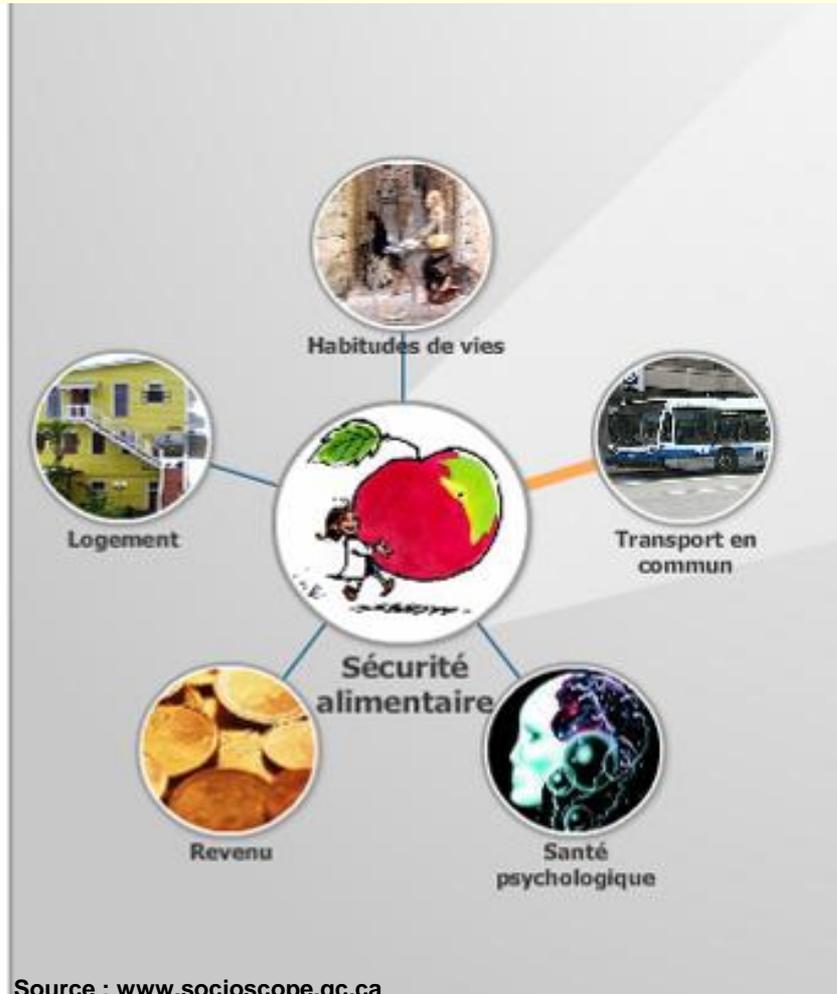
(Fidafrique, 2009)



Assurer la sécurité alimentaire des individus et des groupes

Avec qui?

- Les banques alimentaires
- Les Ministères de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation
- Les écoles /Universités
- Les municipalités
- Les groupes communautaires/citoyens
- Les responsables des transports
- Les responsables des questions relatives au logement, à l'emploi et au revenu
- Les groupes travaillant à la réduction de la pauvreté



Source : www.socioscope.qc.ca

Les inégalités sociales de santé





Questions

Et chez vous?

Y a-t-il des projets, des interventions ou des politiques qui visent à assurer la sécurité alimentaire des individus et des groupes?

Entrevoyez-vous des possibilités de mettre en place dans votre milieu de nouvelles interventions ou d'appuyer l'adoption de politiques aptes à favoriser la sécurité alimentaire pour tous?

Agir pour édifier des collectivités plus saines





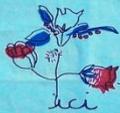
Édifier des collectivités plus saines

Comment? Un exemple

■ Revitalisation des quartiers de Bruxelles - Belgique

- Les *Contrats de quartier* permettent d'investir dans un quartier donné en agissant à la fois sur les logements, sur les espaces publics et sur la vie sociale du quartier.
- Une place importante y est faite à la cohésion sociale et à la participation des habitants.
- Les projets réalisés dans ce cadre sont variés.
- Menés dans différents quartiers fragilisés en partenariat avec les communes.

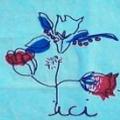
(Région de Bruxelles-Capitale, 2009)



Édifier des collectivités plus saines

- Ces *contrats de quartiers* comportent différentes opérations:
 - la réhabilitation de logements existants ;
 - la création de nouveaux logements ;
 - la réhabilitation ou la création d'espaces réservés aux activités artisanales ou industrielles, complémentaires à une opération de logement ;
 - le réaménagement des espaces publics ;
 - la création ou le renforcement d'infrastructures et d'équipements de quartier, qu'ils soient socioculturels, sportifs ou autres;
 - la mise en place d'initiatives sociales et participatives pendant la durée du contrat de quartier.

(Région de Bruxelles-Capitale, 2009)



Édifier des collectivités plus saines

Avec qui?

- Les groupes de citoyens, les habitants des quartiers
- Les acteurs du développement urbain - opérateurs de terrain, administrations régionales, communales, communautaires, fédérales, etc.
- Le monde associatif du quartier
- Les écoles du quartier
- Des représentations des institutions bancaires du quartiers
- Les ministères en charge du transport, du logement et du revenu



Questions

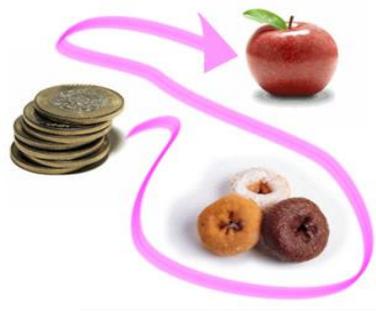
➔ Et chez vous?

Y a-t-il des projets, des interventions ou des politiques qui contribuent à édifier des collectivités plus saines?

Entrevoyez-vous des possibilités de mettre en place dans votre milieu de nouvelles interventions ou d'appuyer l'adoption de politiques qui pourront contribuer à édifier des collectivités plus saines et par là, réduire les ISS?

Agir pour promouvoir un mode de vie sain



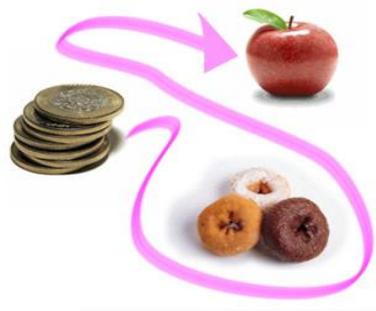


Promouvoir un mode de vie sain

Comment? Exemple 1

- **L'initiative aux États-Unis visant à contrer le diabète en incitant les gens à manger plus de fruits et de légumes**
 - Basée sur les déterminants sociaux de la vulnérabilité, incluant la répartition géographique de l'habitat (par exemple quartiers réservés à des groupes ethniques).
 - Analyse des éléments de l'environnement qui conditionnent un véritable choix d'alimentation.
 - Le projet a mené à l'organisation d'un marché de fruits et légumes de manière à augmenter l'accès dans certaines communautés.

(Leclerc, Kaminski & Lang, 2008)

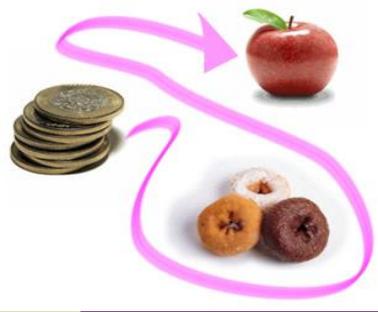


Promouvoir un mode de vie sain

Comment? Exemple 2

- **La Coalition québécoise sur la problématique du poids (CQPP)**, vise l'adoption de politiques publiques spécifiques à l'égard des problèmes reliés au poids.
 - Agit dans le cadre de trois secteurs stratégiques (agroalimentaire, socioculturel et environnement bâti) pour favoriser la mise en place d'environnements facilitant les choix santé et la prévention des problèmes de poids
 - Évalue les différentes possibilités qui peuvent améliorer le milieu de vie des jeunes et rendre leurs choix santé plus faciles.
 - Étudie la possibilité d'utiliser le zonage municipal pour limiter l'offre de malbouffe autour des écoles.

(CQPP, 2009)



Promouvoir un mode de vie sain

Avec qui?

- Les responsables de la sécurité alimentaire et du revenu et leurs partenaires
- Les réseaux de :
 - la santé
 - l'éducation, des universités, des centres de recherche
 - du transport et de la mobilité durable
 - villes et villages en santé
 - sociocommunautaire
 - loisirs et des sports
 - municipalités
 - groupes communautaires en santé
- Les ordres professionnels
- Les organismes œuvrant autour de l'alimentation et de la problématique du poids



Questions

Et chez vous?

Y a-t-il des projets, des interventions ou des politiques qui sont élaborés de manière à promouvoir un mode de vie sain pour toutes et tous?

Entrevoyez-vous des possibilités de mettre en place dans votre milieu de nouvelles interventions ou d'appuyer l'adoption de politiques aptes à soutenir l'adoption et le maintien de modes de vie sains et réduire les ISS?

Agir pour développer les réseaux sociaux et favoriser l'insertion sociale





Développer des réseaux/insertion sociale

Comment? Un exemple

- **Les ateliers *santé et citoyenneté* à Marseille, France**
 - Animés par l'Université du Citoyen depuis 2005, avec le soutien de l'atelier Santé Ville au Centre-ville de Marseille
 - Objet : Séries de 10 ateliers collectifs appelés « des ateliers citoyens » répartis sur 5 mois
 - Milieu : 6 centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS - hébergement gratuit pour 6 mois)
 - Accompagnement social et construction d'un projet d'insertion.

(Tiffou, 2008)



Développer des réseaux/insertion sociale

- Approche des ateliers de *santé-citoyenneté* :
 - Ascendante et collective
 - Un espace d'expression où le savoir de chacun est reconnu
 - Veille à mettre les participantes et les participants en confiance et les invite à s'exprimer
 - N'apporte pas de réponses immédiates aux questions formulées
 - Des professionnels présentent leur structure, échangent avec les résidents et complètent leurs connaissances.

(Tiffou, 2008)



Développer des réseaux/insertion sociale

Avec qui?

- Des professionnels du secteur sanitaire, social et juridique
- Les ONG et les organismes communautaires
- Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale
- Les municipalités
- Les groupes de citoyennes et citoyens
- Les milieux scolaires
- Les entreprises/responsables de l'emploi



Questions

Et chez vous?

Y a-t-il des projets, des interventions ou des politiques qui soutiennent le développement de réseaux sociaux et qui favorisent l'insertion sociale ?
Avez-vous des idées sur ce qui pourrait être fait dans votre milieu? Des projets? Ou pouvez-vous appuyer l'adoption de politiques aptes à favoriser l'insertion sociale?



Où, comment et avec qui il faut construire ... De grands chantiers

B. S'attaquer à la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources, les causes structurelles de ces conditions de vie (CDSS-OMS, 2008)

- Réduire la pauvreté et contrer l'exclusion sociale
- Améliorer l'accès aux soins de santé

(ASPC, 2008)

Agir pour réduire la pauvreté et contrer l'exclusion sociale





Réduire la pauvreté et contrer l'exclusion sociale

Comment? Un exemple

- **Agir sur les politiques publiques pour influencer sur les priorités dans l'allocation des budgets**
 - S'intéresser aux budgets publics, examiner leur impact dans la construction des disparités de santé entre les groupes.
 - Certaines mesures améliorent la situation des plus riches au lieu d'améliorer celle des personnes démunies.
 - Où vont les priorités? Effort de guerre, réduction des charges fiscales pour les entreprises, baisses d'impôts... (Labrie, 2008)



Réduire la pauvreté et contrer l'exclusion sociale

Comment? Un exemple (suite)

- **Agir sur les politiques publiques pour influencer sur les priorités dans l'allocation des budgets**
 - Développer une nouvelle culture d'intervention en santé publique qui tient compte de l'économie et des compétences dans ce domaine pour mieux intervenir.
 - Mettre en œuvre des programmes et des projets pour améliorer les conditions à moyen et long terme pour certains groupes défavorisés ou exclus de la société.

Réduire la pauvreté et contrer l'exclusion sociale



■ Avec qui?

- Les groupes de citoyennes et citoyens, ceux qui communiquent avec les personnes qui vivent en situation de pauvreté et les exclus
- Les ministères du revenu, de l'éducation, de la santé, etc.
- Le milieu scolaire
- Les autorités responsables du logement/habitat/milieux de vie
- Les autorités responsables du transport en commun
- Les municipalités
- Les organisations de sports/loisirs
- Les groupes communautaires – organisations non gouvernementales



Questions

➡ Et chez vous?

Connaissez-vous des projets, des interventions ou des politiques qui ont montré leur efficacité à réduire de façon durable la pauvreté?

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être initié ou poursuivi dans votre milieu pour réduire de façon durable la pauvreté?

Agir pour améliorer l'accès aux soins de santé





Améliorer l'accès aux soins

Comment? Un exemple

- **Pays à faible revenu : élimination du paiement direct des soins par les usagers**
 - L'obligation faite à l'utilisateur de payer les prestations de soins représente un obstacle expliquant, en partie, les difficultés et inégalités d'accès aux soins et à la santé.
 - La suppression de cet obstacle demande une véritable planification en amont intégrant : 1) les enjeux liés au financement pérenne de la gratuité, notamment la prise en compte des aspects techniques relatifs à la gestion de l'impact de la gratuité sur les populations et sur les ressources humaines en santé; 2) l'approvisionnement en médicaments essentiels.

(Médecins du monde, 2008)



Améliorer l'accès aux soins

Avec qui?

- Le ministère de la santé, ses composantes régionales et locales
- Les responsables de l'organisation/dispensation des soins et services de santé
- Les réseaux responsables du revenu/finances et ses partenaires
- Les groupes communautaires
- Les entreprises privées/employeurs
- Les citoyennes et citoyens
- Les organisations non gouvernementales



Questions

Et chez vous?

Y a-t-il des projets, des interventions ou des politiques qui permettent un accès plus juste et équitable aux soins?

Dans votre milieu, qu'est-ce qui pourrait être mis en place ou soutenu pour améliorer l'équité dans l'accès aux soins?



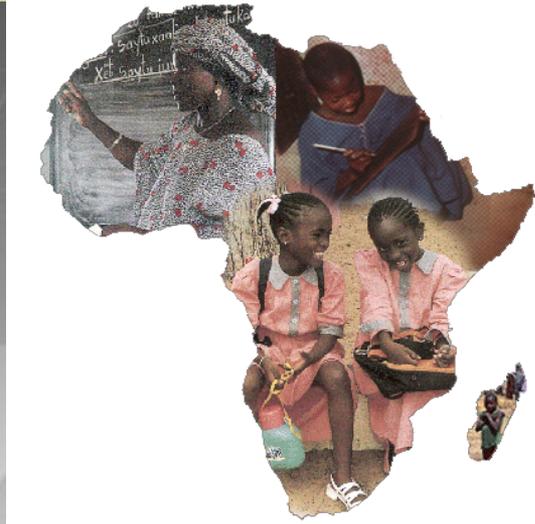
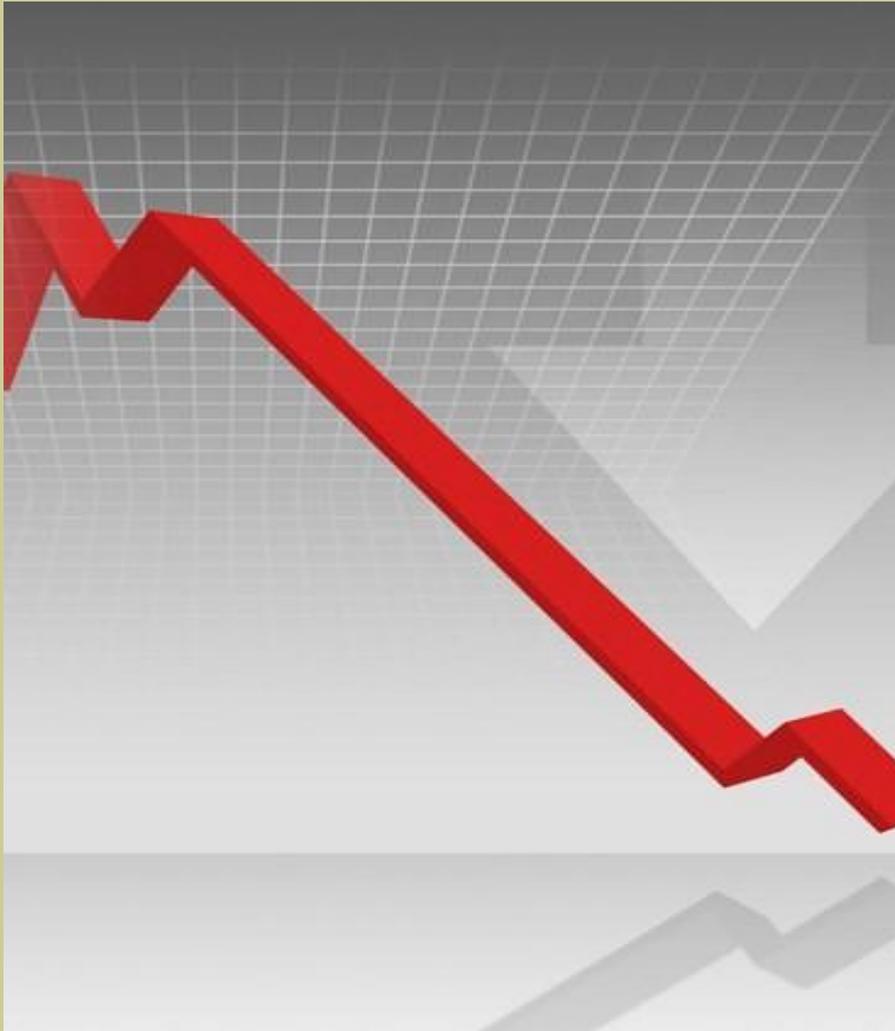
Où, comment et avec qui il faut construire ... De grands chantiers

C. Mesurer le problème, évaluer l'action, former des intervenants et susciter l'implication du public

(CDSS-OMS, 2008)

- Observer, surveiller les inégalités
- Évaluer les interventions
- Diffuser les connaissances : de la recherche à l'action
- Mobiliser les individus et les milieux, favoriser la participation citoyenne et la prise de parole

Observer les inégalités sociales de santé pour mieux agir





L'observation/surveillance des ISS

Comment? Un exemple

- **Les banques de données issues des enquêtes nationales de santé constituent une mine d'informations pour l'analyse des ISS**
 - Permet de répondre à des questions telles que les inégalités entre qui et qui? Inégalités de quoi?
 - Exemple d'indicateurs qui reflètent la distribution des déterminants sociaux de la santé dans une population
 - Scolarité
 - Statut d'activité
 - Catégorie professionnelle
 - Perception de la situation financière
 - Habitudes de vie et conditions de vie
 - Environnement social et physique
 - Services de santé et de prévention
 - Santé perçue
 - Limitations, maladie chronique, santé mentale, ...

(Audet et Desrosiers, 2008)



L'observation/surveillance des ISS

- **Les banques de données issues des enquêtes nationales de santé constituent une mine d'informations pour l'analyse des ISS (suite)**
 - Développer des banques de données qui combinent santé et social
 - Être conscient qu'une partie de la réalité échappe aux informations rassemblées dans les enquêtes nationales de santé.
 - Combiner d'autres types d'informations aux données des enquêtes nationales de santé
 - Données issues de l'expertise des acteurs de terrain, de la population elle-même et de recherches qualitatives.

(De Spiegelare, 2009)



Observer les inégalités sociales de santé

Avec qui?

- Les réseaux responsables des enquêtes nationales ou régionales qui collectent des données diverses sur une population, dans différents domaines – culture, économie, démographie, éducation, commerce, conditions de vie, santé, etc.
- Les responsables des recensements qui permettent de mettre à jour l'information statistique de base sur une population.
- Les municipalités, les organisations non gouvernementales, les groupes communautaires, les regroupement de citoyens, la société civile, pour obtenir des données issues de l'expertise des acteurs de terrain et des populations elles-mêmes.



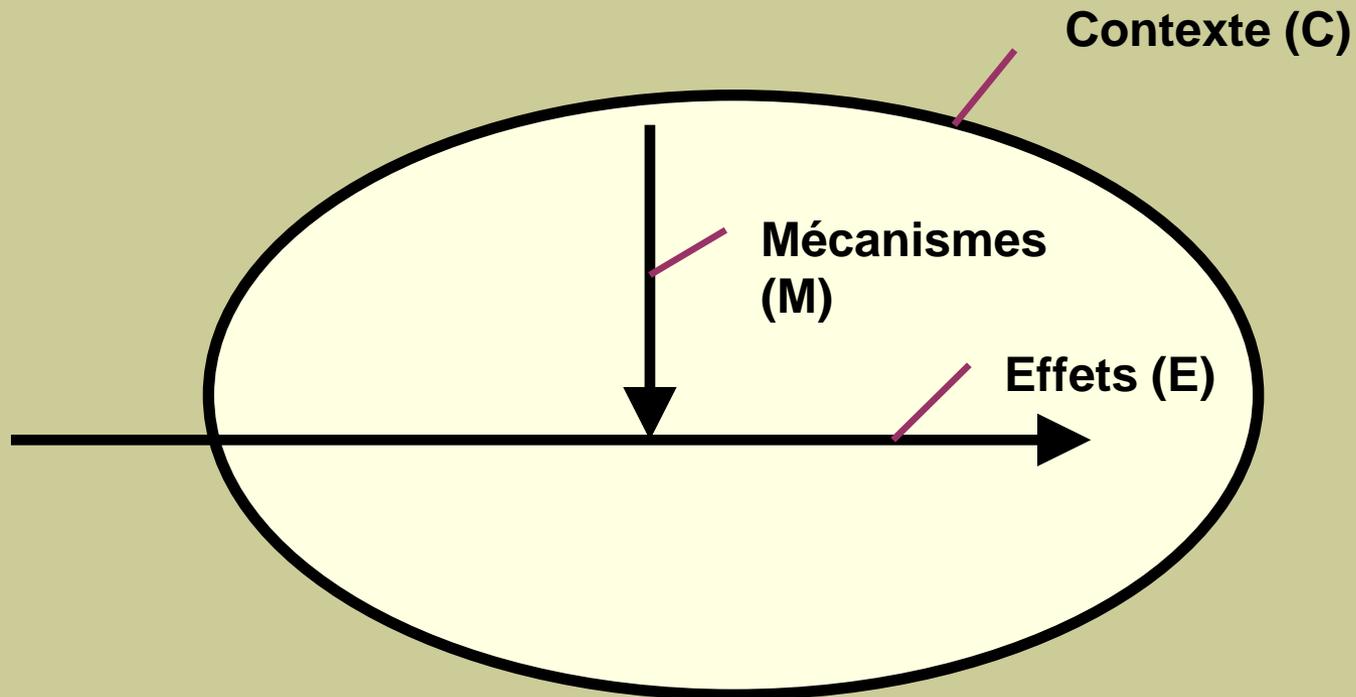
Questions

Et chez vous?

Y a-t-il des projets qui visent à intégrer les données concernant les inégalités sociales de santé dans une vision globale et accessible? Qui articulent les informations quantitatives et qualitatives ?

Entrevoyez-vous des possibilités d'améliorer ou de mettre en place, dans votre milieu, des mécanismes permettant de mieux cerner les inégalités sociales et leurs impacts sur la santé des populations?

Évaluer les interventions pour mesurer leur impact sur les ISS



$$M + C = E$$



Évaluation des interventions

Comment? Un exemple

■ Une approche : *L'évaluation réaliste*

- Permet de répondre aux questions : est-ce que l'intervention fonctionne? Comment? Pour qui? Dans quelles circonstances?
- Décrit le mécanisme actionné par l'intervention pour produire ses effets dans un contexte donné et le compare avec celle prévue.
- La relation causale entre une intervention et son effet supposé est considérée dans le contexte dans lequel elle se déroule.
- Intègre la contribution du contexte à la production des effets; permet de repérer les effets non souhaitables (pervers) qui peuvent découler de l'intervention.



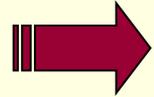
Évaluation des interventions

Avec qui?

- Les responsables de la planification et de la mise en œuvre de l'intervention
- Les partenaires institutionnels de l'intervention
- Les groupes et personnes concernées par l'intervention
- Les groupes sociaux et communautaires
- Les organisations non gouvernementales



Questions

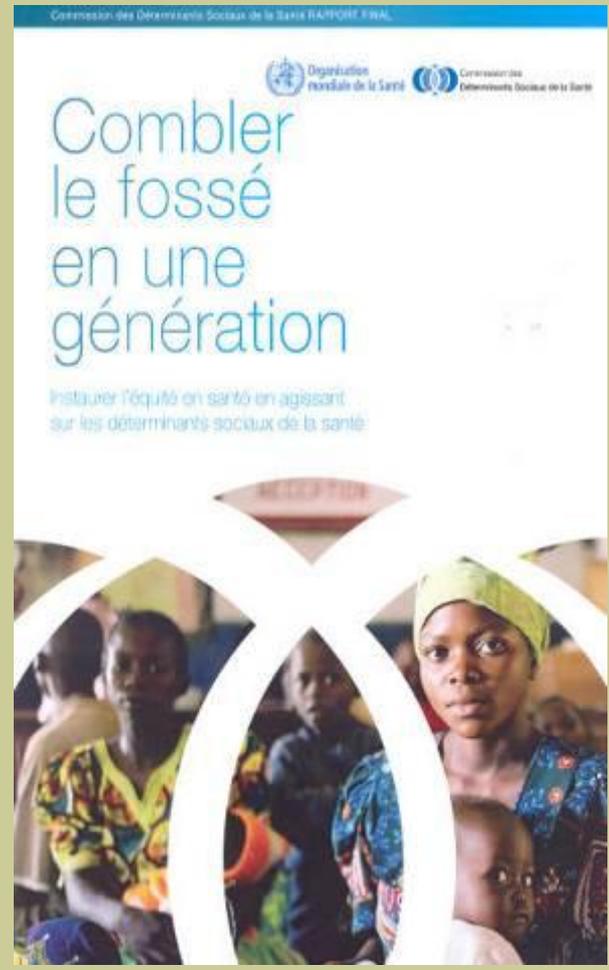
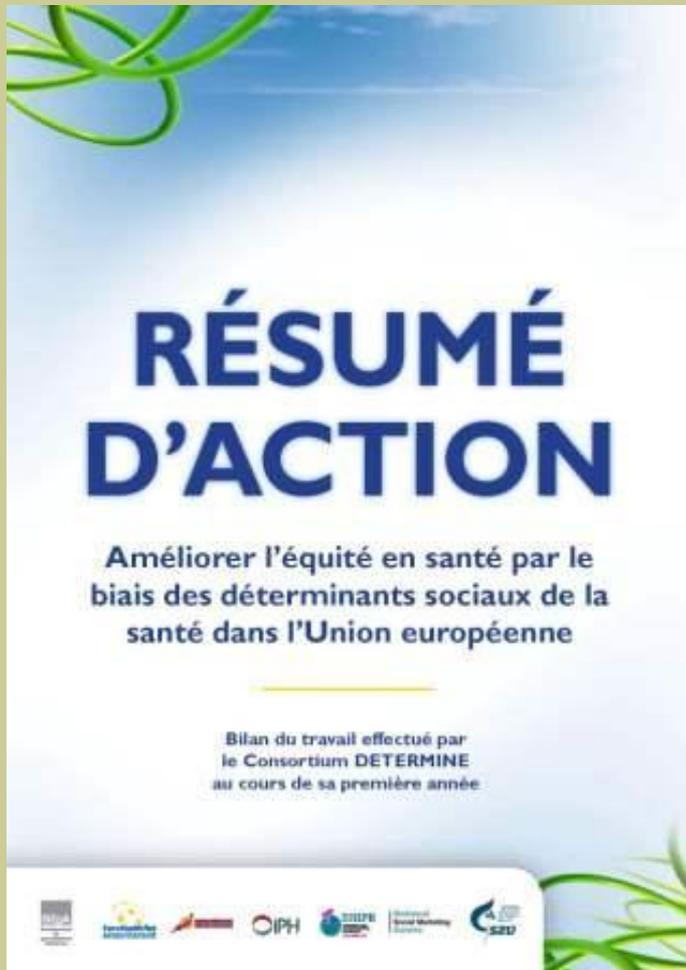


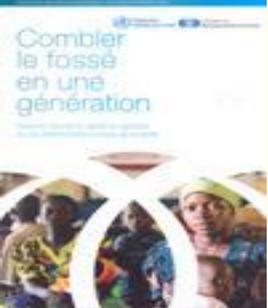
Et chez vous?

Y a-t-il des évaluations d'interventions ou de politiques qui sont en cours, ou qui ont été réalisées, et qui tiennent compte des conditions sociales, du contexte dans lesquelles les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ?

Entrevoyez-vous des possibilités de mettre en place ou de soutenir de telles évaluations dans votre milieu?

Pour répondre au savoir par l'action : diffuser les connaissances





Diffuser les connaissances

- Faire un plaidoyer pour impulser le changement social et la prise en compte des dimensions de justice et d'équité dans l'élaboration des interventions et des politiques publiques.

Comment? Un exemple

- Lire, discuter, mettre le rapport de la CDSS de l'OMS à l'ordre du jour de vos activités professionnelles.
 - « Que vous soyez en recherche en santé publique, ou dans un dispensaire, ou dans les écoles, ou dans un projet avec des familles immigrantes, ou à l'université, ou dans un ministère, vous pouvez tracer la voie du changement en diffusant les connaissances qui sont développées sur les déterminants sociaux de la santé et les disparités en santé. »

(Bégin, 2009)



Diffuser les connaissances

Auprès de qui?

- Votre groupe de travail, votre milieu de travail et vos réseaux
- Votre association professionnelle
- Vos partenaires dans d'autres secteurs ou d'autres disciplines
- Votre milieu de vie
- Les groupes communautaires
- Les entreprises de votre région
- Les ministères du revenu, du logement, de l'emploi, de la sécurité alimentaire, du sport et loisir, etc.



Questions

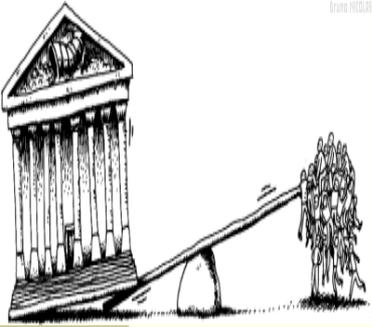
Et chez vous?

Y a-t-il, dans votre milieu, des projets ou des outils de diffusion des connaissances qui seraient susceptibles de devenir des moteurs de changement?

Ou... avez-vous des idées sur ce qui, en matière de diffusion des connaissances, pourrait servir de levier pour le changement dans votre milieu?

Agir pour mobiliser les collectivités et stimuler la participation citoyenne





Mobilisation sociale, prise de parole et participation

Changement social par le renforcement du pouvoir des citoyennes et citoyens dans leur capacité à agir sur les déterminants de leur santé

- Comment? Un exemple
 - L'engagement citoyen au moyen de l'approche dialogique en action au centre de santé Lamèque, dans le nord du Nouveau-Brunswick, Canada





Mobilisation sociale, prise de parole et participation

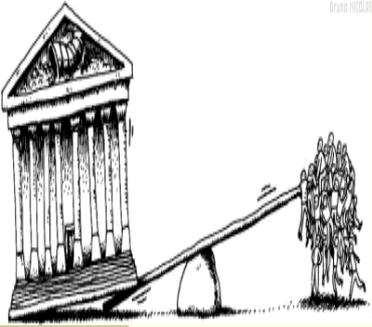
■ L'engagement citoyen par l'approche dialogique

- Voie prometteuse pour la formulation de politiques de santé mieux adaptées aux besoins des populations, ceux des plus vulnérables en particulier.
- Approche qui répond aux demandes des citoyennes et citoyens d'être davantage impliqués dans la prise de décision, et aux besoins des responsables des services de santé et sociaux d'établir une confiance avec la population tout en améliorant l'efficacité du système.
- Nouvelles façons de faire pour l'élaboration et la mise en œuvre des services et programmes qui misent sur les forces et la volonté d'agir collectivement et assurent la participation des partenaires dès le début du processus.



Mobilisation sociale, prise de parole et participation

- **L'engagement citoyen par l'approche dialogique (suite)**
 - Consiste à réunir des citoyennes et citoyens, décideurs, gestionnaires, expertes et experts autour de questions les concernant, à les informer et les écouter, à favoriser des échanges autour d'enjeux et de valeurs, selon une approche de résolution de problèmes pour prendre des décisions éclairées avec l'adhésion d'un grand nombre.
 - Engage les citoyennes et citoyens dans une démarche d'évaluation des besoins incluant les déterminants sociaux de la santé et la mise en œuvre de mesures concrètes.



Mobilisation sociale, prise de parole et participation

- **L'engagement citoyen par l'approche dialogique (suite)**
 - Requierit la concertation entre les parties prenantes et l'inclusion de citoyennes et citoyens, même des plus démunis, source non seulement de cohésion sociale, mais également d'engagement du plus grand nombre dans la prise en charge de la santé.
 - Nécessite l'acquisition de compétences spécifiques chez les gestionnaires et décideurs :
 - capacité d'écoute,
 - exercice d'un leadership transformationnel (qui soutient les changements en aidant à trouver les moyens d'y arriver).



Mobilisation sociale, prise de parole et participation

Avec qui?

- Les citoyennes et citoyens
- Les groupes communautaires
- Les associations de quartier
- Les organisations non gouvernementales
- Les organisations non partisans dont la mission est d'encourager la participation citoyenne et de renouveler les idées dans une société
- Les associations professionnelles
- Les gestionnaires
- Les décideurs



Questions

Et chez vous?

Y a-t-il des projets qui montrent comment l'engagement des citoyennes et citoyens permet d'arriver à une prise de décision éclairée, qui tient compte des valeurs et des choix de la société?

Entrevoyez-vous des possibilités de mettre en place ou d'améliorer, s'ils existent, des mécanismes favorisant cet engagement dans votre milieu?



3. Agir pour réduire les inégalités sociales de santé

Réponses au test (*diapo 119*)

1. Oui, la participation active des populations concernées à l'amélioration de leurs conditions de vie est essentielle pour y arriver.
2. Pour arriver à réduire les ISS dans un milieu, il ne faut pas miser exclusivement sur les actions ciblant les groupes les plus vulnérables mais s'attaquer aux fondements de la construction des inégalités entre les groupes sociaux.
3. L'évaluation des politiques visant à réduire les ISS requiert de nouvelles approches qui permettent de tenir compte du contexte de leur mise en oeuvre et d'en mesurer les effets pervers.
4. Pour être efficaces, les actions visant à réduire les inégalités sociales de santé de façon durable doivent le plus souvent être réalisées par des partenariats intersectoriels et viser différents niveaux.



Références bibliographiques

Absil G. et Vandoorne C. (2009). Inégalités sociales de santé : Quels enjeux clarifier pour l'évaluation des projets?, Université d'été francophone de santé publique, Université de Franche-Comté, Besançon 2009.

Administrateur en chef de Santé publique (2008). Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008 - Coup d'œil sur le rapport – Aider les Canadiens à jouir du meilleur état de santé possible. *Agence de santé publique du Canada*, 16 p. [En ligne]. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/pdf/report-fra.pdf> (consulté le 28 mai 2009)

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2009). Organismes qui viennent en aide aux personnes qui vivent de l'insécurité alimentaire. In Santé publique. Promotion/Prévention. Sécurité alimentaire, [En ligne]. http://www.santeestrie.qc.ca/sante_publicque/promotion_prevention/securite_alimentaire.php#3 (consulté le 28 mai 2009)

Audet N. et Desrosiers H. (2008) «Les banques de données issues des enquêtes nationales de santé : une mine d'informations pour l'analyse des inégalités sociales de santé», In Présentations des JASP 2008. Mardi 18 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne] : http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2008/11_5_Nathalie_Audet.pdf (consulté le 28 mai 2009)

Arcand L. (2009). Réduire les inégalités à partir de l'école? *Éducation Santé*, 245, 10-12. [En ligne]. <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1114> (consulté le 28 mai 2009)

Bégin M. (2009). Changer les conditions de vie pour l'équité en santé en une génération : faisable, mais pas pour les timorés!, *Éducation Santé*, 245, 25-26. [En ligne]. <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1122> (consulté le 28 mai 2009)



Références bibliographiques

- Bouchard P. et Vézina S. (2009) L'engagement des citoyens dans un processus dialogique: un moyen à privilégier pour réduire les inégalités sociales de santé. *Éducation Santé*, 245:14-16. [En ligne]. <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1116> (consulté le 28 mai 2009)
- Coalition québécoise pour la problématique du poids (2009). Gatineau, Lavaltrie et Baie-Saint-Paul participeront au projet pilote pour limiter l'offre de malbouffe autour des écoles. *In A la une*. Communiqué, [En ligne]. <http://www.cqpp.qc.ca/> (consulté le 28 mai 2009)
- Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008). *Comblent le fossé en une génération: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Résumé analytique du rapport final, Genève, Éditions de l'OMS, 34 p. Traduit pas l'INPES. [En ligne]. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf (consulté le 28 mai 2009)
- De Spiegelaere M. (2009). Éclairer la réalité des inégalités sociales face à la santé. *Éducation Santé*, 245: 7-8. [En ligne]. <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1112> (consulté le 28 mai 2009)
- Fidafrique (2009). *Programme national de développement des racines et tubercules*. In Cameroun. Projets nationaux. Accueil, [En ligne]. <http://www.fidafrique.net/rubrique98.html> (consulté le 28 mai 2009)
- Fleshman M. (2003). Objectifs du Millénaire: l'Afrique peine. *Afrique Relance*, 17(3) : 10. [En ligne]. <http://www.un.org/french/ecosocdev/geninfo/afrec/vol17no3/173mdgfr.htm> (consulté le 28 mai 2009)



Références bibliographiques

- Labrie V. (2008). *Petite histoire à poursuivre de l'image des escaliers roulants*. In Présentations des JASP 2008. Mardi 18 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne]. http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2008/10_30_Vivian_Labrie.pdf (consulté le 28 mai 2009)
- Leclerc A., Kaminski M. & Lang T. (2008), *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris : La Découverte, Inserm : 300 pages.
- IRIN (2009). TOGO: *La suppression des frais de scolarité crée un déficit budgétaire*. In Afrique de l'ouest. Togo, [En ligne]. <http://www.irinnews.org/fr/ReportFrench.aspx?ReportId=82433> (consulté le 28 mai 2009)
- Médecins du monde (2008) *L'accès gratuit aux soins de santé primaires : une stratégie payante*. Appel au G8. Éditions Médecins du monde. 24 pages. [En ligne]. www.medecinsdumonde.org
- Ministère de l'Éducation, Loisir et Sport du Québec (2008). Approche *École en santé*. In Pour un virage santé à l'école. Accueil, [En ligne]. <http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/viragesante/index.asp?page=approche> (consulté le 28 mai 2009)
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), (2007) *Riches de tous nos enfants : La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans* », Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec : www.msss.gouv.qc.ca/publications Paquet, G. (2005). *Partir du bas de l'échelle – Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*. Les Presses de l'Université de Montréal. 152 p



Références bibliographiques

- Paquet, G. (2009). « Les inégalités sociales à la petite enfance : comment réduire leurs répercussions à l'âge adulte? » *Éducation santé*, no 245, mai, pp. 8-10. [En ligne].
<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1113> (consulté le 28 mai 2009).
- Pawson, R. (2002). "Evidence-based Policy: The Promise of 'Realist Synthesis'." *Evaluation* 8(3): 340-358
- Région de Bruxelles-Capitale (2009). Qu'est-ce qu'un contrat de quartier? In Revitalisation des quartiers en région de Bruxelles-Capitale. Les instruments, [En ligne].
<http://www.quartiers.irisnet.be/contenu/content.asp?ref=76> (consulté le 28 mai 2009).
- Ridde V. et Blaise P. (2008). Évaluation des interventions : comment mener à bien un exercice périlleux? *La Santé de l'Homme*, septembre-octobre 37 : 28-30.
- Tiffou H. (2008). Ateliers «Santé et citoyenneté». In Présentations des JASP 2008. Mardi 18 novembre. Site des Journées annuelles de santé publique, [En ligne] :
http://www.inspq.qc.ca/aspx/docs/jasp/presentations/2008/10_50_Hugo_Tiffou.pdf (consulté le 28 mai 2009)
- Tondelier M. (2008). L'accueil préscolaire des enfants en Suède. In Sociétés nordiques. Petite enfance. Suède. Éducation. [En ligne]. <http://societesnordiques.wordpress.com/2008/01/07/l%C2%B4accueil-prescolaire-des-enfants-en-suede/> (consulté le 28 mai 2009)
- Wallerstein N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; [En ligne].
<http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, consulté [28 mai 2009]) in Ridde V. (2007) Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé, *Promotion & Éducation*, 14 (2); 112

MERCI

Conception et réalisation

- La version générique de ce diaporama d'animation pédagogique a été élaborée par Catherine Hébert de l'Axe stratégique de recherche sur les inégalités sociales de santé du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ), avec la collaboration d'Hélène Valentini (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]), sous la coordination de Maria De Koninck (RRSPQ et Université Laval).
- Ont également apporté une contribution : Hélène Fillion, Irène Langis et Ginette Paquet (INSPQ); Lise Dunnigan (ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec); Marie-Josée Moquet (Institut national de prévention et d'éducation à la santé, France); Luc Berghmans (Observatoire du Hainaut, Belgique); David Houéto (REFIPS, Afrique subsaharienne); Valéry Ridde (Université de Montréal, Québec).



Remerciements

Au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui a soutenu la production et la diffusion de la version générique de ce diaporama d'animation pédagogique



Pour obtenir une copie....

Le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS) a accepté de distribuer les exemplaires du DVD sur lequel est gravé ce diaporama d'animation pédagogique. Il contient d'autres documents pertinents :

- Une vidéo : *Agir sur les inégalités sociales* (2008)
- *Comblers le fossé en une génération – Résumé analytique* (CDSS-OMS, 2008)
- *Le résumé d'action* du Consortium européen DÉTERMINE (2008)
- Un numéro thématique de la revue belge *Éducation Santé* (mai 2009)
 - Une bibliographie commentée

Pour communiquer avec le RÉFIPS, aller sur son site :
<http://www.refips.org>