HAL open science

A quoi sert la promotion de la santé ? Essai introductif sur la réduction des inégalités sociales de santé

Ridde Valéry

To cite this version:

Ridde Valéry. A quoi sert la promotion de la santé ? Essai introductif sur la réduction des inégalités sociales de santé. 2012. ird-02934953

HAL Id: ird-02934953

https://ird.hal.science/ird-02934953v1

Submitted on 9 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

A quoi sert la promotion de la santé?

Essai introductif sur la réduction des inégalités sociales de santé

Ridde Valéry

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION 3
2 DE LA SANTE PUBLIQUE A LA PROMOTION DE LA SANTE 5
2.1 Les finalités 5
2.2 Les processus 7
3 POURQUOI EST-CE A LA PROMOTION DE SANTE DE S'ATTAQUER AUX INEGALITES SOCIALES DE SANTE ? 9
3.1 Le système de santé 11
3.2 L'éducation à la santé 14
3.3 La santé publique 16
3.3.1 La santé publique française 17
3.3.2 La santé publique québécoise 17
3.3.2.1 Les inégalités de santé : constats et origines 18
3.3.2.2 Le programme national de santé publique du Québec 19
3.3.2.3 Trois hypothèses pour expliquer ! 'immobilisme de la santé publique 20
3.3.3 L'approche par les déterminants sociaux de la santé en France et au Canada 23
3.3.3.1 Le modèle canadien dominant 23
3.3.3.2 Le modèle québécois en émergence 26
3.3.3.3 Les déterminants de la santé en France 28
3.3.3.4 Les inégalités sociales de santé et l'action politique 33
3.3.4 Conclusion : 36
3.4 La promotion de la santé 37
4 DE LA PARTICIPATION A L'EMPOWERMENT 39
4.1 De la nature des débats sur la participation 39
4.2 Le processus et l'évaluation des pratiques de promotion de la santé 48
5 LES DEFIS PRATIQUES ET EPISTEMOLOGIQUES DE LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE . 52
5.1 L'aporie : la cible des interventions 53
5.1.1 De la conceptualisation des différences à la perception du besoin de les résorber 53
5.1.2 Le choix du public concerné par les interventions 57
5.2 L'épistémologie : évaluer les interventions 62
5.3 Le défi de la mise en œuvre des actions 65
5.3.1 Conclusion 69
6 LE NOBLE SENTIER OCTUPLE DE LA PROMOTION DE LA SANTE 70
7 REFERENCES : 72

« *Je dirai que l'homme est un animal vertical. Cette verticalité est déjà chez lui la marque du règne et de la priorité de l'encéphale sur tout le reste. Encore faut-il que, vertical, l'homme ne dorme pas debout. Tout ce qui tord et le torture, tout ce qui le courbe ou le fait ramper, tout ce qui le nivèle ou l 'enterre, n'a rien à voir avec le développement* » (Ki Zerbo, 2001, p.92), discours prononcé il y a presque 25 ans par l'un des grands penseurs africains lors de la 8éme conférence internationale d'éducation à la santé à Paris.

1 INTRODUCTION

Cet essai sur l'essence de la promotion de la santé émane d'une réflexion amorcée en 2006 dans une conférence traitant de la relation entre la participation et la santé communautaire. Puisque nous avons été invités en France par un Institut de Santé Communautaire pour entamer cette réflexion lors de la prononciation d'un discours et réalisant des recherches dans le domaine de la santé communautaire à l'échelle internationale, et notamment africaine, depuis le Québec, nous nous permettrons dans ce livre des allers-retours entre ces contrées afin d'étayer le point de vue que nous souhaitons partager avec le lecteur. Contrairement, par exemple, à trois entreprises collectives éditoriales récentes à propos des inégalités sociales de santé (De Koninck and Passin, 2004; Frohlich, De Koninck et al., 2008; Leclerc, Kaminski et al., 2008) et des liens entre les secteurs sociaux et sanitaires (Raynault and Londe, 2006), cet essai est une réflexion personnelle et individuelle soumise aux limites de ce colloque singulier. Cet ouvrage est composé de textes originaux développés à l'occasion de cette conférence de 2006 mais aussi de certaines parties qui ont fait l'objet de publication dans des revues ou livres scientifiques depuis 2004. Or, ces derniers textes sont parfois peu accessibles en Afrique francophone et aux étudiants, surtout lorsqu'ils ont été publiés en anglais. L'objectif de ce livre est donc de partager nos réflexions sur la promotion de la santé et les inégalités sociales de santé avec un public plus large et n'ayant pas toujours accès à ces documents et qui souhaitent approfondir leurs connaissances et réflexions sur le sujet. Nous croyons notamment que l'ouvrage permettra aux étudiants de disposer des bases conceptuelles nécessaires à leur formation disciplinaire en santé publique mais aussi dans le domaine des sciences sociales et de la santé.

Le plus souvent, les écrits et les discours autour du thème des rencontres 2006 de l'Institut Renaudot, auxquelles nous avons été conviés, soit la participation et les pratiques de santé communautaire, idéalisent la manière d'associer ces deux notions et leurs finalités. La participation serait indispensable à l'efficacité des pratiques de santé communautaire requises pour améliorer la santé des populations, et ces pratiques suivraient un inéluctable cycle allant de la planification à l'évaluation, passant par la mise en œuvre. Cependant, il semble bien qu'en théorie, et surtout en pratique, ces propositions ne soient pas aussi irréfutables qu'on le prétende. Dans l'annonce même des rencontres annuelles, les responsables de l'Institut affirment que « la promotion de la santé et santé communautaire appellent à la participation de

tous les acteurs de la cité, comme condition de l'efficacité et de l'efficience en santé » (Schoene, 2005, p.1). La promotion de la santé et la santé communautaire seraient donc distinctes, et la participation indispensable à l'efficacité des actions. Nous reviendrons sur ces deux propositions plus tard dans cet essai. Mais quelques mots plus loin, ils mettent rapidement en garde le lecteur en soutenant qu'il s'agira, lors de ces rencontres, de présenter « la place, et surtout l'implication de chacun des acteurs dans les pratiques de santé communautaire, où les difficultés, illusions, limites de la participation seront amplement débattus [...et de] mesurer le niveau, les formes de participation effective des acteurs locaux, à la mise en œuvre de la dernière loi de santé publique » (p.2). Aussi, l'objet de cet essai est une quadruple tentative de renouvellement des réflexions sur la promotion de la santé. Nous souhaitons partager une modeste contribution originale à la remise en cause de ces propositions concernant la participation dans les pratiques de santé communautaire afin, et la lectrice le comprendra dans la conclusion, d'atteindre le « Nirvana » de la promotion de la santé.

Dans un premier temps, nous traiterons des finalités des pratiques de santé communautaire et notamment du souhait habituellement exprimé par les acteurs de chercher à améliorer l'état de santé des populations. Une tentative de distinction entre les trois formes de pratiques (santé publique, santé communautaire, promotion de la santé) sera explicitée, et l'enjeu des inégalités sociales de santé qu'impliquent ces pratiques sera traité en profondeur. Selon nous, il est fondamental de revoir complètement les finalités des actions menées dans le domaine de la santé. Dans un deuxième temps, il sera question de la participation, notamment pour montrer qu'elle est éventuellement un élément nécessaire aux pratiques de santé communautaire mais absolument pas suffisant pour leur efficacité. L'analyse du concept d'empowerment [1] (dont la participation n'est qu'une des composantes), autrement dit du pouvoir d'agir permettra d'aller un peu en profondeur dans le débat. Ce sera le troisième temps de ce livre où nous élaborons aussi une discussion sur le processus des pratiques de santé et sur la vision linéaire ou cyclique de ses étapes que l'on peut avoir. Le point que nous étudierons concernera l'aptitude des individus et des institutions à concevoir les pratiques comme une série de sous-processus concomitants et interdépendants, l'efficacité de ces derniers devant être évaluée à l'aune de leur capacité à tirer profit des éléments opportuns. Enfin, avant de passer à la conclusion, le quatrième temps de notre texte vise à montrer qui si la critique à l'égard des acteurs qui sont encore trop rares à intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé est (presque) facile, la mise en œuvre de telles interventions est plus difficile et semée d'embûches. Nous relèverons donc dans ce dernier chapitre les enjeux pratiques, méthodologiques et épistémologiques de ces interventions.

[1] Traduction d'empowerment suggérée par Le Bossé (2003) et notion déjà évoquée par Touraine en 1966 lorsqu'il évoquait le « pouvoir de dire et d'agir » (Bantuelle, Morel et al., 1998).

2 DE LA SANTE PUBLIQUE A LA PROMOTION DE LA SANTE

Après avoir tenté de distinguer les trois formes de pratiques sanitaires généralement rencontrées dans les écrits et sur le terrain, nous verrons en quoi la promotion de la santé doit devenir le chantre de la lutte contre les inégalités sociales de santé[2]. Que de débats n'a-t-on pas lus ou entendus susceptibles de définir la santé communautaire ! Certains auteurs ont parlé de « délimitation floue et changeante » (Gagnon and Bergeron, 1999, p. 257), d'autres ont récemment trouvé le moyen de faire de cette controverse un objet de recherche à part entière en démontrant que l'objectif essentiel de ces réflexions est « de s 'énoncer, de se caractériser, de se délimiter » (Fassin, 2000, p. 70). Rien de plus normal, selon Bourdieu (2001), que de constater des luttes incessantes entre scientifiques œuvrant dans un même champ de connaissance. Il nous faut donc commencer cet essai par une première tentative, celle de donner une définition de la santé communautaire qui, nous le verrons, nous donnera l'occasion d'aller plus loin et de changer notre regard en direction de la promotion de la santé. Pour cela, à l'instar de Rootman et ses collègues (2001), nous croyons utile d'inscrire notre définition dans une distinction pertinente entre processus et finalité.

Classiquement, une dichotomie particulière est mise en avant entre, d'un côté, la santé publique, et de l'autre, la santé communautaire, la première étant pensée comme plus ancienne que la seconde. Mais plus récemment, et de manière formelle dès 1987, le concept de promotion de la santé est apparu. Il a été promu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et l'on en fêtera les 20 ans à Vancouver, en juin 2007, lors de la prochaine conférence mondiale de promotion de la santé. Trois expressions ont donc communément pignon sur rue dans le domaine de la santé pour qualifier les pratiques : santé publique, santé communautaire, promotion de la santé. Or, nous pensons que cette démarcation n'est valable que si l'on tente de les distinguer en fonction, d'une part, de leur finalité et, d'autre part, de leur processus.

2.1 Les finalités

Santé publique et santé communautaire disposent, croyons-nous, d'un but commun : l'amélioration de l'état de santé des individus, pris dans leur ensemble et non individuellement[3], puisque « the essence of public health is the health of the public » disaient Julio Frenck (Saltman and Fugueras, 1997). Curieusement, et c'est assez rare pour le souligner, la politique québécoise de santé s'est donné un but semblable mais dans une version « négative » (la politique propose dix-neuf objectifs afin de « réduire les problèmes de santé ... » (Ministère de la santé et des

[2] Ce texte est une adaptation d'un article paru dans Global Health Promotion (Ridde, 2007)

[3] L'action auprès d'une collectivité plutôt que d'un individu est aussi ce qui distingue la médecine de la santé publique /communautaire/promotion de la santé.

services sociaux, 1992), révisé plus tard dans les priorités nationales de santé publique «faire des gains substantiels en matière de santé » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997), nous rappelant ainsi les débats sur la définition «positive » ou «négative » du concept de santé lorsque l'OMS s'est donnée la fameuse définition de la santé en 1948.
La définition que l'on retrouve classiquement dans les manuels de formation, reprenant la proposition de 1920 de Winslow, est celle d'une science et d'un art de promouvoir la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie (Nutbeam, 1998; Fournier, 2003). Cependant, nous souhaitons préconiser une définition qui se situe au-delà des fameux 3P - promotion, prévention, protection[4] , fondements des anciennes priorités de santé publique 1997-2002 au Québec[5] ou des deux déesses (Hygié et Panacée (Renaud, 1996)) -, relevant plus du processus que des finalités. Le vocable « santé des populations », en vogue depuis les années 90 au Canada (Comité consultatif fédéral provincial et territorial sur la santé de la population, 1994) et employé par des universitaires de ce pays (Raphael and Bryant, 2002), illustre parfaitement cette nécessaire vision globale, populationnelle. Nous n'utiliserons pas ce dernier terme, car il n'apparaît pas suffisamment précis pour opérer une nuance quant au processus, outre qu'il apporte plus de confusion que de clarification, tel qu'un récent ouvrage sur la promotion de la santé au Canada le montre bien (O'Neill, Dupéré et al., 2006).

Il nous faut maintenant aller plus loin dans la réflexion sur le plan téléologique, un des quatre éléments constitutifs d'un paradigme[6], et comprendre la finalité des actions de promotion de la santé. Aurisque de ne pas être en accord avec de nombreux experts (Lévy, Cazaban et al., 1998; Rychetnik, ' Frommer et al., 2002) mais de l'être avec d'autres (Kickbusch, 1986; Passin, 2000; Potvin, 2002), nous oserions proposer une réelle rupture paradigmatique[7] en affirmant que la promotion de la santé cherche, non seulement à améliorer la santé de la population, mais surtout à réduire les écarts d'état de santé entre les sous-groupes qui la composent. En effet, « 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 », précise la charte d'Ottawa (OMS, 1986). Cette rupture permet également de se différencier des entreprises définitionnelles préalables à propos de la santé communautaire, puisque Conill et O'Neill (1984) proposaient que l'objectif de cette dernière fût « l'amélioration de l'état de santé de la population » (p. 172), sans dire mot des inégalités sociales de santé. La finalité de la promotion de la santé se distingue donc clairement de celle de la santé publique et de la santé communautaire. Cela paraît essentiel, car nous savons que « la plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités [...] produisent presque toujours, même lorsqu'elles réussissent à atteindre leur objectif d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble, une aggravation des écarts (Fassin, 2000, p. 33)». L'amélioration générale de la santé des populations de Montréal, pour ne prendre que cet exemple québécois, n'a pas réussi à réduire les écarts de santé entre les

[4] Ce qui serait le premier mandat de la santé publique (Massé, 1995)
[5] Le nouveau programme 2003-2012 a ajouté la surveillance aux 3 P.
[6] Les trois autres étant l'épistémologie, l 'ontologie et la méthodologie (Potvin, Gendron et al., In press).
[7] Terme à la mode s'il en est mais entreprise difficile dans ce domaine selon Kickbusch (1986)

sous- groupes disposant de revenus différents (Lessard, 2003). De surcroît, nous croyons que cette réduction des écarts doit s'opérer à l'intérieur des pays, comme entre ces derniers. Adopter cette définition constitue une remise en cause des croyances, notion centrale du concept khunien de paradigme (Levy, 1994). Nous concevons ainsi la promotion de la santé, contrairement à la santé communautaire et publique, comme une entreprise disposant d'une finalité de changement social plutôt que comme une actiom sur les 3R (Rats, Rabies, Rubella (Raphaël, 1998)). S'il faut pour cela créer une nouvelle[8] « new public health » (Ashton and Seymour, 1988), pourquoi pas ! Mais peut-être n'est-ce pas nécessaire puisque la charte d'Ottawa disposait bien de cet objectif de réduction des inégalités, et s'était aussi fixé le mandat d'aller vers une « nouvelle santé publique » (OMS, 1986).

2.2 Les processus

Venons-en maintenant au processus qui, pensons-nous, sépare ce trio. Contrairement à Conill et O'Neill (1984) qui pensent que la santé communautaire peut être constituée de deux pôles, l'un technocratique et l'autre participatif, nous croyons que ces deux pôles forment justement la distinction du processus de mise en œuvre, entre la santé publique et la santé communautaire, visant l'objectif précédemment annoncé. Ainsi, la santé publique nous paraît être en phase avec une approche technocratique et jacobine du processus d'implantation des interventions. Si les acteurs de la santé publique s'entendent avec ceux de la santé communautaire pour inciter les individus à changer leurs pratiques ou leurs comportements, par exemple, les premiers useront « d'incitatifs » plus coercitifs que les seconds. Des termes comme « facteur de risque » (Berlivet, 2001) et son corollaire « victim blaming » (Lupton, 1995) sont caractéristiques de la santé publique où l'éducation à la santé et la prévention sont les plus gros récipiendaires budgétaires. Tant l'histoire de la santé publique en France (Abenhaim, 2003) que les querelles liées à la création de l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES) et la récente loi de 2004 sur la santé publique traduisent assurément cette approche centrée sur des individus et dirigé par l'administration centrale ou déconcentrée (Ridde, 2004). L'épidémiologie et les données probantes sont les outils cardinaux de la santé publique. Certains, faisant directement référence aux travaux de Weber, avancent même que « la santé publique ne connaît vraiment que l'autorité à caractère « rationnel-légal », fondée sur le droit » (Jaffré and Olivier de Sardan, 1999, p. 364). Ce sont assurément les hygiénistes et les anciens médecins coloniaux qui, oeuvrant dans les services de lutte contre les grandes endémies en Afrique, ont contribué à la création hautement symbolique de la hiérarchie sociale qu'est l'organisation des systèmes de santé sous la forme d'une pyramide sanitaire. Cette discussion fera l'objet d'un prochain article. Sans pour autant que cela soit représentatif de l'histoire de la santé publique, l'analyse du « double modèle de la contrainte et de la normalisation, du contrôle autoritaire et de l'intervention moralisatrice » (p.224) que fait Passin (2006) à propos de l'Afrique du Sud est le parangon d'un processus technocratique puisque « la santé publique a [...] servi à maintes reprises le projet politique raciste des autorités sud-africaines » (p.211). En Afrique, la promotion de la santé est un concept relativement peu connu (Nyamwaya, 2005), la santé

[8] Voir le débat sur la « new new public health » (Horton, 1998)

publique ayant le monopole des mots et des pratiques pour de multiples raisons qu'il serait trop long ici d'évoquer (voir Ridde and Seck, 2006). Nous proposons donc de qualifier le processus de la santé publique de technocratique.
Les praticiens de la santé communautaire, quant à eux, mettent au centre de leurs interventions la participation de la population, et le point de vue émique est privilégié[9] . Les pratiques de médecine communautaire de certains centres de santé aux États-Unis d'Amérique font figures de pionnières en Amérique du Nord de ce point de vue comme l'ont été celles de la médecine sociale au sein de certains centres de santé dans les années 1940 en Afrique du Sud. Les liens entre certaines pratiques individuelles et le déclenchement de pathologies particulières sont reconnus. En revanche, l'accent est mis sur la compréhension des conditions sociales et structurelles qui peuvent induirent de telles pratiques. Les membres de la communauté participent à la définition du problème, à la réflexion sur ses solutions et à l'application de ces dernières. L'épidémiologie et les outils statistiques ne sont pas occultés, mais ils ne constituent pas les seuls moyens utiles, et l'on se situe plutôt dans une épistémologie plutôt constructiviste. Des modèles de planification tel que PRECEDE/PROCEDE (Green and Kreuter, 1999; Renaud and Gomer Zamudio, 1999), celui appliqué dans le système québécois des années 80-90 (Bergeron and Gagnon, 1994) ou en Belgique (Bantuelle, Morel et al., 1998), sont de bons exemples caractérisant le processus de la santé communautaire. Nous proposons donc de qualifier le processus de la santé communautaire de participatif. Selon Fassin (2000), certains auteurs français (ouvrages collectifs dirigés par Monnier ou Tessier) auraient également suggéré une distinction entre santé communautaire et santé publique mais plutôt fondée sur 1'échelle des interventions (nationale vs locale).

Les acteurs qui interviennent selon un processus de promotion de santé se réfèrent directement à une manière d'agir qui a été consacrée dans la charte d'Ottowa. Ils tentent de mettre en œuvre un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé qu'auparavant, et d'améliorer celle-ci (OMS, 1986). Il s'agit là du concept d'empowerment, dont nous parlerons en détail dans la section suivante et qui est une valeur phare de la promotion de la santé depuis 25 ans (Labonté, 1994). Agir selon un processus d'empowerment paraît fournir des résultats fort efficaces pour l'amélioration de la santé, tel que vient de le montrer Wallerstein (2006) dans une revue des expériences menée pour l'OMS.

Évidemment, ce type d'approche n'a pas manqué de critiques, comme celle de Lupton (1995) lorsqu'elle affirme que « la rhétorique de l'empowerment sert à masquer l'investissement et les interventions des professionnels de santé publique pour persuader certains groupes de développer leur compétences et l'exercice du contrôle sur leur vie » (p.60). Mais ce n'est pas parce que l'approche est parfois utilisée inadéquatement par certains qu'il faut en dénigrer la définition et les valeurs qui la sous-tendent. Ce processus d'empowerment appliqué à la promotion de la santé, s'appuie sur cinq stratégies que sont l'élaboration de politiques publiques

[9] Pour une critique de la manière dont la notion de communauté est employée par les praticiens de la santé communautaire , voir (Saillant, 2004; Vibert, 2006)

saines, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles, la réorientation des services de santé (OMS, 1986).

Ainsi, nous tentons de résumer la tentative de distinction, selon une perspective émique et empirique au vu de nos expériences de terrain et de notre connaissance des écrits scientifiques, entre ces trois formes de pratiques, telles qu'elles paraissent être mises en œuvre par les acteurs (tableau 1). Évidemment, il ne s'agit bien que d'une tentative. Ces distinctions ne doivent pas être perçues comme figées, elles peuvent évoluer, et si leurs caractéristiques sont a priori accentuées au regard de leur processus et finalité, ce n'est que pour forcer le trait nécessaire à la création wébérienne de l'idéal-type.

Tableau 1 : tentative de distinction entre la santé publique, la santé communautaire et la promotion de la santé

	Processus	**Finalité**
Santé publique	Technocratique	Améliorer la santé des populations
Santé communautaire	Participatif	
Promotion de la santé	*Empowerment*	Réduire santé les inégalités sociales de santé

Source : auteur

3 POURQUOI EST-CE A LA PROMOTION DE SANTE DE S'ATTAQUER AUX INEGALITES SOCIALES DE SANTE ?

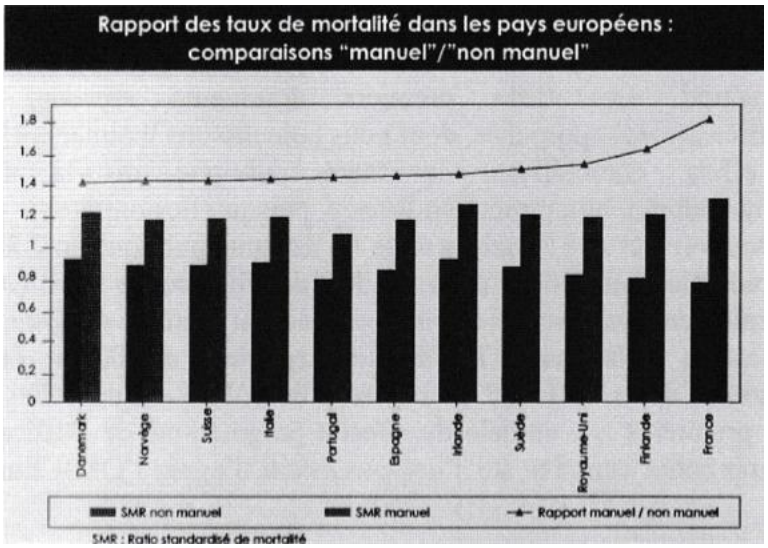
Déjà en 1988, le directeur général de l'OMS s'inquiétait : «publi c health has lost its original link to social justice, social change and social reform » (Hancock, Labonté et al., 1999). Vingt ans après, le constat est le même, et la promotion de la santé, doit, selon nous, retrouver son rôle originel et être un moteur de la remise en question des inégalités sociales de santé. Il devient nécessaire que les acteurs comprennent que la planification sanitaire ne se résume pas à un exercice technique et qu'elle peut aussi être un outil pour impulser le changement social (Blum, 1981). Cette responsabilité d'actions et de plaidoyer doit, croyons-nous, être dévolue au champ de la promotion de la santé. Outre que les pratiques de santé publique, vieilles de plusieurs siècles ont montré leur incapacité à enrayer ces inégalités de santé -mises au jour par des statistiques dès le 17ème siècle (Bourdelais, 2000) - qui perdurent en France au Québec et en Europe (Leclerc, Fassin et al., 2000; De Koninck and Fassin, 2004; Mackenbach, 2005), trois arguments, parmi d'autres, peuvent être soulignés pour étayer notre proposition.

Les deux premiers arguments reposent sur l'inefficacité des approches, dont nous connaissons maintenant bien les effets, caractérisant la santé publique ou la santé communautaire, notamment en France, puisqu'elles ont été -et le sont toujours tel que l'analyse de la loi de santé publique en 2004 et sa traduction en 2006 dans la loi de finance le montre - généralement

centrées sur des actions liées au système de soins et à l'éducation à la santé. Le dernier argument en faveur de la promotion de la santé est de nature plus politique que celles des deux premières -au-delà du constat pragmatique de l'efficacité des approches centrées sur l' empowerment d'après l'OMS Europe (Wallerstein, 2006) - puisque nous ne disposons pas encore de suffisant de preuve de son efficacité compte tenu du caractère récent des travaux à cet effet (Hills, Carroll et al., 2004).

Mais avant de parler des arguments, il faut d'ores et déjà avancer, à la suite de multiples autres spécialistes (Maclntyre, 2001; Mackenbach and Bakker, 2002; Mackenbach and Bakker, 2003), que les études publiées dans le domaine de l'évaluation des actions entreprises pour réduire les disparités de santé sont très rares. Les recherches qui démontrent l'existence et la persistance des inégalités sont maintenant bien plus nombreuses que celles qui traitent des interventions proprement dites. La France est un des pays les plus en retard à ce sujet (Mackenbach and Bakker, 2003), le Québec n'étant pas au mieux non plus (Paquet and Tellier, 2003), alors que la France est en même temps, paradoxalement ou conséquemment, celui où les écarts de santé entre les travailleurs manuels et les non manuels sont les plus importants d'Europe (figure 1).

Figure 1: Rapport des taux de mortalité dans les pays européens : comparaison « manuel/non manuel »



Source : IRDES, adapté de (Kunst, Groenhof et al., 2000)

Outre qu'il y ait cette faible production de connaissances et d'actions, la plupart des recherches concernent des actions sur des déterminants plus individuels que macroscopiques des inégalités sociales de santé, ce que nous avons étudié ailleurs (Ridde, 2003).

3.1 Le système de santé

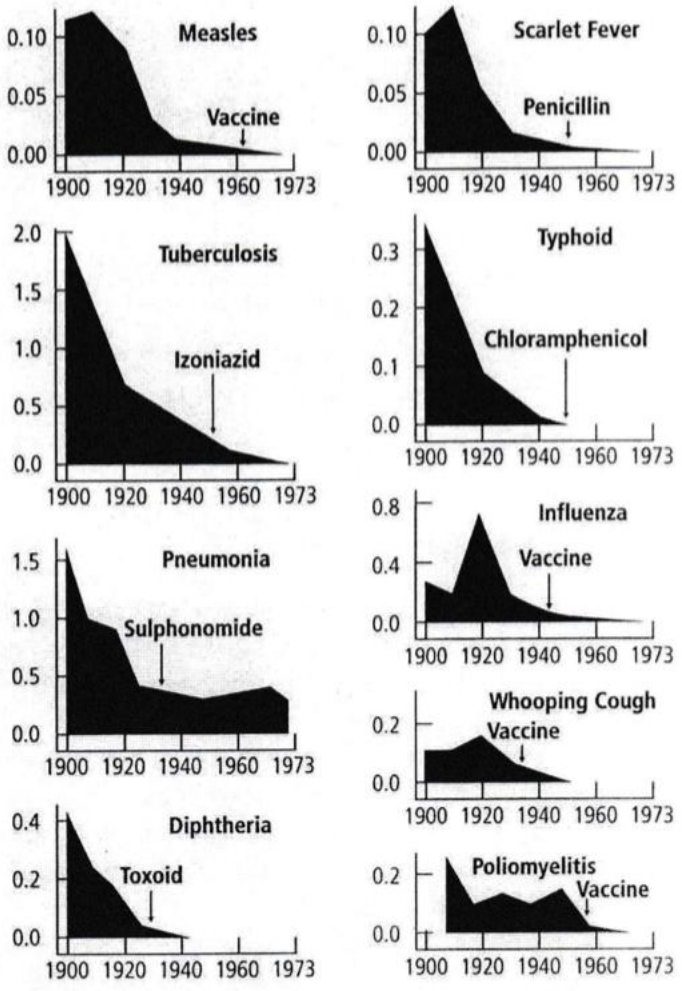
Pendant très longtemps, et encore aujourd'hui, certains ont pensé que le système de santé était en mesure d'améliorer la santé de la population et de réduire les écarts de mortalité entre les sous- groupes. Illustrons nos propos par quelques exemples. Lorsqu'il était ministre de la santé en France, Mattei pensait devant ses confrères de l'Académie Nationale de Médecine que le « devoir de santé publique, [...] n'est autre, en définitive, que celui d 'organiser de façon moderne le fonctionnement des services de santé » (Mattei, 2002). Il s'agit évidemment, devons-nous souligner, d'un discours prononcé par un médecin devant des médecins. L'article 2 de la Loi de santé publique promulguée en 2004 en France affirme que la réduction des inégalités de santé peut se concrétiser par « la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire », ce qui explique certainement que 97% du budget de la santé, selon un ancien Directeur général de la santé, soit consacré au système de soins (Abenhaim, 2003). L'allocation budgétaire n'est pas plus brillante au Québec, faisant de la promotion de la santé la Cendrillon gouvernementale, nous dit le président de l'Association de santé publique du Québec (Bujold, 2002). L'expression « promotion de la santé » n'apparaissant dans la loi qu'à deux reprises, celle-ci et pour rappeler la mission de l'INPES, sans pour autant changer le mot « prévention » par « promotion » dans l'intitulé de l'organisme public. Au sein du programme, dit 204, de santé publique et de prévention (pas de promotion!), rendu opérationnel par la loi de finances 2006 en France, les actions orientées vers ce que les législateurs qualifient de « déterminants de la santé » ont une allocation budgétaire 5,5 fois moins importante que celles consacrées aux « pathologies à forte morbidité/mortalité ». Notre proposition[10] vient d'être appuyée par des chercheurs français disant que :

> « la réduction des inégalités sociales de santé dans notre pays serait essentiellement envisagée par le politique sous l'angle de l'accès primaire aux soins, en privilégiant une approche par populations spécifiques en direction des plus démunis, essentiellement définis comme étant en situation de précarité sociale » (Pascal, Abbey-Huguenin et al., 2006, p .118).

Et pourtant, d'une part, de nombreuses études ont montré que, si le système de santé et la médecine pouvaient avoir un effet sur la santé des individus nécessitant des soins, ils n'agissaient en rien, sinon très peu, sur la santé de la population (Ashton and Seymour, 1988). Il suffit de penser à la fameuse thèse de Thomas McKeown affirmant que le déclin de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles ne doit rien au développement de la médecine et du système de santé mais plutôt à l'amélioration des conditions de vie, de nutrition et de travail. Illich a aussi largement développé cette réflexion dans son «némésis médicale ». D'autres montraient, figures à l'appui, combien les découvertes de nouvelles molécules et la création du système de soins modernes n'ont rien changé à la tendance générale de la baisse de la prévalence de neuf maladies (figure 2) et du taux de mortalité aux États-unis d'Amérique (figure 3).

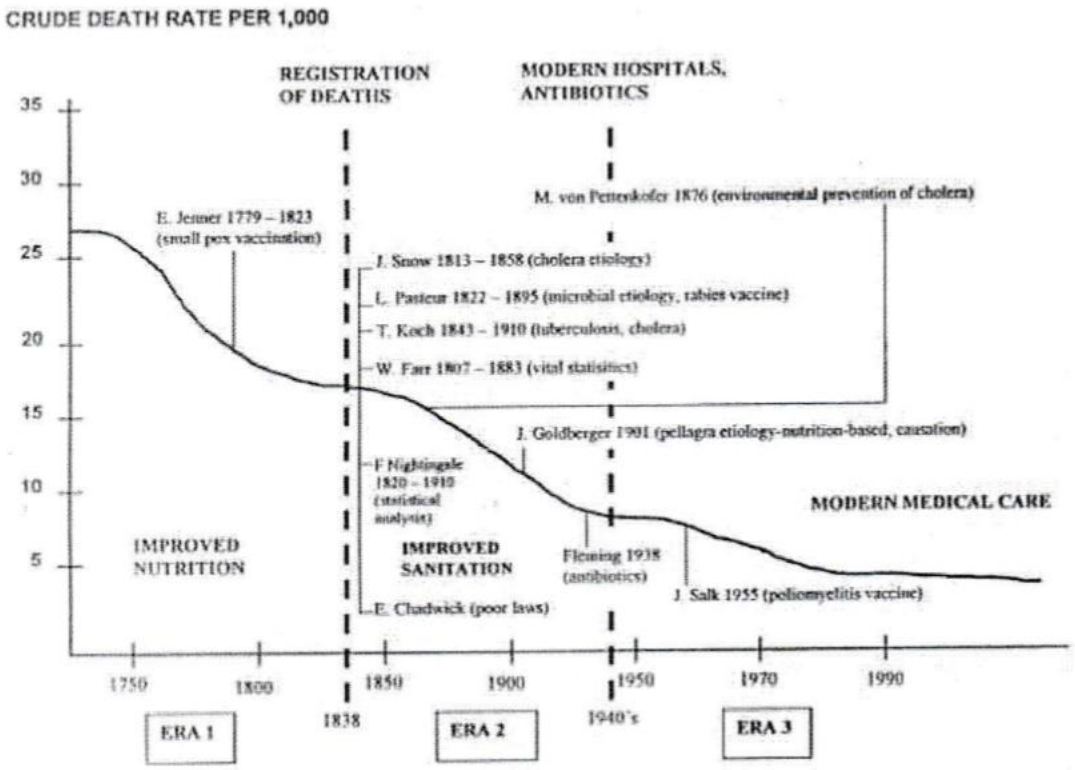
[10] La France exporte également dans ses politiques d'aide publique au développement cette « approche médicale et curative » (p.167) comme cela a été le cas dans le domaine de la lutte contre le Sida à l'inverse du Canada qui penchait plus pour une « approche préventive et sociale » (p.167) nous dit (Fassin, 2006).

Figure 2 : évolution de la prévalence de neuf maladies aux USA au 20ème siècle



Source : (McKinlay and McKinlay, 1977)

Figure 3 : Évolution du taux de mortalité aux USA entre 1700 et 1990



Source : (McKinlay and McKinlay, 1977)

En outre, le système de santé et la médecine peuvent aussi parfois avoir des effets néfastes sur la santé des personnes, illustrés par le fameux effet iatrogénique. Rien qu'en France, par exemple, on estime que 18.000 personnes meurent chaque année des effets secondaires des médicaments (Abenhaim, 2003). On estime qu'aux États-Unis d'Amérique, les erreurs médicales engendrent annuellement 98.000 morts, c'est-à-dire plus que les vies perdues lors des accidents de voiture ou à cause du Sida ou encore du cancer du sein (Institute of Medicine, 2000).

Les preuves populationnelles de l'effet du système de santé étant plus que réduites, qu'en est-il de celles concernant sa contribution à la réduction des inégalités sociales de santé ? Bien que rares soient les travaux à ce sujet (Couffinhal, Dourgnon et al., 2005), une récente recherche réalisée dans la province du Manitoba au Canada est éclairante de ce point de vue. Comme ailleurs dans le pays, le système de santé est majoritairement financé et organisé par le secteur

public, respectant ainsi les cinq principes canadien du système de santé : l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité, l'intégralité et la gestion publique. Lorsque l'on étudie les données d'utilisation des services hospitaliers entre 1986 et 1996, on se rend compte que le système de santé paraît fort équitable puisque ceux qui ont a priori le plus de besoins, les plus pauvres, ont effectué 40% de plus de jours d'hospitalisation que les plus riches et 30% de plus d'admissions à l'hôpital. De surcroît, cette utilisation différente et favorable aux plus pauvres reste stable sur cette période de 10 ans. Maintenant, lorsque l'on étudie pour cette même période décennale les écarts de mortalité, on découvre que non seulement la situation demeure défavorable aux plus pauvres, mais qu'en plus, l'écart s'est s'accru au détriment de ces derniers (tableau 2). Autrement dit, si l'utilisation du système de santé a été équitable (en fonction des besoins, ce qui n'est évidemment que rarement le cas, suivant ainsi le fameux principe du « inverse care law » de Tudor), cela n'a pas été en mesure de réduire les inégalités sociales de santé. Les auteurs montrent également que la réduction de 40% du nombre de lits dans les hôpitaux n'a pas eu d'effets sur les indicateurs de mortalité populationnelle.

Tableau 2 : Inégalités d'utilisation du système de santé et de mortalité au Manitoba

Indicateurs	Année	Rapport Pauvres/Riches[12]
Nombre de jours d'hospitalisation	1986	1.40
	1996	1.38
Taux d'admission hospitalière	1986	1.31
	1996	1.32
Taux de mortalité toutes causes confondues	1986	1.21
	1996	1.42
Taux de mortalité prématurée	1986	1.39
	1996	1.85

Source : adapté de Ross et al. (2005)

3.2 L'éducation à la santé

Le second argument en défaveur des actions trop circonscrites concerne l'impossibilité des seules actions d'éducation à la santé à agir en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé. Évoquer cette question est d'autant plus important que dans le contexte français, l'éducation à la santé possède encore une place prépondérante dans l'ensemble des stratégies de santé. Selon des experts, les USA et la France sont dans le même bateau de ce point de vue (Green, 1994; O'Neill and Stirling, 2006). Les autres stratégies d'action préconisées à Ottawa en 1987 occupent encore très peu de place et d'attention de la part des responsables français. Or, le développement des interventions visant à réduire les écarts de santé n'est pas une mince affaire, et nous pourrions même avancer que l'on se trouve face à une aporie, une difficulté logique sans solution. Lorsque l'on souhaite réduire les inégalités de santé par l'intermédiaire

d'action d'éducation à la santé, doit-on agir auprès des individus (ou des groupes d'individus) ou en direction de la population dans son ensemble ? Nous sommes là au cœur d'une tension qui paraît encore irrésolue, conduisant certaines à proposer d'intervenir à travers un nouveau concept de « collective lifestyle » (Frohlich and Potvin, 1999). Rose (1985), dans son article célèbre, explique l'importance, dans les activités de prévention, de cibler la population dans son ensemble plutôt que les groupes à risques élevés. Il nous dit que lorsqu'un facteur de risque est normalement distribué dans la population dans la population, réduire l'influence de ce dernier pour l'ensemble de la population apportera plus de changement dans l'état de santé de la population que si l'on dirige l'intervention uniquement sur les groupes dits à risques élevés. Pierre Aïach (2000) affirme que la prévention associée à des méthodes d'éducation à la santé visant à intervenir sur les comportements individuels, n'est pas une solution pour la réduction des inégalités de santé. Or, pour revenir au contexte français, lorsque l'on examine attentivement les finalités du programme de santé publique et prévention, l'un des trois programmes de la mission « Santé » du pays compris dans la loi de finances initiale votée en 2006, on se rend bien compte, au-delà des critiques que l'on pourrait énoncer à propos de leur formulation, que la prévention et l'éducation à la santé sont encore placées au cœur des propositions (figure 4).

Figure 4 : les finalités du programme de santé publique et prévention en France en 2006

- concevoir et piloter la politique de santé publique ;
- promouvoir l'éducation pour la santé ;
- diminuer la mortalité prématurée évitable par des actions de prévention ;
- diminuer la morbidité évitable par la prévention ;
- améliorer la qualité de vie des personnes malades et lutter contre les incapacités ;
- réduire les inégalités de santé en réduisant les inégalités d'accès à la prévention.

Source : (MEFI, 2006), nous mettons en italique

Cependant, pour ajouter de la confusion à cette aporie, nous savons par exemple que les interventions visant le changement de comportements néfastes à la santé, lorsqu'elles sont dirigées vers la population dans son ensemble, paraissent avoir eu des impacts bien plus importants auprès des groupes sociaux les plus favorisés (Whitehead, 1995), participant ainsi à l'accroissement des inégalités. Pourtant, la plupart des intervenants qui se sont fixé cet objectif juste, ont principalement cherché à agir sur des déterminants individuels et non sociaux ou politiques (Arblaster, Lambert et al., 1996; Gepkens and Gunning-Schepers, 1996). Une recension des écrits qui date de 1996 semble montrer qu'une partie non négligeable des interventions dans le domaine de l'éducation à la santé ont été efficaces pour réduire les inégalités de santé (tableau 3). Cependant, cela est surtout vrai pour celles qui associent un soutien direct aux personnes (e.g visite à domicile) à la distribution d'informations, et la capacité

à généraliser les résultats des interventions analysées dans cette recension au-delà des contextes où elles se sont déroulées, notamment aux États-Unis d'Amérique, est réduite (validité externe), avons-nous dit ailleurs (Ridde, 2003).

Tableau 3 : l'efficacité des interventions selon leur type

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

Source : (Gepkens and Gunning-Schepers, 1996)

Quelques spécialistes (Douglas and Scott-Samuel, 2001; Marmot, 2001) transposent les propositions faites par Rose, quant aux facteurs de risques de développer une maladie, aux inégalités sociales de santé. Pour ces experts, les déterminants des différences individuelles sont dissemblables de ceux des écarts entre sous-groupes de la population. Il demeure délicat de cibler l'intervention pour accroître l'espérance de vie moyenne ou réduire les écarts. S'appuyant notamment sur des résultats de recherches anglaises, Paquet et Tellier (2003) affirment que « même si toute la population adoptait de saines habitudes de vie, l'espérance de vie globale serait augmentée, mais le gradient de l'état de santé entre les classes sociales persisterait » (p.77), ce que nous constatons en effet depuis l'histoire des statistiques.

En résumé, d'un côté, si l'on veut être efficace en matière d'éducation à la santé, il vaut mieux agir sur l'ensemble de la population pour améliorer la situation globale, mais avec le risque que cela puisse entraîner l'accroissement des inégalités. D'un autre côté, si l'on intervient de manière trop directe auprès d'individus particuliers et de certains sous-groupes de personnes plutôt qu'auprès de la population dans son ensemble, les écueils qui conduisent à un accroissement du sentiment d'exclusion des personnes visées sont importants et les risques de stigmatisation ne sont pas négligeables (Lupton, 1995).

3.3 La santé publique

Le troisième argument en faveur d'une action globale pour réduire les inégalités sociales de santé est de nature plus politique et téléologique que les deux précédents. L'argumentation est indubitablement liée aux engagements pris par les acteurs du champ de la promotion de la santé il y a déjà fort longtemps. Le constat sévère de l'inefficacité de la santé publique, tant de l'ancienne que de la nouvelle (Ashton and Seymour, 1988) à réduire les disparités de santé

s'explique étant donné qu'aucune des deux n'a voulu prendre à bras le corps le défi particulier de la réduction des inégalités, alors que la nouvelle santé publique se targuait de nouveauté en voulant considérer l'ensemble des déterminants de la santé. « On a du mal à dépasser le niveau de la rhétorique » (p.64), disait Fassin (2000) en évoquant un peu rudement des « discoureurs sans pratiques » (p.71). Nous allons appuyer cette analyse par l'étude de la manière dont les acteurs de la santé publique au Canada, au Québec et en France prennent en compte les inégalités sociales de santé dans leurs programmes.

3.3.1 La santé publique française

Or en France et dans une moindre mesure au Québec verrons-nous plus loin, il semble que cette nécessité morale et éthique ne soit pas encore vraiment prise au sérieux, expliquant donc la préséance de la santé publique et communautaire sur la promotion de la santé. En France, si la Loi de santé publique votée en 2004 a clairement affirmé que la politique doit s'attacher à « corriger les inégalités », ceci étant l'un de ses grands principes, uniquement deux des 1OO objectifs sont dévolus à la lutte contre les inégalités de santé. Le premier (objectif n°33) concerne les inégalités d'accès aux soins selon la perspective classique française de centration sur la précarité (Joubert, Chauvin et al., 2001; Pascal, Abbey-Huguenin et al., 2006) et non sur le gradient social. En revanche, le second (n°34) souhaite agir sur les inégalités devant la maladie et la mort mais, contrairement à la plupart des autres objectifs, sans fixer de cible à atteindre car, dit-on, il s'agit d'« objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques ». Ce qui est possible pour les objectifs liés à la lutte contre le Sida par exemple n'est pas possible pour les inégalités de santé... traduisant ainsi le retard français étant donné que l'Europe, l'Angleterre ou les Pays-Bas ont été en mesure de le faire. Le dernier rapport de production des indicateurs de santé montre ainsi qu'il reste encore du chemin à parcourir (DREES, 2005). Ce constat d'absence de préoccupation pour la réduction des inégalités sociales de santé à l'échelle législative et nationale se reflète à l'échelle locale, comme par exemple dans la mission de l'Institut Renaudot. Cette association qui avance être l'Institut spécialiste en France de la santé communautaire s'est doté en 1998 d'une Charte de promotion des pratiques de santé communautaire. Or, si l'existence des inégalités d'accès aux soins est présentée dans l'analyse de l'environnement social français, aucune mention de celle des inégalités sociales de santé n'est faite dans cette Charte. Il n'y a donc rien de surprenant que ceux qui s'y réfèrent ne font rien pour résorber les écarts de santé ente les sous- groupes de la population. Le Québec n'est pas mieux loti et nous verrons plus loin que l'approche concernant les déterminants sociaux de la santé qui est certainement plus prégnante au Canada qu'en France ne provoque pas fondamentalement de différence dans la prise en compte des inégalités sociales de santé.

3.3.2 La santé publique québécoise[11]

Le Québec est une des provinces canadiennes reconnues pour leurs politiques sociales progressistes (Développement des ressources humaines Canada, 2003). La santé publique

[11] Cette partie est parue dans la revue canadienne de santé publique (Ridde, 2004)

québécoise a été précurseur d'une prise en compte des déterminants sociaux de la santé et intervient dans la lutte contre la pauvreté (Gouvernement du Québec, 1992). Compte tenu de l'ampleur des inégalités sociales de santé au Québec, on s'attendrait à ce que leur réduction, à l'instar de quelques pays européens, devienne un nouveau cheval de bataille des acteurs de la santé publique. Or, l'étude du programme de santé publique 2003-2012, pris comme exemple « paradigmatique », montre qu'il n'en est rien. Nous proposons trois hypothèses pour expliquer cet immobilisme.

Constater des inégalités de santé entre des individus ou des groupes de personnes dans une société fait directement référence à l'absence de justice sociale. La mort prématurée de certains et la vie prolongée d'autres est une constatation irréfutable des inégalités, dont la définition que nous retenons est : « il y a inégalité à partir du moment où une différence, une disparité se manifeste à propos d'un objet dont la possession est recherchée, d'un objet socialement valorisé » (Aïach, Carr-Hill et al., 1987, p. 17). Rawls (1993) disait que la justice est la première vertu et Descartes affirmait que « la conservation de la santé, [...] est sans doute le premier bien et le fondement de tous les autres biens de cette vie » (Descartes, sans date). La définition de la santé retenue est celle promue par l'OMS, soit une santé globale (Rootman and Raeburn, 1994), cependant, pour illustrer l'existence (et la persistance) des inégalités de santé nous sommes contraint, compte tenu de la disponibilité des travaux et faute de place, de nous limiter aux données de mortalité puisque « la différence dans la durée de vie est l'expression synthétique de l'ensemble des inégalités sociales » (Aïach, 2000, p. 86).

3.3.2.1 Les inégalités de santé : constats et origines

Au Québec, l'utilisation d'un indice de « défavorisation » montre que l'espérance de vie totale à la naissance est supérieure de 5,2 ans pour les personnes appartenant au quintile le plus favorisé (80,9 ans) par rapport au plus défavorisé (75,7 ans) (Pampalon and Raymond, 2000). L'écart est plus grand encore (14 ans) lorsque l'on compare l'espérance de vie sans incapacité entre ces mêmes quintiles. Le taux de mortalité foeto-infantile est de 11,1 pour 1.000 lorsque les mères disposent d'une scolarité inférieure à 10 années alors qu'il est de 6,4 pour 1.000 pour celles ayant étudié 14 années et plus (Chen, Fair et al., 1998). A Montréal, malgré l'amélioration globale de la santé des habitants, l'écart d'espérance de vie entre quartier atteint 13,5 ans chez les hommes et 8 ans chez les femmes (Lessard, 2003). Dans la région urbaine de Montréal, le taux de mortalité dus à des maladies cardiaques est de 317 pour 100.000 dans un quartier pauvre comparativement à 126 dans un quartier riche voisin (O'Loughlin, Paradis et al., 1999).

Contrairement à Rousseau, il est temps de comprendre que les inégalités de santé ne sont pas naturelles (Fassin, 1996), les déficiences de naissance sont celles offrant le moins de variation entre les catégories sociales (Ravaud and Mormiche, 2000). Les inégalités de santé sont la résultante d'un processus subtile et complexe d'inégalités sociales, d'incorporation des inégalités dans les corps dit Fassin (1996). Pour le dire autrement, les disparités devant la mort et la maladie sont l'aboutissement d'un mécanisme cumulatif (Bihr and Pfefferkom, 1999) d'injustices sociales que peu de personnes ne paraissent vouloir remettre en cause.

Des actions contre la pauvreté, des réflexions et des lois sur les inégalités mais rien de concret
Le Québec et ses acteurs de la santé publique sont préoccupés par la lutte contre la pauvreté. Nous avons dit que cette province est reconnue pour ses politiques sociales efficaces (Développement des ressources humaines Canada, 2003). La Politique de la santé et du bien-être de 1992 a été appréciée mondialement pour avoir mis l'accent sur les déterminants sociaux de la santé (Gouvernement du Québec, 1992). À la suite de quoi, de nombreuses interventions ont été implantées pour lutter contre la pauvreté, plus tard notamment à travers les Priorités nationales de santé publique 1997-2000. Mais agir contre la pauvreté et ses effets ne règle pas le problème des inégalités de santé. Cette focalisation sur la pauvreté au détriment des inégalités de santé n'est pas nouvelle, tel qu'en témoigne le cas français (Leclerc, Fassin et al., 2000; Joubert, Chauvin et al., 2001). On agit sur l 'absolu au détriment du relatif. Ainsi, contrairement à certains pays européens, aucune politique publique spécifiquement consacrée à la lutte contre les inégalités sociales de santé n'a émergé au Québec. Les décideurs n'ont pas encore véritablement compris l'ampleur du problème car « la permanence de son invisibilité dans l'espace politique en constitue un trait essentiel » (Drulhe, 2000: p. 49). Certes, il y a eu quelques avancées.

Quelque temps après le rapport concernant les inégalités de santé à Montréal en 1998 (Direction de la santé publique, 1998), un comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé liées à la pauvreté a été mis en place. De septembre 1999 à mai 2000 une consultation provinciale a été organisée. Des initiatives de recherche sur les inégalités de santé ont cours à Montréal (Potvin, Lessard et al., 2002), Québec (De Koninck, Clément et al., 2002) ou en Mauricie (Boisvert and et al, 2000). De surcroît, le législateur québécois a récemment entériné la nécessité d'agir. La loi 36 de santé publique, impose au ministère de la santé d'organiser : « les actions [...] qui peuvent influencer les inégalités de santé » (Gouvernement du Québec, 2002). La loi 112 a été votée pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale ; elle fait référence à la réduction des inégalités sociales (Gouvernement du Québec, 2002). Mais concernant les inégalités de santé, depuis lors, aucune stratégie ministérielle d'actions concrètes n'a été rendue publique[12]. Reprenant les étapes de Whitehead (Whitehead, 1998) concernant le continuum d'actions liées à la réduction des inégalités sociales de santé, nous pourrions avancer que le Québec n'en est qu'aux premières étapes. Le problème est mesuré, plus ou moins reconnu et certains ont attiré l'attention de la population sur cette question, mais rien n'est réellement fait. Prenons un exemple pour expliciter cette affirmation.

3.3.2.2 Le programme national de santé publique du Québec

Le programme national de santé publique (PNSP), en tant que dernière politique publique (Lemieux, 2002) de santé, est un exemple « paradigmatique » de cet état d'esprit. Ce programme reconnaît qu'il existe des inégalités de santé et que certains sous- groupes de la

[12] Seul le rapport du comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être, datant de décembre 2002, a été publié le 26 septembre 2003, mais uniquement en version électronique.

population sont moins nantis que d'autres. Dans la discussion des principaux enjeux contemporains de santé publique, les auteurs notent que « le quatrième et dernier défi réside dans la réduction des inégalités en ce qui concerne la santé » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 16). Ils se conforment ainsi aux exigences prônées par la loi.

Permettons-nous d'abord une remarque sémantique et épistémologique. Les experts ont repéré des sous-groupes de la population moins nantis que d'autres. Ces groupes sont qualifiés de « vulnérables » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p.22). Le terme employé, « groupes vulnérables » est on ne peut plus stigmatisant tant le mot vulnérable dispose d'une connotation que Lupton (1995) nommerait de « victim blaming ». L'emploi de ce vocable renvoie à des déterminants individuels des inégalités de santé et non pas à des déterminants sociaux et politiques. Le processus de production de cette vulnérabilité, comme il semble que cela soit souvent le cas (Gendron, 2001), est éludé ; ce qui n'est pas sans nous rappeler les problèmes épistémologiques liés à l'usage du terme précarité (Appay, 2001). Des programmes alimentaires à destination des enfants pauvres des provinces atlantiques du Canada, plein de bonnes volontés mais usant de ce type d'approche, ont eu pour conséquences de stigmatiser les bénéficiaires et de reproduire, plutôt que réduire, les inégalités (Mclntyre, Travers et al., 1999).

Les responsables du PNSP affirment que la réduction des inégalités de santé est un des quatre enjeux majeurs de la santé publique québécoise, avons-nous dit. Cependant, lorsque l'on regarde en détail les 87 objectifs du programme, aucun (0) n'est exprimé en fonction d'écarts à réduire entre des sous-groupes de la population. L'unique domaine (le développement des communautés) évoquant clairement « des activités qui réduisent les inégalités de santé » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p.71), est le seul dont aucun objectif n'a été préalablement déterminé.

3.3.2.3 Trois hypothèses pour expliquer ! 'immobilisme de la santé publique

Ainsi, l'obligation légale de réduire les inégalités de santé et la précision que cela constitue une priorité de santé publique au Québec, paraissent, au regard du contenu du PNSP, encore cantonnées au plan discursif. Les inégalités de santé sont présentes mais rien n'est proposé pour les résorber, à tout le moins tendre vers la réduction des écarts. Pour rendre intelligible cette situation, nous oserions avancer une triple hypothèse.

La première hypothèse concerne la tendance mondiale de vouloir absolument planifier les activités et formuler les politiques publiques sur des données probantes. En agissant ainsi les responsables québécois se conforment aux exigences de la loi de santé publique puisque seules les actions réputées efficaces ont été retenues. Toutefois, vouloir implanter des activités visant la réduction des inégalités uniquement à l'aide de données probantes est difficile et certainement pas complètement pertinent. Difficile, car l'état des connaissances actuelles à ce propos est infime (Gepkens and Gunning-Schepers, 1996; Stronks, 2002). Même en Angleterre, un des pays phares pour ce type d'actions publiques, le groupe d'évaluation des propositions de projets à la suite de la commission Acheson (1998) a été très surpris de la quasi-absence de fondements empiriques dans les actions proposées (Macintyre, Chalmers et al., 2001).

Macintyre (2003) avance quatre raisons pour expliquer l'absence de données probantes : les données ne sont pas différenciées par catégorie, les ressources se focalisent plus sur la recherche et la définition des problèmes que sur la résorption de ces demiers[13] le degré d'attente (« evidence-based », « essais randomisés ») des résultats d'évaluation des interventions favorise le statut quo, le suivi n'est pas organisé. Mackenbach (2003) ajoute une cinquième raison : l'absence de rapport d'évaluation d'interventions efficaces dans les bases de données classiques. Les chercheurs sont en partie responsables de cette inertie car dans un article de 1997, le seul à notre connaissance traitant de la méthodologie pour évaluer des interventions visant la réduction des inégalités de santé, le paradigme positiviste est largement explicite et les devis expérimentaux ont une grande place, sinon la seule (Mackenbach and Gunning-Schepers, 1997).

Notre deuxième hypothèse se réfère aux acteurs de la santé publique québécoise. La seule fois où la réduction des inégalités est explicitement évoquée, c'est dans le domaine des activités de développement des communautés. Ce domaine d'intervention émerge telle une incongruité pour la santé publique. Lorsque l'on évoque la structure du programme dans la première section du document, six domaines d'activités sont présentés, mais pas celui du développement des communautés. Il est conçu simplement comme une stratégie d'intervention et non comme un domaine d'activités. Ainsi, le programme se conforme aux domaines dévolus à la santé publique traditionnelle et dénote le malaise des acteurs à vouloir intégrer l'approche communautaire comme un domaine d'activité. Les préoccupations des experts sont dirigées vers d'autres sphères. Il suffit pour cela de faire l'exercice de relier le nombre d'objectifs par domaine du PNSP avec le nombre de spécialistes ayant participé à la rédaction du document. Le développement des communautés est placé comme un domaine car, s'il est présenté comme une stratégie au début du document, par la suite, il est proposé dans le corps du texte tel un domaine d'intervention (p.70). Il serait intéressant (mais impossible ?) d'ajouter au tableau 1 une ligne correspondant au fardeau de mortalité lié à ces sept domaines différents[14].

[13] Bien que dans un article de 1997, Mackenbach et al (1997) perçoivent un « shift towards a more action oriented climate » (p. 359)

[14] En outre, ce tableau permet de mettre en exergue le caractère fragmentaire du champ de la santé publique malgré les discours de l'interdisciplinarité

Tableau 4 : Objectifs et experts en fonction des domaines d'intervention du programme de santé publique, adapté de (26)

	Développement, adaptation et intégration sociale	Habitudes de vie et maladie chroniques	Traumatismes non intentionnels	Maladies infectieuses
Nombre d'objectifs	16	17	3	32
Nombre d'experts	36	26	31	24
	Santé environnementale	Santé en milieu de travail	Développement des communautés	
Nombre d'objectifs	9	10	0	
Nombre d'experts	8	11	8	

Enfin, notre dernière hypothèse concerne l'absence d'objectifs dans le seul domaine où la réduction des inégalités est explicitement nommée. Il est possible de croire que l'idée première est de faire en sorte que les objectifs soient déterminés par les communautés elles-mêmes. Ce qui nous paraît complètement louable et doit, croyons-nous, constituer la démarche d'avenir pour que la réduction des inégalités soit envisageable (Ridde, 2003). En attendant que les équipes de recherche produisent des données probantes quant aux interventions efficaces et qu'une prise de conscience nationale émerge, des interventions et des recherches-actions concertées avec les communautés locales doivent être mises en œuvre, comme cela fut le cas par exemple à Detroit (Schulz, Israel et al., 2001).

En conclusion concernant ce programme québécois, nous devons dire que si la lutte contre les inégalités sociales de santé ne relève pas uniquement du champ de la santé publique, elle devrait au moins devenir une priorité des politiques publiques de santé. Il faut que cela se traduise, au minimum par une description de la situation sanitaire sensible aux sous-groupes de la population, mais surtout par la formulation des activités à mettre en œuvre. Pour cela, il faudrait que les interventions de santé publique soient moins traditionnelles (technocratique) et plus avant-gardistes (communautaire) (Conill and O'Neill, 1984). Les objectifs à atteindre doivent être formulés en conséquence et les indicateurs de performance doivent être sensibles aux écarts entre les sous- groupes. En 1998, l'Europe s'est fixée l'objectif de réduire d'au moins un quart, d'ici 2020, l'écart de santé entre les groupes socio-économiques (Zollner, 2002). L'Angleterre vient de réaliser une revue interministérielle des actions efficaces (Department of health, 2002). Ses experts ne planifient pas uniquement à l'aide de données probantes mais également au regard d'une « governmental vision » (Nutbeam, 2002). Les acteurs de la santé publique québécoise ne pourraient-ils pas en faire autant ?

3.3.3 L'approche par les déterminants sociaux de la santé en France et au Canada

Les Français n'ont pas le monopole de la simplification lorsqu'il s'agit de comprendre la nature des relations complexes entre les différents facteurs intervenant dans l'explication de l'état de santé des populations. Au Canada, si le modèle dominant que nous évoquons plus loin (Evans and Stoddart, 1996) a eu le mérite d'être l'un des premiers à élargir la palette des déterminants de la santé, la vision du monde qu'il présente est plus économique que sociale, arguant, par exemple, de l'importance de la prospérité plutôt que de la distribution de la richesse. Nos connaissances concernant les déterminants et les inégalités de santé des populations peuvent-elles aboutir à l'évacuation, par certains acteurs sociaux - notamment politiques -, de la dimension politique des rapports sociaux en cause ? Comme pour d'autres, cherchant à comprendre le besoin des acteurs de santé publique de définir sans cesse leur champ de pratiques (Fassin, 2000), notre réflexion est essentiellement de nature théorique et consiste en l'analyse de la rhétorique du discours et des politiques ayant cours au Canada, au Québec et en France. Cette analyse est effectuée dans une perspective socio- historique et réalisée à partir d'une étude approfondie des écrits les plus importants concernant le sujet de l'article dans les trois régions du monde concernées.

Nous tenterons de répondre à cette question importante et à l'ordre du jour scientifique depuis simplement quelques années, d'une part, au regard du modèle « dominant » concernant les déterminants de la santé et provenant d'experts canadiens (Evans and Stoddart, 1996) - tout en faisant référence à l'émergence d'un modèle québécois, et d'autre part, concernant son utilisation dans le contexte particulier de la France, de l'autre côté de l'Atlantique. Nous terminerons par une réflexion transversale à la question des déterminants de la santé, celle des inégalités de santé, dont nous ne pouvons occulter la dimension sociale et politique ; la (nouvelle) santé publique ayant indéniablement un rôle à jouer dans leur réduction.

3.3.3.1 Le modèle canadien dominant

Nous allons voir que dans le cas français, il semble que la dimension politique des rapports sociaux soit occultée par les décideurs et les politiciens, voire également par quelques chercheurs. Mais cette critique n'est pas exclusive à la France, tel que nous le rappelions dans l'exorde de ce document. Au Canada, la production du rapport Lalonde, alors ministre fédéral de la santé, a permis une prise de conscience de l'existence de déterminants de la santé non médicaux (Lalonde, 1974). En 1974, alors que nous n'en sommes qu'aux balbutiements de ces réflexions[15], Lalonde entrevoit la présence de quatre grands ensembles de déterminants : l'environnement, les habitudes de vie, l'organisation du système de soins et la biologie humaine. Quelques-uns ont critiqué les perspectives émises dans ce rapport. Selon eux, il serait possible de les interpréter comme une volonté, de transférer les coûts de santé de l'État vers les

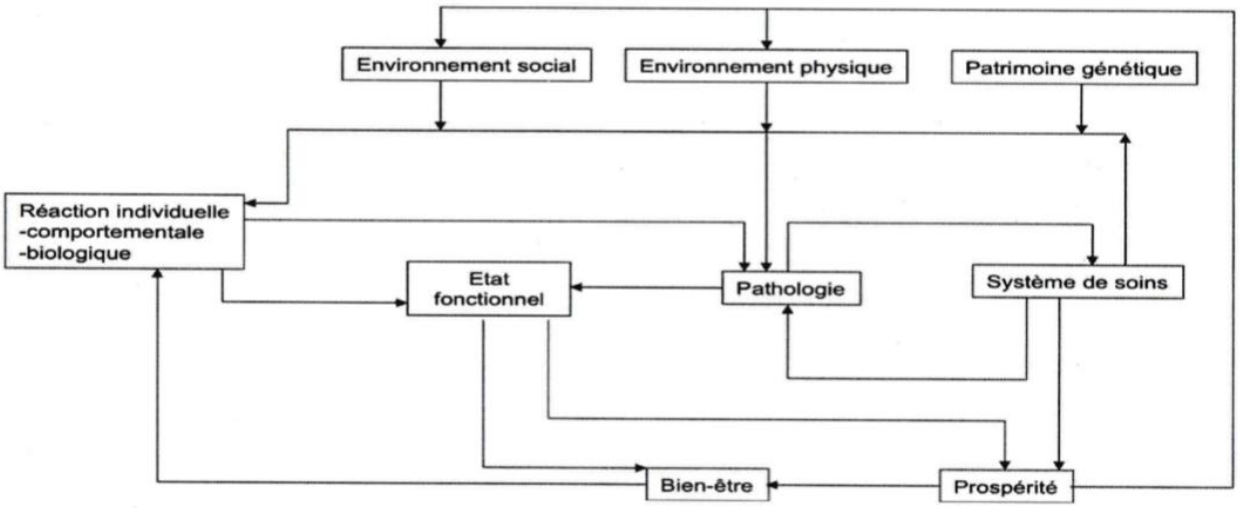
[15] Le contexte de cette discussion est bien le Canada car il est clair que la définition du concept de santé par l'OMS en 1946 abolissait déjà la vision négative que l'on pouvait en avoir. De surcroît, la perception du rôle de l'environnement sur la santé remonte à plusieurs siècles en arrière, par exemple Jean II le Bon impose en France à l'issue de la peste de 1348 le nettoyage des rues lorsqu'il y un risque d'épidémie (Bourdelais, 2003).

individus, de se focaliser sur les modes de vie de ces derniers, et de réduire la définition de l'environnement à des aspects physiques et non sociaux (Hancock, 1994; Labonté, 1994). Ce mode de pensée de l'époque, appuyé par le rapport Lalonde, est en phase avec la santé publique des années 70 mettant l'accent sur l'épidémiologie des comportements (Kickbusch, 1986). Pour certains, ce rapport serait aussi à l'origine du mouvement mondial de promotion de la santé, mouvement culminant en 1986 avec la charte d'Ottawa, et déclinant en partie depuis (O'Neill, Pederson et al., 2001). Cependant, un premier pas est franchi et « la conception globale de la santé » (Lalonde, 1974, p.33) crée une brèche dans laquelle de nombreux chercheurs, notamment canadiens vont s'engouffrer. Si Evans et ses collègues (1996) ont eu le mérite, à la suite de Lalonde, de proposer un cadre conceptuel holistique des déterminants de la santé[16], il n'en demeure pas moins que de nombreux intellectuels ont pointé du doigt certains oublis ou certaines incohérences du modèle proposé. Rappelons d'abord, et en quelques mots, la nature de la proposition l'Institut Canadien pour la Recherche Avancée (ICRA).

L'approche de la santé des populations de l'ICRA a d'abord été avancée dans un article de la revue Social Science and Medicine en 1990 (Evans and Stoddart, 1990) avant d'avoir été raffinée dans un livre de 1994 (Why are some people healthy and others not? : the determinants of health of populations), traduit en français en 1996 (Evans and Stoddart, 1996). L'ICRA définit la santé comme « l'absence de maladie ou d'atteinte à l'intégrité des personnes » (Evans and Stoddart, 1996, p.44) et attribue à la fameuse définition de la santé de l'OMS le terme de bien-être : « Etat de bien-être complet physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ». Le bien-être devant constituer l'objectif final des politiques de santé, disent-il. Ensuite, selon les auteurs, comme la figure 5 le montre bien, les déterminants de la santé sont de plusieurs ordres et interagissent entre eux.

[16] Précisons qu'une fois ces brèches ouvertes, d'autres universitaires ont, à leur tour, proposé des cadres d'analyse des déterminants de la santé, voir par exemple : (Whitehead, 1995; Acheson, 1998; Zôllner and Lessof, 1998; Hancock, Labonté et al., 1999). Pour une revue complète, voir (Ridde, 2001)

Figure 5 : Les déterminants de la santé au Canada



Source: (Evans and Stoddart, 1990; Evans and Stoddart, 1996)

La maladie influence l 'état de santé de l'individu, qui à son tour, va jouer un rôle sur le bien-être de cette personne. Le système de santé, quant à lui, va agir en interaction avec la maladie puisqu'il offre des soins et doit également répondre aux besoins. À cela, Evans et Stoddart ajoutent d'autres déterminants pour expliquer 1'état de santé de la population. Le patrimoine génétique, l'environnement physique et 1'environnement social vont influencer l'apparition ou non de maladie pour toutes les strates de la population. Ce cadre d'analyse pose également une distinction intéressante entre, d'un côté, la maladie diagnostiquée, et de l'autre, l'état de santé perçu par les individus. En outre, il est mentionné que les individus vont réagir à leur environnement, tant en ce qui a trait à leurs habitudes de vie ou comportements, que d'un point de vue biologique, ces réactions biologiques ne se limitant pas au système immunitaire. Enfin, à tout cela, le modèle proposé ajoute que l'économie et notamment la prospérité sont des déterminants essentiels. Arguant qu'une société doit faire des choix et que les systèmes de santé doivent nécessairement recevoir des ressources qui ne seront pas affectées à d'autres secteurs, la prospérité aura un caractère déterminant dans le bien-être des individus. La prospérité aura également des incidences sur les environnements physiques et sociaux. Pour les auteurs de ce cadre, il existe donc une rétroaction entre la prospérité et la santé et le bien-être.

Soulignons, avant de présenter quelques critiques du modèle de l'ICRA, que depuis les années 1990, plusieurs autres tentatives de conceptualisation des déterminants de la santé des populations ont eu lieu au Canada. Nous pensons notamment aux cinq catégories proposées par un comité provincial, fédéral et territorial : conditions de vie et de travail, environnement physique, comportement personnel en matière de santé et capacités d'adaptation, services de santé, patrimoine génétique et biologique (Comité consultatif fédéral provincial et territorial sur la santé de la population, 1999). Il y a eu aussi la proposition de Hancock, Labonté et Edwards (1999), visant à définir des indicateurs de santé des populations, selon une approche

participative. Ils avancent que les résultats de santé s'expliquent par l'intervention de six déterminants [qualité de l'environnement et de l'écosystème sanitaire, activité économique, cohésion sociale, équité (y compris le pouvoir), « sustainability », « livability »] agissant selon un processus à trois dimensions (éducation, participation- « empowerment » - droits civils, performance gouvernementale). Mais fondamentalement, ces propositions sont proches de celles de l'ICRA, ces dernières étant très certainement les plus scientifiquement détaillées et relevant d'un paradigme très économique, ce qui lui a valu certaines critiques, comme nous allons le voir maintenant.

L'une des critiques est celle de la simplification de la part des experts de l 'ICRA de la nature de la société et des rapports sociaux. En effet, le Critical Social Science Group leur reproche, entre autres choses, d'avoir réduit la complexité des relations sociales et de la société à de simples « cases » reliées entre elles (Poland, Coburn et al., 1998). « Society [...} is grossly undertheorized », remarque un autre chercheur (Hayes, 1994, p. 123). Selon d'autres auteurs critiques, toujours canadiens (Raphaël and Bryant, 2002), le contexte et les relations de pouvoir sont oubliés, ainsi, le cadre d'analyse ne permet pas d'être prospectif et d'avoir une ambition de changement social. L'absence de prise en compte du contexte est aussi vilipendée par Hayes (1994), qui affirme que la généralisation à l'ensemble des sociétés, de données probantes, mais parcellaires, concernant le rôle de certains facteurs sur la santé dans des contextes particuliers, n'est pas réaliste. Cette approche de la santé des populations est, selon Raphaël et Bryant (2000), fondée sur une perspective « top-down », ne laissant aucunement la place, contrairement à la vision de la promotion de la santé, disent-ils, aux connaissances et compétences des individus et de la communauté. La perspective scientifique de 1'ICRA est essentiellement économique tandis que la promotion de la santé use d'une approche plus sociale soutenue par une myriade de disciplines (O'Neill, Pederson et al., 2001). Voilà pourquoi Hayes (1994) affinne que ce modèle émanant du groupe dirigé par Evans évacue les questions fondamenta les concernant l'épistémologie, l'idéologie et la philosophie qui sous-tendent cette proposition des membres de l 'ICRA, « a false consensus of scientific neutrality » (Coburn, Denny et al., 2003, p. 395). D'autres observations à propos du modèle de Evans et al. sont souvent faites concernant la rétroaction entre la prospérité et la santé, et notamment l 'absence de considération de la question de la distribution de la richesse (Poland, Coburn et al., 1998), du niveau auquel la prospérité s'opère (individuel vs société) (Hayes, 1994) ou encore des enjeux éthiques l iés à cette relation réflexive (Berlinguer, Falzi et al., 1996), mais nous y reviendrons dans le cas français.

3.3.3.2 Le modèle québécois en émergence

Pour ce qui est du Québec, nous ne passerons pas en revue les jalons de l'histoire de la prise en compte des facteurs sociaux et politiques comme déterminants de la santé, d'autres l'ont déjà fait brillamment (O'Neill and Cardinal, 1998). Nous noterons simplement que, comme au Canada, c'est au milieu des années 70 que les acteurs québécois ont pris conscience de la nécessité de concilier les aspects sociaux et médicaux, notamment à la suite de la commission Castonguay-Nepveu. Au début des années 80 un livre, aujourd'hui (malheureusement) trop

souvent oublié, est publié au Québec pour proposer aux lecteurs francophones l'état des connaissances critiques du modèle biomédical dominant (Bozzini, Renaud et al., 1981). Un peu plus tard, après une autre commission d'enquête (Rochon), la politique de santé et de bien- être de 1992 va dans le même sens. Elle préconise que la santé et le bien-être soient « au cœur du développement social et économique, et non plus [... abordés] seulement comme un domaine sp écialisé réservé à un secteur d'activité » (Gouvernement du Québec, 1992, p.10). C'est peut-être pour éviter les débats autour du modèle de l'ICRA que les spécialistes québécois de la santé publique ont préféré s'orienter vers l'utilisation d'un modèle plus systémique. Bien que la démarche du groupe de canadiens reste en toile de fond des propositions théoriques québécoises, le ministère de la santé de cette province prend appui depuis quelques temps sur un cadre d'analyse systémique développé au milieu des années 90 et recommandé dans un document de travail (Clarkson and Pica, 1995). S'inspirant des stratégies d'actions de la fameuse politique de santé et de bien-être de 1992 ainsi que des recommandations à l'attention des décideurs de la politique de santé mentale du Québec et enfin des réflexions écologiques de Bronfenbrenner , Clarkson et Pica (1995) ont décrit un cadre fondé sur la présence de cinq paliers agissant sur la santé et le bien-être des individus. Les déterminants de la santé, en interaction permanente au sein d'un système ouvert, sont constitués des caractéristiques de l'individu, du milieu immédiat de vie de ce dernier, de son réseau d'appartenance, des conditions sociales et de l'environnement physique et enfin, des normes, valeurs et idéologies dominantes. Nous devons noter que cette perspective est très proche de celle exposée quelques années auparavant par Dahlgren et Whitehead (1992)[17], semble-t-il non connue à l'époque des spécialistes québécoises. Par contre, et à juste titre, ces experts travaillant pour l'OMS Europe ont voulu affirmer que si l'âge, le sexe et les facteurs génétiques étaient des éléments déterminants de la santé, il ne pouvait être question d'intervenir à ce niveau, ces facteurs étant immuables. Le modèle québécois prête un peu à confusion sur ce plan mais il est attrayant dans la mesure où il n'occulte pas l'importance des rapports sociaux. De surcroît, il apporte un élément original et rarement abordé, celui des normes, des valeurs et des idéologies dominantes dans une société. Ce cadre conceptuel a été adopté et employé pour la première fois lors de la dernière enquête provinciale sur la santé de la population québécoise (Institut de la statistique du Québec, 2000). Cependant nous devons déplorer, d'une part, et comme le font aussi les auteurs du rapport, l'accent mis majoritairement sur les caractéristiques des individus et leurs comportements personnels, le corollaire étant la dépréciation de l'influence des déterminants sociaux et politiques. D'autre part, le modèle a été quasiment exclusivement appliqué dans une visée descriptive , permettant au rapport de disposer d'un plan, mais nous restons sur notre faim lorsqu'il s'agit de comprendre l'interaction des multiples paliers pour expliquer l'état de santé et de bien-être des québécois. « Plus on s 'éloigne du noyau central du modèle, moins les indicateurs relèvent de domaines familiers aux chercheurs de la santé et des services sociaux » (Institut de la statistique du Québec, 2000, p.54), disent les auteurs du rapport. Si le modèle proposé est intéressant, il reste donc encore beaucoup de chemin à parcourir pour que la

[17] signalons que les auteurs du rapport Acheson en Angleterre concernant les inégalités sociales de santé ont usé, entre autre, de ce modèle.

dimension politique des rapports sociaux en cause dans l'état de santé des individus soit prise en compte au Québec. Ceci explique aussi certainement pourquoi les données permettant de comprendre les déterminants sociaux de la santé sont si maigres au Québec (Paquet and Tellier, 2003).

Ainsi, nous pouvons constater que si le développement des connaissances au Canada et au Québec en ce qui a trait à l'élargissement du concept de santé et de ses déterminants, a permis de prendre conscience de la multiplicité des facteurs agissant sur la santé des populations, et de ne plus se limiter à la simple rétroaction « pathologie-système de soins »[18], il a aussi été possible de mettre à l'écart la question des relations de pouvoir et la dimension politique. Mais comme nous le disions, cela dépend, et notamment de la position ontologique et épistémologique des lecteurs du modèle du CIAR. Cependant, nous sommes en droit de nous questionner sur une certaine mainmise du modèle du CIAR dans le champ de la santé publique canadienne ou internationale. Au Canada, ce modèle a beaucoup influencé les décideurs, contrairement à celui, plus social, prôné par la promotion de la santé (O'Neill, Pederson et al., 2001). Il a été largement utilisé, notamment pour justifier quelques coupures budgétaires dans le système de santé (Robertson, 1998), et il est peu probable que les critiques apportées à ce modèle aient été entendues ou simplement écoutées au-delà des frontières des revues académiques. Au Québec, ce modèle a été en phase avec le vent communautaire qui a soufflé sur la santé publique de la province au début des années 70, bien que nous puissions aujourd'hui être un peu inquiet, tout comme l'Association pour la Santé Publique du Québec, concernant l'accent mis par les institutions provinciales sur la prévention, qui s'est particulièrement concrétisé par la nomination d'un ministre délégué à la prévention (notion très restrictive, plus liée à la maladie qu'aux déterminants de la santé), et non à la promotion de la santé ou la santé communautaire.

3.3.3.3 Les déterminants de la santé en France

L'Atlantique serait-il plus large qu'il n'y paraît ? Effectivement, dans son rapport triennal consacré aux années 94-98, le Haut Comité de la santé publique (HCSP) (1998) élargit son champ de vision et discute de l'état de santé de la population française au regard de nouveaux déterminants, oubliés lors du rapport de 94. Les déterminants liés à l'environnement physique et au travail sont enfin pris en compte tandis que ceux concernant les comportements individuels et l'environnement social se retrouvent dans le même chapitre. Aucune référence, à aucun endroit de ce volumineux rapport, n'est faite aux nouveaux développements des connaissances concernant les déterminants de la santé des populations[19]. Il faut retourner dans les annexes du rapport de 94 pour voir une timide référence aux travaux de l'ICRA (Haut comité de la santé publique, 1994). Cependant, il faut attendre le rapport de 2002 pour que les recherches outre-atlantique soient réellement incorporées dans les travaux des groupes de travail (Haut Comité

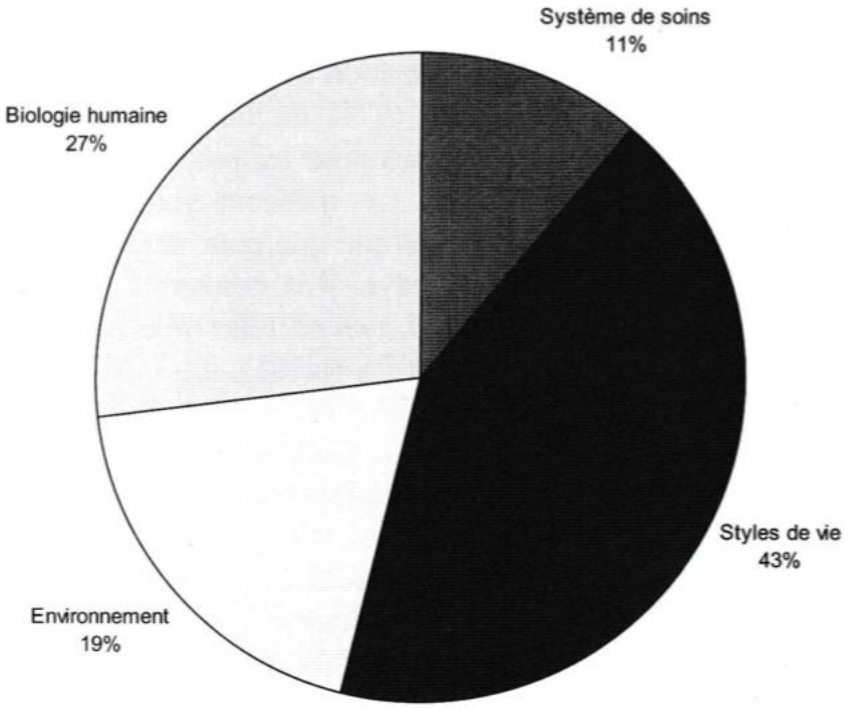
[18] nous ne parlerons pas ici de la thèse de Thomas McKeown affirmant que le déclin de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles ne doit rien au développement de la médecine et du système de santé mais plutôt à l'amélioration des conditions de vie et de travail ; ou encore à la thèse de Illich et son « némésis médicale ».

[19] Lang et ses collègues (2002) ont aussi noté que si ce rapport fait bien référence à la question de l'exclusion et des disparités, il n'en jamais fait mention d'indicateurs d'inégalités socioéconomiques.

de la santé publique, 2002). « La santé en France 2002 » est le troisième rapport triennal réalisé par le HCSP depuis sa création en 1991. Alors que les recherches de l'ICRA étaient déjà publiées en 1990 (Evans and Stoddart, 1990), il a fallu attendre plus de dix ans pour que ces derniers soient pris en considération en France, d'une manière explicite.

Cela ne paraît pas trop étonnant lorsque l'on regarde de plus près le récent discours du Ministre de la santé de ce pays européen et l'ouvrage récent de son directeur général de la santé (DGS). Effectivement, dans une allocution très récente auprès de l'Académie Nationale de Médecine, M. Mattei, un médecin s'exprimant devant des médecins, nous donne l'occasion de disposer d'un élément de réponse à cette mise à l'écart du modèle des déterminants de la santé. Il affirme, en effet, qu'il est « convaincu que [le] devoir de santé publique, [...] n'est autre, en définitive, que celui d'organiser de façon moderne le fonctionnement des services de santé » (Mattei, 2002, p. 3). L'analyse sans concession de la crise de la canicule à l'été 2003 (15.000 victimes) de la part l'ancien DGS, démissionnaire, apporte le même éclairage (Abenhaim, 2003). Certes, il évoque la misère de la recherche et de la formation en santé publique ou encore l'absence d'action de prévention (97% du budget de la santé est consacré au système de soins). Mais pour les propos de notre article retenons un élément particulier. Ce médecin-épidémiologiste (en partie formé au Canada) nous explique que pour déterminer les 100 objectifs de santé publique du pays, il a convoqué en 2002 une centaine de spécialistes français. « La plupart des experts représentant l'ensemble des domaines de la santé » (p.161), dit-il. Mais dans liste qui suit, point de sociologue, anthropologue ou autres experts des sciences sociales. Reconnaissons que nous ne sommes pas très loin, dans cette situation, de la rétroaction « pathologie-système de soins », ce qui ne semble pas trop étonner les critiques français de la santé publique, avançant que ce qui caractérise les politiques de santé publique dans ce pays est qu'elles se concentrent le plus souvent sur la seule organisation du système de soins (Lecorps and Paturet, 1999; Drulhe, 2000; Lang, Passin et al., 2002). D'autres experts français s'étonnent aussi de la proportion démesurée que prend le développement de la sécurité sanitaire par rapport à celui, très faible écrivent-ils, de la lutte contre les inégalités sociales de santé (Pradeau, Pradeau et al., 2001). Et pourtant, puisque les chiffres ont souvent un pouvoir de conviction plus important que les lettres, rappelons aux lecteurs que la contribution potentielle du système de soins à la réduction de la mortalité n'est que de 11%, comparativement aux autres déterminants (figure 6).

Figure 6 : contribution des déterminants à la réduction de la mortalité



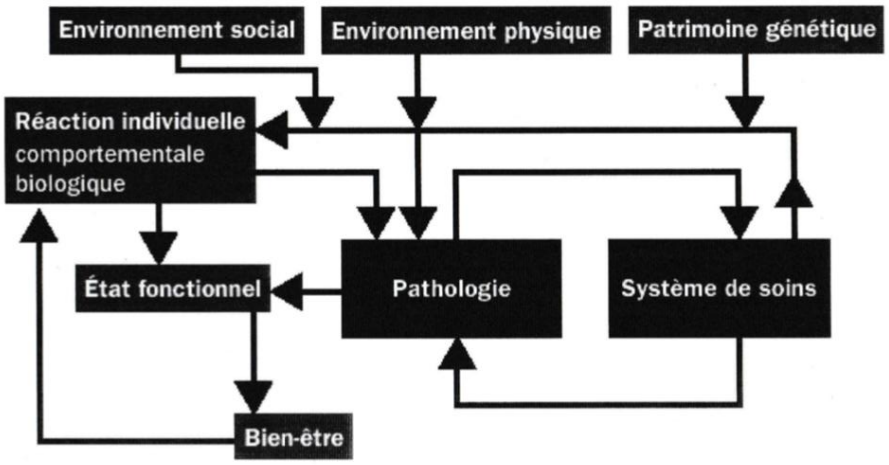
Source : adapté de (Dever G.E.A, 1976, cité par Pineault and Daveluy, 1995)

De plus, Mattei cite abondamment un récent rapport de cette académie qui paraît l'avoir beaucoup influencé. Ce rapport tente de répondre à la question dont il a pris le titre : Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français (Tubiana and Legrain, 2002) ? Lorsque les auteurs analysent les interventions visant à prévenir les comportements à risques des individus, ils avancent que les échecs relatifs trouvent une partie de leurs explications dans le fait que les lois (liées au tabac par exemple) n'ont pas été respectées et que rien n'a été fait pour « sanctionner les contrevenants qui continuent donc à donner le mauvais exemple » (Tubiana and Legrain, 2002, p.2). La question des inégalités de santé est souvent abordée dans ce rapport, sans pour autant que la question sociale et/ou politique ne soient réellement prises en compte. On apprend notamment que la surmortalité dans les milieux défavorisés trouve ses causes dans le tabac, l'alcool, l'alimentation, le suicide et les accidents, toutes causes classées par les auteurs dans le volet des « comportements à risques ». Enfin, parmi d'autres exemples, on reçoit aussi cet enseignement : « une conclusion s'impose : la meilleure façon de réduire les inégalités est de développer non seulement l 'instruction (acquisition des connaissances) mais aussi l'éducation (capacité à mettre en œuvre ses connaissances) » (Tubiana and Legrain, 2002, p.12). Ce point n'étant absolument pas relevé par

le ministre français. Lorsque l'on sait, et depuis longtemps grâce aux travaux de Bourdieu et Passeron, combien l'école française peut parfois être source de statu quo, voire d'accroissement des inégalités tel que vient de parfaitement l'expliciter encore une fois Zorman (2001), nous sommes en droit de nous interroger sur de tels préceptes. D'autant qu'il faut en convenir, l'approche proposée dans ce rapport de l'Académie est on ne peut plus stigmatisante pour les individus et l'on se rapproche là des critiques faites à un courant de la promotion de la santé centré sur les individus (le « victim-blaming ») ignorant les enjeux politiques, économiques et sociaux des déterminants de ces comportements individuels (Lupton, 1995). Cela pourrait, dans certain cas, facilement dériver vers la violence symbolique du culturalisme qui, comme dans le cas du saturnisme chez les familles africaines installées à Paris, cherche (et trouve) des explications dans la culture de l'Autre au lieu de remettre en cause le système politique engendrant le regroupement de ces familles dans des taudis (Fassin, 2001). Ainsi, les auteurs du rapport relèguent les plus pauvres à leur triste sort, et ne remettent pas véritablement en cause les fondements sociaux de leur situation. L'une des raisons est que cela semble le propre des interventions de prévention qui n'accordent pas, en France, « grand intérêt pour les populations défavorisées et privées de tout pouvoir » (Lecorps and Paturet, 1999, p. 35). L'explication alternative est que « c 'est l'objet même des inégalités sociales de santé [...} qui ne semble pas concerner la plupart des sociologues de la santé en France » (Goldberg, Melchior et al., 2002, p. 113). Mais poursuivons notre analyse, puisque ce ministre (et ces rapporteurs) n'est en place que depuis quelques temps et qu'il ne disposait pas du pouvoir lorsque les experts se sont penchés sur la santé des Français/es en 2002, le rapport ayant été publié en janvier de cette année.

Donc, nous disions que le dernier rapport prenait enfin en compte un large spectre de déterminants de santé. Les rapporteurs de 2002 sont allés bien plus loin que leurs prédécesseurs. Dans le chapitre consacré aux inégalités de santé, les rapporteurs proposent d'élargir leur conception des déterminants de la santé et d'utiliser le modèle (figure 7) conçus par les experts de l'ICRA.

Figure 7 : Les déterminants de la santé en France



Source : (Haut Comité de la santé publique, 2002)

Ils avouent que ce type d'approche est encore nouveau en France. Cependant, s'ils présentent un schéma reprenant en partie le modèle, ils ne retiennent de ce dernier que le fait qu'il permet « d'envisager la santé du point de vue des attitudes et des comportements » (Haut Comité de la santé publique, 2002, p.215). Tomberions-nous une nouvelle fois dans le piége où l'individu est blâmé pour son mode de vie ? N'est-ce pas encore une bonne façon de « botter en touche » et d'occulter la dimension politique des rapports sociaux en cause à propos de l'état de santé des populations en général, et des inégalités de santé en particulier ?

Nous pourrions répondre par l'affirmative puisque, outre cet argument concernant le choix de retenir du modèle de l'ICRA que les seuls comportements et attitudes des individus, nous avons remarqué, avec surprise, qu'une des fameuses « cases » portant le plus à discussion a disparu du modèle. La prospérité, qui devrait être substituée par l'équité selon certains (Poland, Coburn et al., 1998), s'est envolée. L'économie n'est plus dans le modèle. Nous voici donc dans un pays où l'économie ne contribue pas à l'état de santé et de bien-être de sa population. Est-ce une manière déguisée de ne pas ouvrir la boîte de pandore pour ne pas revoir apparaître, traduites en français, les controverses, essentiellement académiques semble-t-il, élaborées en anglais du Canada ? Ou bien cela traduit-il un courant dominant en France où, finalement, les déterminants

de la santé se résument à la seule composante propre au système de soins, tel que le discours du ministre nous le laisse croire ? Les rapports sociaux et les déterminants politiques sont ainsi largement mis de côté et l'épineux dilemme de la régulation du marché par l'état, ou de l'économie par le gouvernement est ainsi évacué.

3.3.3.4 Les inégalités sociales de santé et l'action politique

Mais nous serions trop sévères si nous terminions notre essai par ce point de vue. Nous voulons revenir à un certain optimisme, à tout le moins rhétorique. D'abord, il convient de rendre aux auteurs du document de 2002 du HCSP, leur volonté de faire prendre conscience aux décideurs et aux lecteurs, à la suite de Leclerc et al. (2000), que les inégalités de santé en France doivent être prises au sérieux, ce que dit Pierre Aïach en France depuis plus de 20 ans (Aïach, Carr-Hill et al., 1987; Aïach, 2000). Un cinquième de ce rapport est consacré aux inégalités de santé, ce qui n'est pas rien.

Ensuite, en ce qui concerne la question des rapports sociaux et la dimension politique de la santé et des inégalités de santé, citons-les : « Globalement, les inégalités de santé constituent ainsi l 'une des facettes (et une conséquence) des inégalités sociales » (Haut Comité de la santé publique, 2002, p.219), ce qui est loin d'être toujours dit ! Enfin, à l'instar de leurs collègues d'outre-manche (Acheson, 1998), les rapporteurs réclament que toutes politiques publiques prennent en compte « la dimension de santé qu'ils [les décideurs] impliquent du point de vue des inégalités sociales et spatiales de santé » (p.243).

Gageons que les nouveaux décideurs au pouvoir en France sauront user de leur position pour appliquer de telles recommandations, tel que nous le laisse croire le discours du Ministre précisant que l'un des deux objectifs de sa prochaine loi quinquennale de programmation en santé publique sera la prévention de la mortalité et de la morbidité évitables et la réduction des inégalités. Mais il faudrait pour cela enfin prendre conscience que ces inégalités de santé trouvent leurs fondements dans la structure de l'organisation sociale et politique, et non pas uniquement dans les comportements individuels. Une politique fondée sur des interventions de prévention auprès d'individus ayant des comportements dits à risque, n'est aucunement une solution pour contrer les inégalités sociales de santé (Renaud, 1996; Aïach, 2000). Et pourtant, la majeure partie des interventions visant à réduire les inégalités de santé sont encore mobilisées pour agir sur l'individu et non sur des déterminants plus larges (Whitehead, 1995; Gepkens and Gunning- Schepers, 1996). De surcroît, et contrairement à ce que prétend le ministre, les défis liés à la réduction de ces inégalités de santé ne sont pas de l'ordre sanitaire (Mattei, 2002, p. 6), autrement dit liés au système de santé. Évidemment, il ne s'agit pas de nier qu'il persiste certaines inégalités d'accès aux soins en France, mais il faut comprendre que les défis sont essentiellement de l'ordre du social et du politique. La réduction des inégalités sociales de santé par l'intermédiaire de l'implantation de programmes ou de politiques publiques semble possible, comme plusieurs exemples le montre en partie (Mackenbach and Bakker, 2002; Mackenbach and Stronks, 2002), mais encore faut-il que les personnes disposant du pouvoir politique décident d'en faire une priorité et lui allouent des subsides. Les enjeux sociaux de la

santé publique ne sont pas principalement liés à la violence, comme l'avance le ministre dans son discours, ils sont surtout liés, pensons-nous, à l'absence d'une justice sociale dont les conséquences se mesurent à l'aune de l'ampleur des inégalités sociales de santé, de la · surmortalité des hommes par rapport aux femmes, des ouvriers par rapport aux professions libérales, des pauvres par rapport aux riches, des immigrés par rapport aux français, et cetera [20] .

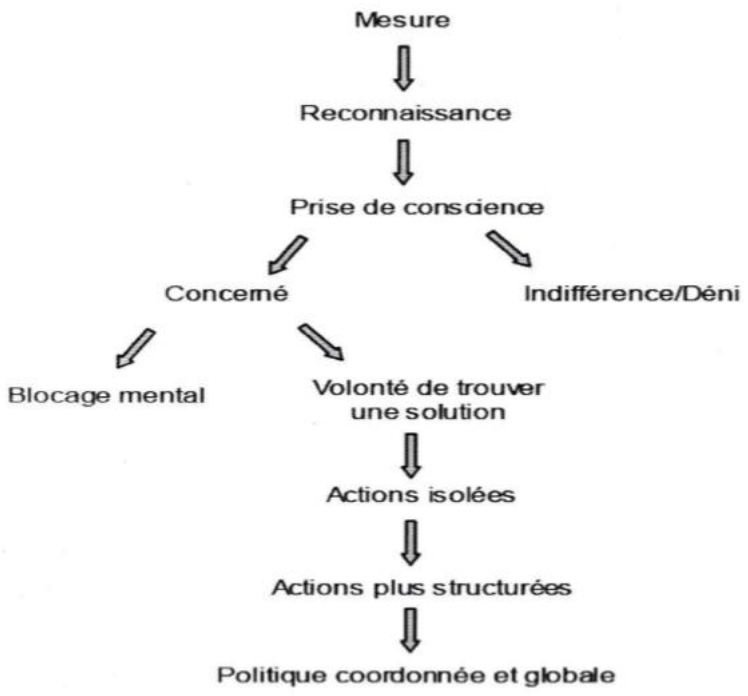
Contrairement à Rousseau avant-hier et à Rawls hier, il est temps de comprendre que les inégalités sociales de santé ne sont pas naturelles, elles sont la résultante d'un processus subtil et complexe d'inégalités sociales, d'incorporation des inégalités dans les corps, pour reprendre les mots de Fassin (1996). Pour le dire autrement, les disparités devant la mort et la maladie sont l'aboutissement d'un mécanisme cumulatif (Aïach and Cèbe, 1994) d'injustices sociales dans lesquelles les « faiseurs » de politiques publiques se complaisent tant et autant qu'ils n'auront pas décidé de remettre en cause cet état de fait.

Pour qu'une politique publique émerge, disait un spécialiste en la question (Kingdon, 1995), il faut qu'il y ait la rencontre (coupling), initiée par un entrepreneur politique au moment où apparaît une opportunité (fenêtre), du courant des problèmes et du courant de la politique (politics), le courant des solutions étant également présent mais demeurant plus éloigné (loosely coupled). Sans cette rencontre, aucune politique ne peut faire surface, les problèmes restent irrésolus, des solutions existent ou sont promues par certains acteurs mais elles ne sont pas recevables et les orientations politiques du moment où les idées du temps présent ne peuvent être appliquées puisqu'il n'existe pas de problème et de solution pour les proposer. Mais lorsque apparaît le moment opportun dans le courant des problèmes ou des orientations, ce qui est rare et éphémère, un entrepreneur politique usera de ses diverses ressources et mettra tout en œuvre pour que ceux-ci se rejoignent, étant entendu que la résolution des problèmes n'est pas utopique donc que certaines solutions sont connues, afin qu'émerge une politique publique. Précisons que la présence d'entrepreneurs n'est pas cantonnée dans un seul courant mais ceux-ci peuvent, au contraire surgir de tous les courants, selon la situation et la prédominance de l'un ou de l'autre. Dans le cas des inégalités sociales de santé, il est manifeste que le problème est aujourd'hui bien identifié et la connaissance scientifique remonte aussi loin que le 17ème siècle (Bourdelais, 2000). Par contre, et ce qui pourrait rendre intelligible le fait qu'aucune politique publique réelle de lutte contre les inégalités sociales de santé n'émerge, est que les décideurs français n'ont pas encore véritablement mesuré l'ampleur du problème puisque « la permanence de son invisibilité dans l'espace politique en constitue un trait essentiel » (Drulhe, 2000, p. 49). Marianne Berthod-Wurmser (1998) avance deux raisons, parmi d'autres, pour expliquer cela : la nature du système de santé français où l'État est en position de recul, et l'influence de la profession médicale avec sa v1s10n individuelle et non populationnelle de la santé. Il faut aussi ajouter qu'en France, le système de la recherche en général et les équipes de

[20] Les données scientifiques probantes s'accumulent sur ces questions, bien que le Québec comparativement à plusieurs pays dispose de peu de données nous disent Paquet et Tellier (2003), et l'objet de notre commentaire n'est pas de les décrire à l'aide de données empiriques (pour des données françaises récentes, voir par ex : Bihr and Pfefferkom, 1999; Leclerc, Fassin et al., 2000)

chercheurs en particulier, n'ont que très récemment (1997) pris conscience du problème et de la nécessite d'accroître l'état des connaissances à propos des inégalités sociales de santé (Berthod-Wurmser, 1998; Lang, Passin et al., 2002). Pour reprendre les étapes du continuum d'actions (figure 8) liées à la réduction des inégalités sociales de santé (Whitehead, 1998), nous pourrions aisément avancer, à l'instar de Mackenbach et ses collègues (2002), que la France fait partie des pays du peloton de queue, avec le Canada et le Québec, ajouterions-nous. Le problème est mesuré, plus ou moins reconnu et certains ont attiré l'attention de la population sur cette question, mais la réponse se situe globalement dans une sphère de l'indifférence ou du déni. Cela vient d'être dit pour le Canada (Glouberman and Millar, 2003). Quant au Québec, notre analyse du récent programme de santé publique 2003-2012 montre très clairement cet état de fait. Alors que les experts précisent que la réduction des inégalités de santé est un des quatre défis de la santé pu blique, aucun des 87 objectifs de ce programme n'est exprimé dans ce but (Ridde, 2004).

Figure 8: Le continuum d'actions concernant les inégalités de santé



Traduit et adapté de (Whitehead, 1998)

Ajoutons, pour rester proche des concepts de Kingdon, que si les solutions ne sont pas encore toutes connues, certaines expériences anglaises, hollandaises ou suédoises par exemple (Mackenbach and Bakker, 2002), ont montré que la réduction des inégalités sociales n'est ni une aporie ni un projet utopiste.

Il est assurément plus facile de tancer les v1ct11nes et leurs comportements individuels que de remettre en cause les processus sociaux sous-jacents à la création de ces disparités devant la mort et la maladie. Élucider et rendre intelligible ces processus est un des enjeux de la santé publique (Drulhe, 1996). De surcroît, « la plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités, que ce soit dans le domaine social ou sanitaire, produisent presque toujours, même lorsqu'elles réussissent à atteindre leur objectif d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble, une aggravation des écarts. La réduction de l'inégalité devant la santé relève donc avant tout d'un préalable de nature politique et non d'un simple choix à caractère technique (Fassin, 2000, p. 33) ».

3.3.4 Conclusion :

En 1988, le directeur général de l'OMS s'inquiétait : « public health has lost its original link to social justice, social change and social reform » (Hancock, 1994). Quinze ans après, la (nouvelle) santé publique doit, selon nous, retrouver son rôle originel et être un moteur de la remise en

question des inégalités sociales de santé. Il devient nécessaire que les acteurs comprennent que la planification ne se résume pas à un instrument technique et qu'elle peut aussi être un outil pour impulser le changement social (Blum, 1981). Il serait temps qu'en France et au Québec, un entrepreneur (la SFSP et la Direction de Santé Publique de Montréal-Centre[21]) au sens de Kingdon (1995), s'applique enfin à réaliser le couplage du courant des problèmes avec celui de la politique pour qu'une intervention publique de lutte contre les inégalités sociales de santé émerge. La direction politique que prend la province québécoise n'est certainement pas de bon augure et la visite officielle en mai 2004 du premier ministre .... en France, ne sera certainement pas l'occasion d'une plus grande considération pour les disparités sociales.

3.4 La promotion de la santé

Le tableau 3 montre que les interventions ont été plus fondées sur les approches classiques et réductrices d'éducation à la santé que sur les propositions nouvelles d'actions holistiques qui s'appuient sur les cinq piliers de la promotion de la santé. Près de 20 ans après, la promotion de la santé doit, selon nous, retrouver son rôle originel et être un moteur de la remise en question de la permanence et l'invisibilité, à tout le moins en France, disait Drulhe (2000), des inégalités sociales de santé.

Pourquoi faire porter le fardeau de la lutte contre les inégalités de santé plus à la promotion de la santé qu'à la santé publique ou à la santé communautaire ? Tout simplement parce que la première s'est judicieusement dotée d'une charte comprenant cet objectif alors que les deux autres n'en n'ont pas. Dans la déclaration d'Alma-Ata faite en 1978, on prenait acte des inégalités de santé mais leur réduction n'était pas un objectif essentiel. De surcroît, dans leur réaffirmation de la fameuse définition de la santé de l'OMS élaborée en 1948, les rédacteurs d'Alma-Ata réclamaient « l'atteinte du plus haut niveau possible de santé » (art 1) et non la réduction des inégalités de santé (WHO, 1978), ce qui a certainement influencé la proposition de définition par Conil et O'Neill (1984) de la santé communautaire. En revanche, la charte d'Ottawa, à l'origine du champ de la promotion de la santé, se fixe, parmi d'autres, l'objectif suivant : « 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). Or, atteindre l'égalité nécessite la mise en œuvre d'un processus d'équité, de justice sociale, un des six principes constitutifs des initiatives de promotion de la santé (Rootman, Goodstadt et al., 2001). Au Canada, selon Boutilier et al. (2000), cet objectif était aussi dans le fameux rapport Epp sur la promotion de la santé, diffusé par le gouvernement fédéral en 1986, un an avant la rencontre à Ottawa. L'un des documents produits par l'OMS Europe à l'occasion des réflexions préalables à la

[21] Au moment où nous terminons cet article, la Direction de Santé Publique de Montréal-Centre dévoile son nouveau plan d'action 2003-2006. Fidèle à son engagement passé, la lutte contre les inégalités de santé figure à la première place, bien que l'objectif proposé, ni précis ni quantifié, ne favorise pas véritablement la reddition de comptes à cet égard.

Charte d'Ottawa stipulait clairement que la réduction des inégalités était un objectif à part entière de la promotion de la santé (Kickbusch, 1986)[22].

Plus récemment en Europe, un groupe de travail s'est penché sur la question relative aux interventions de promotion de la santé efficaces pour réduire les inégalités de santé, prenant pour acquis que ce résultat incombait à ce champ de pratiques (VIG and ENHPA, 2001).

L'attribution à la promotion de la santé de ce rôle paraît en phase avec son mandat de changement social et de renforcement du pouvoir des citoyens dans leur capacité à agir sur les déterminants de leur santé, dès lors que nous acceptons la proposition explicitant que des inégalités de santé sont engendrées par les structures sociales et politiques (Ridde, 2004). Cependant, nous ne voulons pas ici avancer que les activités de promotion de la santé doivent toutes être tenues responsables de la réduction ou non des écarts de santé, cela n'est pas chose facile. La promotion de la santé, par ses interventions de plaidoyer et sa capacité (volonté) à induire des politiques publiques saines, doit être le porte-parole d'une prise en compte de cette dimension équitable. Comme en Angleterre (Acheson, 1998) ou en France par exemple, les recommandations des experts vont toutes dans le même sens. Les politiques publiques doivent prendre en compte « la dimension de santé qu'ils [les décideurs] impliquent du point de vue des inégalités sociales et spatiales de santé » (Haut comité de la santé publique, 1994, p.243). Au Québec l'article 54 de la loi de Santé Publique oblige les ministères et organismes à rendre compte des impacts sociaux, environnementaux et économiques de leurs actions sur la santé et le bien-être des populations. Curieusement cependant, le ministère de la santé du Québec (ou des soins devrions-nous dire) qui accapare plus de 40% du budget du gouvernement n'est pas assujetti aux mêmes obligations de reddition de compte à l'égard des impacts de ses actions sur la santé (Bernier, 2006). Or, nous avons vu, dans la section précédente, les effets potentiellement négatifs du système de soins sur la santé des utilisateurs des services. Ainsi, qui d'autre que la promotion de la santé peut être le garde-fou de cette préoccupation à l'égard des inégalités sociales de santé puisque la santé publique n'a pas été en mesure de l'être ? Il y a quelques temps encore, quelques commentateurs avançaient qu'à certains égards, la promotion de la santé était en déclin, à tout le moins au Canada (O'Neill and Pederson, 2001), puisque l'on peut dire sans trop forcer le trait, qu'elle est quasiment absente en France. Or, se forger comme objectif à long terme la lutte contre les inégalités sociales de santé pourrait, croyons-nous, contribuer à redonner à la promotion de la santé ses lettres de noblesse. Cela est d'autant plus vrai que sa vision holistique et sociale de la santé saura certainement être plus efficaces que la perspective épidémiologique et individualiste de la santé publique. Il est assurément plus facile de tancer les victimes et leurs comportements individuels que de remettre en cause les processus sociaux sous-jacents à la création de ces disparités devant la mort et la maladie. Le fait que la thématique des inégalités a été mise à l'ordre du jour de la

[22] 25 Bien qu'il subsiste une vision un peu réductionniste affirmant que cela devait passer par un meilleur accès au système de santé

prochaine conférence mondiale de la promotion de la santé à Vancouver en juin 2007 est peut-être de bon augure. Il était temps, car la proposition d'une Charte de Bangkok en 2005, pas plus que le cadre d'analyse présenté lors de cette conférence, ne faisait mention de ces écarts entre les sous-groupes de la population. Si l'on écrivait que « la promotion de [la] santé signifie justice sociale, équité », on ne disait rien des inégalités de santé. Dans la première version de cette nouvelle Charte, on prenait pour acquis le fait que « la santé et le bien-être » sont les mêmes pour tous et que l'action vise la population dans son ensemble. Fort heureusement, les rédacteurs de la version définitive, peut être influencés par nos propositions (Ridde, 2005) -faut-il rêver -, ont fini par dire que « tous les gouvernements à tous les niveaux doivent s'attaquer d'urgence aux problèmes de santé et aux inégalités en matière de santé ».

On retiendra donc de ce chapitre que nous suggérons d'intervenir en s'appuyant sur les cinq piliers de la promotion de la santé, où la justice sociale est une valeur cardinale et l'*empowerment* un processus fondamental, en vue, non seulement d'améliorer la santé de la population mais, surtout, de réduire les inégalités sociales de santé.

4 DE LA PARTICIPATION A L'EMPOWERMENT

Dans les pratiques relevant de santé communautaire, nous avons dit plus haut (tableau 1) que ce qui les distinguent grandement de celles correspondant à la santé publique est que le processus est plus participatif et moins technocratique. Avant de discuter des limites de la participation - puisque dans le contexte de la promotion de la santé, elle n'est qu'un élément parmi d'autres d'un processus d'empowerment - revenons sur quelques débats classiques à son sujet.

4.1 De la nature des débats sur la participation

D'abord, il nous faut bien dire que s'interroger sur la place de la participation dans les pratiques de santé n'est pas nouveau. La déclaration d'Alma-Ata de 1978 sur les soins de santé primaires mettait déjà l'accent sur cette interrogation. Cela fait des lustres que l'on se pose la question, et ceci n'est pas spécifique au domaine de la santé. Dans la vie en général ou dans la cité en particulier, mais aussi dans des diverses institutions et organisations, la problématique de la participation des acteurs est convoquée. Preuve s'il en est de cette récurrence de l'interrogation, la lettre n°55 de l'Institut Renaudot. Le président de cet Institut de santé communautaire, en présentant la conférence de juin 2006, cite une phrase des actes d'une initiative de jeunes

rapportée lors d'une réunion de la commission cohésion sociale du Conseil de l'Europe à laquelle il participait. Ces jeunes voulaient faire démarrer leur rapport par la citation de la figure 9 :

Figure 9 : slogan sur la participation

Source : Arnstein (1969)

La conjugaison du verbe participer n'a semble-t-il pas beaucoup évolué lorsque la participation est convoquée, car cette phrase prononcée en 2005 n'est, apparemment, que la reproduction d'un slogan des étudiants de Mai 1968 en France. En effet, c'est le même slogan (figure 9) qui illustre le début du fameux article d'Amstein (1969) où la sociologue américaine est la première à proposer une échelle de mesure de l'intensité de la participation à la fin des années 1960.
Ainsi, dans plusieurs travaux on a suggéré des outils pour qualifier la participation, certains étant explicités dans une recension récente (Butterfoss, 2006). Il y a d'abord eu les travaux d'Amstein (1969) pour mesurer l'intensité de la participation des acteurs sociaux, allant de la manipulation au contrôle des citoyens. Puis, dans le domaine de la santé, certains ont développé des outils pour mesurer cette intensité de participation au cours des différentes composantes des interventions : évaluation des besoins, représentation et leadership, organisation, mobilisation des ressources, administration et mise en œuvre, évaluation du projet (Rifkin, Muller et al., 1988; Naylor, Wharf-Higgins et al., 2002). Plus récemment, d'autres ont tenté de mesurer et qualifier la participation des personnes lors des processus d'évaluation participative, au regard de cinq critères précis, compris comme autant de dimensions du processus : contrôle des décisions techniques, diversité des parties prenantes participantes, relation de pouvoir entre les parties prenantes participantes , fluidité de la mise en œuvre de l'évaluation, profondeur de la participation (Weaver and Cousins, 2005; Ridde 2006).

La problématique de la participation n'est pas plus nouvelle, avons- nous vu, que ne l'est la perception favorable à son égard, devons-nous maintenant ajouter. En effet, rares sont les personnes en général ou les universitaires et praticiens de la santé communautaire en particulier à remettre en cause le principe de la participation. Qui oserait en effet revenir sur cette participation impérative ?

Il est souvent fait référence aux stratégies top-down ou bottom-up (Sabatier, 1986; Hill, 1997), bien que cette vision dichotomique puisse occulter la complexité du phénomène étudié (Howlett and Ramesh, 1995). Une autre distinction originale a été proposée par Elmore (1979; 1982) autour de deux approches différentes. D'un côté, il y a le forward mapping laissant à penser que les dirigeants contrôlent l'ensemble du processus de mise en oeuvre qui se déroule conformément aux attentes initiales. De l'autre côté, il est possible de concevoir la mise en œuvre au regard des comportements des personnes pour qui les politiques publiques sont implantées afin de répondre à leurs besoins, soit le backward mapping, partant du principe que « that is not thepolicy or thepolicymaker that salves the p roblem, but someone with immediate proximity » (Elmore, 1979, p. 612). Il faudrait donc se concentrer sur l'étude de l'interaction entre ces « clients » et les agents de première ligne, à l'endroit même où le service est rendu (Williams, 1982).

Cependant, deux camps paraissent s'opposer dans les pratiques de santé communautaire, tout comme dans le domaine de l'évaluation participative (Cousins and Whitmore, 1998). D'un côté, il y a ceux qui pensent que la participation est un moyen, un processus essentiel à la réussite des programmes. La perspective adoptée est essentiellement utilitariste afin, notamment, de s'assurer d'une réelle mise en œuvre des actions planifiées. Il s'agit particulièrement de lutter contre le fameux « implementation gap » autrement qualifié de « dual implementation » dans l'ouvrage de référence de Pressman et Wildavksy (1984). Le processus est souvent « tourbillonnaire » (Monnier, 1992, p.87) et les acteurs sociaux jouant un rôle essentiel, il faut les impliquer dans la démarche (Chalmers and Davis, 2001), ils doivent prendre part, dirait le dictionnaire étymologique. D'un autre côté, il y a ceux et celles qui croient que la participation des acteurs sociaux dans les pratiques de santé n'est pas un moyen, en tous les cas pas uniquement, mais plutôt une fin. Il s'agit d'impliquer les parties prenantes au cours du processus, non seulement pour que ce dernier se déroule efficacement, mais aussi pour permettre aux participants d'avoir plus de contrôle sur leur destinée, de prendre conscience de leur environnement et de pouvoir agir. La perspective adoptée par les défenseurs de cette dernière approche est celle du changement social et la valeur-phare est l'empowerment. Tout comme le disait H. Blum (1981) il y a 25 ans dans son ouvrage classique de planification sanitaire, il ne s'agit pas uniquement d'un exercice technique, il faut aussi planifier et mettre en œuvre pour le changement social. Or, il faut noter le caractère parfois désincarné des pratiques fondées sur la notion de projet :

> « la banalisation du terme «projet » a renforcé le sens technocratique et institutionnel de la notion. Le lien qui existe entre le projet et la construction d 'un collectif est ainsi de plus en plus oublié, l'accent étant mis davantage sur le but que sur la démarche, sur la programmation que sur le processus. [. . .] Observer différemment, retrouver des émotions, s'interroger sur le pourquoi , réhabiliter l'intime, refuser l'impérialisme de l 'urgence, réfléchir à la finitude e, voilà la première étape du changement » (Landrieu and Léna, 2002, p.15-17-18) .

Cette dichotomie de la perception de la participation n'est pas juste un exercice de style. Lors d'une conférence à laquelle nous avons assisté en 2001 à Québec, un étudiant en santé communautaire, médecin planificateur de profession, demandait à un professeur en anthropologie de la santé : « mais monsieur, comment faire participer la population ? ». « Faire participer », voilà un questionnement dont s'emparent bien souvent les intervenants. Dans son étude sur la perception de la participation chez les professionnels de santé publique à Montréal, Lucie Richard et ses collègues (1999) montrent qu'il existe, selon ces professionnels, certaines barrières extra- organisationnelles et organisationnelles à la participation des communautés. Au-delà de ces difficultés que nous connaissons bien (e.g. « rigidité bureaucratique ») ce qui est intéressant est que certains de ces professionnels ont voulu noter qu'il y avait des limites à la participation des populations. Quatre ont été notamment citées : « participation pas toujours pertinente à chacune des étapes du processus de planification, le problème de la représentation des populations, participation peu réalisable au-delà de l'échelle locale, temps requis » (p.101). La distance entre les professionnels et les communautés est encore une fois convoquée dans cet article, ce qui n'a rien de nouveau, à tout le moins au Québec concernant la santé et les inégalités sociales (Paquet, 1989).

Si les responsables de santé publique peuvent être blâmés, ceux qui défendent la promotion de la santé ne sont pas toujours exempts de reproches. Prenons par exemple le contenu et le processus de rédaction de la dernière Charte relative à la promotion de la santé, la Charte de Bangkok. Non seulement la place des populations et du savoir profane à l'égard de la santé n'est pas clairement édictée, mais en plus, le processus d'adoption de la Charte a été cantonné à la consultation d'experts, reléguant au second plan la participation de la population dans son ensemble (voir Ridde, 2005).

Venons-en maintenant à l'analyse des écrits scientifiques qui traitent de la participation. Selon Contandriopoulos (2004), ils paraissent triplement biaisés. Soit les auteurs véhiculent une vision normative (souvent pessimiste) de la participation, soit ils la perçoivent de manière idéale et naïve, ou, enfin, soit ils pensent qu'elle est intrinsèquement indispensable. Or, si de nombreuses expériences de participation du public peuvent être considérées comme fructueuses à certains égards (e.g. People Health Movement, budget participatif à Porto Alegre), bien qu'il soit intéressant de savoir qui participe exactement, il est aussi possible d'avoir une réflexion critique, que nous aborderons selon trois points. Nous ne dirons mot cependant dans cet essai de la

« participation communautaire » car cela impliquerait une longue digression à propos de la notion de communauté (Morgan, 2001; Vibert, 2006), concept labile et fourre-tout, dont les contours changent et évoluent au grès des auteurs, et qui, parfois, peut être instrumentalisé dans les pays du Nord (Vibert, 2004) comme en Afrique (Gruénais, 2001) ou encore idéalisé : « Les communautés de la santé communautaire n'existent pas vraiment, elles sont des territoires idéalisés et romantisés, des enclos pour parquer les dépendants et des geysers de ressources » (Saillant, 2004, p.36).

Premièrement, il faut peut-être parfois se demander si la participation ne serait pas un avatar de la démocratie. L'étude de plusieurs cas de participation publique dans le domaine de la santé au Québec a montré que la participation n'était pas, en soi, forcément une obligation et un critère de réussite des pratiques (Contandriopoulos, 2004). De plus, la participation des acteurs est consubstantielle à la manière dont la représentation de ces derniers est organisée. En effet, la construction symbolique de la représentation est au cœur des défis de tels processus puisque toute action collective nécessite un mode de représentation où un sous- groupe agira pour le groupe. Or, on sait très bien que les procédés de représentation sont parfois, sinon toujours, biaisés sur tous les continents du monde. Cela a été, par exemple, mis au jour en Afrique de l'Ouest au sein des fameux projets de santé communautaire, parangon de la participation dans le domaine de la santé depuis Alma-Ata, où les centres de santé sont gérés par des comités de santé dont les membres sont issus des communautés. Les enjeux de pouvoir et d'accaparement de ressources sont permanents et décrits dans de nombreuses recherches (Jaffré, Olivier de Sardan et al., 2002; Ridde, à paraître). Didier Fassin a bien montré comment les comités de santé de Pikine, au Sénégal, n'étaient finalement que des miroirs des jeux politiques locaux où le chef de quartier, cumulant les fonctions politiques et administratives, luttait avec les chefs d'autres clans pour prendre le contrôle du comité, lui procurant ainsi un pouvoir symbolique (affirmer son hégémonie) et matériel (utilisation discrétionnaire des ressources) (Passin, 2000). L'hypothèse évoquée par Damien Contandriopoulos (2004) propose que plus un système de représentation démocratique fonctionne bien, moins la participation est nécessaire. Si les intérêts de la population sont en effet bien représentés, pourquoi diable vouloir impliquer les acteurs dans les processus de santé alors qu'ils ont déjà une myriade d'activités à mener de front ? À l'inverse, certains diront peut-être qu'il est contre-productif d'opposer démocratie représentative et démocratie participative, les deux pouvant peut-être coexister. La seconde est apparemment plus ancienne puisque l'exercice de la raison publique, dirait John Rawls, est une tradition ancienne dans des contextes sociaux et culturels aussi différents que l'Inde, la Chine ou encore l'Afrique (Sen, 2005). Ainsi, il faut éventuellement regarder les processus de participation avec une lorgnette permettant de comprendre les processus politiques puisqu'il est fort possible que les représentants de la population cherchent à légitimer leur présence et leurs revendications et à créer la perception qu'ils n'agissent pas pour eux mais pour la collectivité qu'ils sont censés représenter. Cela ne veut évidemment pas dire que la démocratie représentative n'est pas bénéfique à la santé, les démonstrations de Navarro (2001) - comparant les résultats de santé des pays en fonction de leur système démocratique - sont claires de ce point de vue, mais il faut bien s'interroger sur le mode opératoire de la représentation

consubstantielle à la participation[23]. Les auteurs de la loi de finances initiale votée en France en 2006 ne se sont pas trompés en affirmant que « Cet objectif porte sur l'implication des usagers et le partenariat avec les associations où la loi prévoit leur participation. Il conditionne la représentativité des usagers dans les structures de pilotage de la politique de santé publique, leur adhésion aux objectifs de la politique de santé publique et les actions engagées » (MEFI, 2006). La représentation des usagers est une problématique centrale, bien que la vision du législateur français d'une participation encadrée par la loi pour faire adhérer les usagers soit plus enchâssée dans une perspective utilitaire, du haut vers le bas, que de changement social.

La volonté d'un processus participatif dans le domaine de la santé entraîne aussi d'autres interrogations liées à la représentation de la population. Car bien souvent, ceux qui ont le pouvoir font en sorte que les Autres, ceux qui n'en ont apparemment pas, participent. Mais de quelle altérité parle-t-on ? En outre, lorsque l'on évoque la question de la participation publique, cela implique que d'un côté il y a le public et de l'autre... mais qui est de l'autre côté ? C'est le même problème lorsque l'on évoque la notion d'exclusion qui, indubitablement, laisse supposer que certains sont exclus et d'autres inclus (Labonte, 2004). Nous savons bien que la majeure partie du temps ce sont les professionnels qui décident des priorités, bien que parfois un avis soit demandé à la population. Comme le disait un de ces professionnels dans l'étude québécoise citée plus haut, certains s'interrogent : « participation pas toujours pertinente à chacune des étapes du processus de planification » (Richard, Breton et al., 1999). A contrario, certains universitaires se demandent, à leur tour, si les professionnels de la promotion de la santé, qui appliquent des processus d'empowerment ne seraient pas aussi suspects (Lupton, 1995).

Ce qui nous amène, pour clore ce chapitre, à suggérer une orientation plus large des pratiques de santé que celles qui reposent sur un processus ayant recours à la participation. Leroux et Ninacs (2002) proposent que les interventions liées au développement social et des communautés qui menent à l'amélioration de la santé doivent s'appuyer sur cinq éléments : la part1c1pation, l'empowerment, la concertation et le partenariat, la réduction des inégalités, l'harmonisation et la promotion des politiques publiques favorables à la santé. Nous inscrivant également dans le champ de la promotion de la santé afin de réduire les inégalités sociales de santé, il nous faut dire que la participation n'est qu'un des éléments de la corde qui symbolise l'empowerment mis en jeu lors de ces processus. Au-delà des critiques, des mythes et des dérives possibles de la participation dont certains ont été mis en exergue plus haut, si elle est utile et indispensable, elle ne représente qu'un quart de l'effort à fournir pour agir selon la démarche d'empowerment chère à la promotion de la santé. Mais de quoi parle-t-on quand on use de ce vocable anglophone, dont l'OMS vient de nous dire, à la suite d'une recension des écrits scientifiques, qu'il est bénéfique à la santé (Wallerstein, 2006)?

[23] En Afrique, les pays qui ont choisi et implanté, dans les faits, la politique des soins de santé primaires d'Alma-Ata (au sein de laquelle la participation est centrale) ont vu les résultats de santé de leur population s'améliorer (Dugbatey, 1999).

Depuis les années 1980 et à la suite des réflexions sur le processus de conscientisation engagées par le défenseur des opprimés qu'était Paolo Freire, une myriade d'auteurs tentent de définir les contours de l'empowerment , d'en proposer une définition, d'en déterminer les processus ou encore d'en suggérer une traduction (Purdey, Adhikari et al., 1994; Augoyard and Renaud, 1998; Le Bossé, 2003; Butterfoss, 2006; Wallerstein, 2006). Dans le contexte de cet essai, nous définissons ce concept selon une échelle individuelle comme étant le pouvoir d'agir, traduction proposée par Le Bossé (2003). Mais l'action doit s'accomplir de manière autonome, selon les propres préférences de l'individu, qui doit en avoir les capacités et disposer du contrôle sur sa destinée afin de maintenir et d'améliorer sa santé. Nous sommes au cœur du triptyque annoncé par Ninacs, choisir-décider-agir, permettant de passer d'une situation sans pouvoir (disempowered) à une capacité d'agir (empowered). Tout le monde s'entend aussi pour dire que l'empowerment est tout à la fois un processus (le développement du pouvoir d'agir) et un effet (le pouvoir d'agir). Dans le présent essai, nous posons l'hypothèse selon laquelle le pouvoir d'agir en tant qu'effet proximal est un préalable à la réduction des inégalités sociales de santé, comprise comme un effet distal des actions de promotion de la santé. Cependant, le pouvoir d'agir ne concerne pas uniquement les individus, il peut aussi se concrétiser à l'échelle d'une organisation ou d'une communauté. Ces trois échelles conceptuelles ont été mises au jour par Ninacs (2002). Le pouvoir d'agir individuel, qui a été beaucoup plus étudié que les deux autres (Peterson and Zimmerman, 2004), correspond à des sous-processus qui s'opérent, tels quatre fils d'une même corde, sur quatre plans : la participation, les compétences techniques, l'estime de soi, la conscience critique. Le passage par ces sous-processus, ainsi que leur interaction, permet à un individu de passer d'un état sans pouvoir à un état où il est en mesure d'agir en fonction de ses propres choix (Leroux and Ninacs, 2002). Ce cadre théorique a d'ores et déjà été employé pour la formation à la démarche d' empowerment (Bernier, Arteau et al., 2005) et pour l'évaluation des effets d'un programme de nutrition communautaire (Ridde and Queuille, à paraître). Les quatre fils de l'empowerment organisationnel et communautaire sont sensiblement identiques et présentés à la figure 10.

Figure 10 : les quatre dimensions de l'empowerment individuel, organisation et communautaire

Individuel	Organisationnel	Communautaire
Participation	Participation	Participation
Compétences	Compétences	Compétences
Estime de soi	Reconnaissance	Communication
Conscience critique	Conscience critique	Capital communautaire

Source : (Ninacs, 2008)

Chacun de ces éléments peut être précisé et détaillé au regard de plusieurs composantes que nous décrivons dans les prochaines lignes (Leroux and Ninacs, 2002).
Les composantes de l' empowerment individuel sont les suivants :

- La participation
  - Assistance muette
  - Participation aux discussions simples (droit de parole)
  - Participation aux débats (droit d'être entendu)
  - Participation aux décisions (aval ou refus de consentement)
- La compétence technique
  - Acquisition progressive de connaissances pratiques et techniques requises par l'action et par la participation
- L'estime de soi
  - Auto-reconnaissance de la légitimité de l'identité propre
  - Auto-reconnaissance de sa propre compétence
  - Reconnaissance de sa compétence par les autres
- La conscience critique
  - Conscience collective : la personne ou la collectivité n'est pas seule à avoir un problème
  - Conscience sociale : les problèmes sont influencés par l'organisation sociale
  - Conscience politique : la solution aux problèmes passe par le changement social

Les composantes de l'empowerment communautaire sont les suivants :

- La participation
  - Intégration, dans les espaces décisionnels, des individus non perçus comme leaders naturels
  - Équité dans la distribution du pouvoir

- La compétence technique
  - Une imputabilité favorisant la compétence des individus et de la communauté
  - La capacité de mailler les ressources locales, de les voir coopérer et de tirer profit des synergies qui en découlent
  - Les habilités consensuelles et décisionnelles ; et une capacité et une volonté d'autogestion de son développement
  - Le renforcement des réseaux de soutien aux individus

- La communication
  - La circulation efficace de l'information générale
  - L'accès à l'information requise pour réussir des projets spécifiques précis
  - La transparence dans les processus décisionnels
- Le capital communautaire
  - Le sentiment d'appartenance, à la fois à la communauté et à l'environnement
  - La conscience de la citoyenneté possédée par chacun des membres

L'empowerment organisationnel est situé à l'interface entre les deux autres. Les caractéristiques de la participation et des compétences sont sensiblement les mêmes que pour les individus. En ce qui concerne la reconnaissance, il s'agit de la capacité de l'organisation à reconnaître sa propre légitimité ainsi que ses compétences mais elle concerne aussi la reconnaissance par les autres. Quant à la conscience critique, cela réfère à la capacité d'analyse de l'organisation afin de clarifier les enjeux pour ses membres et pour la population en général.

Si les différentes dimensions proposées par Leroux et Ninacs (2002) exigent encore quelques approfondissements conceptuels et opérationnels, elles ont le mérite d'exister et d'être utiles, tant aux chercheurs qu'aux intervenants, pour suggérer des pistes de réflexions et d'amélioration. Avec d'autres, nous abordons ces questions dans une section spéciale de la Revue canadienne d'évaluation de programme (Ridde, 2006).

> Aussi, on voit donc bien que dans un contexte d'interventions dans le domaine de la promotion de la santé, la participation n'est pas un élément suffisant. Elle est nécessaire mais pas suffisante. Prendre conscience de cet impératif incite donc à revoir les processus d'actions et à intégrer la participation dans une modalité d'actions plus large, englobant, selon qu'il s'agisse d'intervention auprès des individus, des organisations ou des communautés, des éléments supplémentaires.

4.2 Le processus et l'évaluation des pratiques de promotion de la santé[24]

La grande majorité des ouvrages et guides qui traitent de la gestion et de la planification des projets, y compris dans le domaine de la santé, au Nord comme au Sud (Blum, 1981; Pineault and Daveluy, 1995; Green, 1999), décrivent la vie de ces projets selon un inéluctable cycle allant de l'identification des besoins à l'évaluation, en passant par les étapes de planification et de mise en œuvre. Cette vision d'un processus par étape trouve assurément ses fondements chez les stagists américains de l'étude des politiques publiques dans les années 1950, décrivant les politiques en fonction de paliers explicitement ou imparfaitement nommés « étapes » (Lemieux, 2002), ce que nous avons critiqué ailleurs (Ridde, 2004). Si pour la plupart des planificateurs, l'évaluation devient l'étape ultime du processus - les évaluateurs étant perçus comme des «program termination squad » (Patton, 1997, p.11) - d'autres ajoutent parfois la pérennité ou encore la capitalisation pour clore la boucle. Or, nous croyons, au contraire, que le processus des pratiques de promotion de la santé n'est ni linéaire ni cyclique. Nous pensons qu'il est nécessaire que les individus, et surtout les institutions, puissent concevoir les pratiques comme une série de sous-processus concomitants et interdépendants, qui sont au nombre de quatre. La mise en œuvre consiste en la mobilisation des ressources pour organiser les activités, tel qu'il l'a été prévu lors de la planification. La pérennisation concerne le devenir des programmes, elle est centrée sur le processus qui permet la continuation des activités et des effets relatifs aux programmes. Quant à la pérennité, c'est le résultat du processus, c'est un « arrêt sur image » du « long fleuve tranquille » de la pérennisation. La pérennisation des programmes dans les organisations est étudiée en référence au processus de routinisation défini par Weber (1995). L'analyse des écrits scientifiques en matière de promotion de la santé conduit à proposer que le processus de pérennisation commence dès les premiers événements qui jalonnent le déroulement des programmes (Pluye, Potvin et al., 2005). Ce processus peut être évalué de manière prospective (en notant les événements au fur et à mesure de leur survenue) ou rétrospective (en se remémorant les événements critiques). Il aboutit à la pérennité d'un projet qui peut être évaluée de manière transversale, à tout moment et ponctuellement, en fonction de degrés de pérennité (Ridde, Pluye et al., 2006). La pérennité réfère aux routines organisationnelles qui sont fondamentales dans les écrits sur l'apprentissage dans les organisations. Ces écrits, analysés en détail ailleurs (Pluye, 2002; Pluye, Potvin et al., 2004), mettent en évidence quatre caractéristiques des routines : la mémoire, l'adaptation, les valeurs et les règles. Un programme est routinisé lorsqu'au moins une activité qui découle de ce programme possède ces quatre caractéristiques. Le processus d'évaluation, quant à lui, est utile pour porter un jugement sur de multiples objets d'un programme, et leurs relations, selon une démarche critique, à l'aide d'une collecte systématique de données, en vue de prendre des décisions (Ridde, 2004). L'évaluation a été qualifiée par d'autres comme étant un « méta-processus » (Lemieux, 2002, p.20). Mais il faut retenir que ces quatre sous-processus sont concomitants et interdépendants puisque lorsque que l'on met en place un programme (mise en œuvre), on s'interroge toujours sur ce qui se passe (évaluation), on revoit toujours ce qui a été prévu de faire (planification) en se préoccupant, ce qui demeure cependant souvent le maillon

[24] Ce texte est une adaptation d'un chapitre paru en anglais (Ridde, Delonnier et al., 2007)

faible des programmes, de la façon de procéder en faveur du devenir de ces derniers (pérennisation). Ainsi, tout comme les quatre fils qui symbolisent l empowerment, il est possible de représenter le processus des pratiques de promotion de la santé comme quatre fils constitués par ces quatre sous-processus que nous venons de décrire succinctement. Nous n'irons pas plus loin dans cette proposition, certes nouvelles dans le domaine, mais dont les détails conceptuels et les illustrations empiriques ont été présentés dans d'autres articles récents (Pluye, Potvin et al., 2005; Ridde, Pluye et al., 2006).

Si l'on a encore récemment précisé que les actions de promotion de la santé fondées sur des démarches d'empowerment sont efficaces pour la santé des populations (Wallerstein, 2006), les défis à relever pour l'évaluation de ces processus sont nombreux. Combien de programmes de promotion de la santé, de santé communautaire ou d 'activités d'éducation à la santé n'a-t-on pas mis en œuvre depuis des décennies sans jamais être véritablement en mesure d'en vérifier l'efficacité ? Il y a certes des obstacles méthodologiques liés à la notion de preuve, de données probantes (O'Neill, 2003). Qu'est-ce qu'une preuve dans le domaine de la promotion de la santé lorsqu'on agit selon une perspective d' empowerment et avec une vision globale de la santé et du bien-être ? Il s'agit de s'interroger, pour reprendre les mots de Fujimilra et Chou, sur les « styles de pratiques scientifiques » (Fassin, 2006). Aussi, il subsiste assurément un enjeu paradigmatique de la définition même de la preuve et, par extension et a fortiori, du terme, efficacité.

« La preuve est un cas particulier de l'argumentation » dit Perret (1996), et l'argumentation, autrement comprise comme la rhétorique c'est-à-dire un moyen de persuasion, est assurément un des deux piliers de l'évaluation, l'autre étant l'analyse causale et la mesure. Ainsi, nous croyons qu'en utilisant cette définition de la preuve, dont les fondements remontent à l'époque d'Aristote (Perret, 1996), nous serons en mesure d'élaborer des prémices pour améliorer l'efficacité de nos interventions. Deux raisons particulières nous laissent croire à cette possibilité. D'un côté, ce type de définition nous paraît adéquat au domaine (au paradigme ?) de la promotion de la santé, et de l'autre, il s'éloigne de beaucoup de l'origine biomédicale du terme « données probantes », largement accaparé/récupéré par les acteurs de santé publique (contrairement à ceux de la promotion de la santé qui cherchent d'autres voies, voir plus bas). Aussi, nous aimerions émettre l'hypothèse selon laquelle c'est l'aspect sémantique entourant le terme de « données probantes » - certains parlent maintenant de « résultats probants » - qui pose un problème particulier aux intervenants de promotion de la santé puisqu'il attire l'attention des décideurs alors qu'il n'aurait rien à voir avec ce champ particulier des connaissances qu'est la promotion de la santé. David McQueen (2001) n'osait-il pas dire que la promotion de la santé n'est fondée sur aucune épistémologie disciplinaire particulière et qu 'il serait ainsi illusoire de développer des « evidence ru/es » pour ce type d'intervention ?

Permettre aux experts en promotion de la santé d'accumuler, non plus des données probantes issues d'un paradigme épistémologique positiviste mais des arguments socialement construits serait certainement l'occasion de « libérer » les praticiens de ce carcan paradigmatique et leur

donnerait la possibilité de prétendre que leurs interventions sont efficaces, dans un contexte donné. Pour le dire autrement, nous croyons que l'emploi d'un autre terme que celui de données probantes faciliterait grandement les efforts de construction d'interventions efficaces, dont la « traçabilité », pour reprendre les mots de Perret, des actions menant aux résultats efficaces est rendue explicite par les évaluations. Contrairement à Green et Glasgow (2006), nous ne croyons absolument pas utile de tenter d'adapter les pratiques et le vocabulaire de la promotion de la santé à ceux de la biomédecine. Les critères de scientificité doivent être propres au champ de la promotion de la santé, tout comme ceux employés différemment pour les recherches usant de données qualitatives ou quantitatives (Laperrière, 1997). Les méthodes expérimentales et leur discours de validité externe ont le mérite d'exister, mais cela ne doit pas obnubiler et cristalliser les praticiens de la promotion de la santé qui, lors de leurs évaluations de programmes, peuvent substituer à la validité interne la notion de crédibilité, à la validité externe le caractère transférable des conclusions ou encore à l'attribution l'analyse de la contribution (Guba and Lincoln, 1987; Bamberger, Rugh et al., 2004). Ce dernier point est important dans le domaine de la santé car, face au discours, certes encore nouveau dans certains pays, des déterminants de la santé, on pourrait opposer, comme des anthropologues viennent de le proposer (Lock, Nguyen et al., 2005), l'idée de contributeurs (plutôt que déterminants) de la santé, s'éloignant ainsi d'un certain déterminisme social.

En corollaire à cette réflexion sur la notion de preuves, il s'agit maintenant de s'interroger sur le terme d'efficacité. En règle générale, l'efficacité est définie comme étant la capacité d'un programme à produire des effets correspondant aux objectifs que les planificateurs ont préalablement définis, nous dit-on dans l'Encyclopédie de l'évaluation (Mathison, 2004). Cette vision mécanique de l'efficacité, et son lot d'indicateurs de performance et de cible à atteindre, sont véhiculés par les défenseurs de la nouvelle gestion publique et traduite dans les différentes récentes loi de l'administration publique, tant au Canada dès 2001 qu'en France en 2004 (Trosa, 2003; Martin and Jobin, 2004). Mais dans le même mouvement où nous avons tenté de contredire l'existence d'un cycle de projet avec des phases successives, il nous fait dire, à la suite d'Edgard Morin (2005), que l'action, dès qu'elle est mise en branle, échappe à nos intentions : « dès qu'un individu entreprend une action, quelle qu'elle soit, celle-ci commence à échapper à ses intentions » (p.107). On cherche à véhiculer l'idée que les programmes sont triviaux, ce qui, dans les mots de Morin, signifie que « si vous connaissez tous les inputs, vous connaissez tous les outputs ; vous pouvez en prédire le comportement dès que vous savez tout ce qui entre dans la machine » (p.109). Input et output (intrants et extrants) sont des mots du vocabulaire des évaluateurs et des planificateurs maîtrisant les cadres logiques et autres modèles de gestion axée sur les résultats (GAR), la fameuse GAR de la performance (Leclerc, 2001; Martin and Jobin, 2004).

Mais l'efficacité d'une intervention ne devrait-elle pas plutôt s'analyser au regard de sa capacité à s'adapter, à prendre en compte le contexte et l'environnement ? L'action et la connaissance vont évidemment de pair, elles sont indissociables disaient hier Piaget et aujourd'hui Le Moigne (Saillant, 2004). Le recours à la philosophie peut très certainement nous aider à mieux

comprendre cette problématique, et la conférence sur l'efficacité prononcée par François Jullien (2005) est d'un grand secours. Sans entrer dans les détails des arguments de Jullien, ce dernier montre brillamment que la notion même d'efficacité est culturellement et socialement construite. Allant voir du côté de la Chine afin de « remettre à distance la pensée dont nous venons » (p.14), l'auteur distingue deux manières de concevoir l'efficacité (figure 6).

Figure 6 : deux manières de concevoir l'efficacité

Pour être efficace, il faut …	
Pensée classique européenne	*Pensée classique chinoise*
…Modéliser • Construction d'une forme modèle, idéal • Faire un plan, poser un but • Moyen-Fin • Héroïsme de l'action	…Surfer • S'appuyer sur les facteurs porteurs • Tirer parti des circonstances • Potentiel de situation • Transformer

D'un côté, la pensée classique européenne, d'héritage grec, conçoit l'efficacité comme étant la capacité à modéliser, à créer une forme idéale, un plan disposant d'un but que l'on va tenter d'atteindre par l'héroïsme de l'action selon une relation moyen-fin. Une forme idéale est ainsi projetée dans la réalité[25]. Pour les lecteurs habitués des approches et des concepts en évaluation de programme, ils feront immédiatement le lien avec les propositions des tenants de la theory-driven evaluation (Chen, 2005), des modèles logiques et de la gestion axée sur les résultats (Gasper, 1999; Porteous, Sheldrick et al., 2002). L'idéologie de la performance (Heilbrunn, 2005) est sous-jacente à cette vision du monde et de la planification. D'un autre côté, la pensée classique chinoise semble affirmer que l'efficacité d'une action résulte dans la capacité de ses responsables à surfer, à profiter des circonstances en s'appuyant sur des facteurs porteurs. « Le stratège est ainsi invité à partir de la situation, non pas une situation telle que préalablement je la modéliserais, mais bien de cette situation-ci dans laquelle je suis engagé et au creux de laquelle je tente de repérer où se trouve le potentiel et comment l'exploiter » (p.30), dit Jullien (2005). Tous les gestionnaires ont lu le fameux classique de Sunzi « Art de la guerre » dont le premier chapitre traite de l'évaluation (ou plutôt dirait les anglosaxons du champ de l'évaluation « evaluability assesment » (Weiss, 1998)). Et bien Jullien relit cet ouvrage pour montrer que la victoire, l'efficacité, est comprise comme étant la résultante du potentiel de situation et non, comme l'application d'un plan correspondant à un modèle planifié pour atteindre à tout prix un objectif. « Vous ratez l'effet, parce que vous l'avez forcé » alors qu'il faudrait « laisser faire (le processus) sans pour autant le délaisser » (p.45). Ainsi, il s'agit de

[25] Jullien (2005) nuance un peu ses propos dichotomiques, que nous conservons sous cette forme idéale-typique pour rendre intelligibles nos propos, en relevant les propositions d'Aristote sur la notion de prudence (phronésis) comme médiation entre le plan et la mise en œuvre, ou encore notion de mètis présente dans le grec ancien et traduisant la capacité à tirer parti des circonstances.

transformer (de manière indirecte) plutôt qu'agir obligatoirement (de manière directe). Les connaisseurs des courants de l'évaluation auront certainement fait le lien avec l'approche réaliste et notamment l'équation pawsonienne où M + C = E, c'est- à-dire que l'évaluation de l'efficacité doit être capable de repérer quel mécanisme (M) fonctionne dans quel contexte (C) pour produire quel effet (E) particulier (Pawson and Tilley, 1997). Si cette approche réaliste de l'évaluation est encore théorique et aporétique, certaines tentatives ont actuellement cours dans le domaine de la promotion de la santé pour l'appliquer et proposer des cadres d'analyses de l'efficacité des interventions qui puissent être en mesure de contourner l'impasse des données probantes et de la pensée classique européenne (Hills and Carroll, 2004; Hills, Carroll et al., 2004). Nous avons notamment réalisé deux travaux à cet égard (Ridde and Guichard, 2008; Guichard and Ridde, 2009). Nous n'entrerons pas ici dans les détails des propositions théoriques et des considérations pratiques en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité en promotion de la santé, largement débattus dans d'autres publications (Carvalho, Bodstein et al., 2004; Hills, Carroll et al., 2004; Potvin, Gendron et al., 2006) et étudiés dans le cadre de projets de l'Union Internationale de Promotion et d'Éducation pour la Santé (IUHPE, 1999) et du Consortium Canadien de Recherche en Promotion de la Santé (Hills, O'Neill et al., 2004). Ces détails d'ordre pratique et épistémologiques sont abordés dans le chapitre suivant.

Les propositions contenues dans cette section impliquent donc que l'on conçoivent les processus de promotion de la santé comme étant composés de quatre sous-processus (planification, mise en œuvre, évaluation, pérennisation) concomitants et interdépendants dont il faut évaluer l'efficacité au regard de leur capacité à tirer profit des circonstances (pour réduire les inégalités sociales de santé) plutôt qu'à l'atteinte obligatoire d'objectifs fixés initialement.

5 LES DEFIS PRATIQUES ET EPISTEMOLOGIQUES DE LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE[26]

Après une longue période d'oubli, la problématique des inégalités sociales de santé figurent aujourd'hui comme un axe de réflexion incontournable des conférences internationales sur la

[26] Ce chapitre est une adaptation d'un texte écrit avec Anne Guichard (Ridde and Guichard, 2008). Nous tenons à remercier chaleureusement Pierre Aïach pour ses commentaires fort utiles d'une version préliminaire de ce texte.

santé des populations (Ridde, Guichard et al., 2007). S'il faut bien entendu se réjouir de la démultiplication des échanges sur ces questions, a priori favorables à l'émergence de nouvelles mesures pour infléchir la permanence des inégalités de santé, la « vacuité » des propos tenus, dès que l'on s'avance sur le délicat terrain des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé, ne saurait échapper à celles et ceux qui suivent l'actualité scientifique sur ce sujet. Les participants de la 19ème conférence mondiale d'éducation et de promotion de la santé viennent d'en faire le constat en juin 2007 à Vancouver. En effet, si tout le monde s'entendait sur l'urgence qu'il y avait à agir, il a bien fallu, de nouveau, faire l'amer constat des modestes connaissances acquises autour des stratégies et des actions efficaces pour lutter contre ces inégalités. Le ton ne se veut pas celui du reproche, car la difficulté d'intervenir est proportionnelle à la complexité des mécanismes qui façonnent les inégalités devant la maladie et la mort. Aussi, c'est de cette pénurie de connaissances en matière d'interventions que nous traitons dans le présent chapitre en déclinant notre proposition explicative en trois points. Dans une première partie nous discutons de la difficulté de choisir le public cible des interventions (l'aporie). La deuxième partie est centrée sur les enjeux paradigmatiques soulevés par l'évaluation de telles interventions (épistémologie). En dernier lieu, nous ferons une synthèse, non exhaustive, des connaissances acquises sur la manière dont il faudrait agir (défis).

5.1 L'aporie : la cible des interventions

5.1.1 De la conceptualisation des différences à la perception du besoin de les résorber

Il faut d'abord rappeler que la manière dont on se représente les différences de santé a des répercussions sur la formulation des interventions. Il ne s'agira évidemment pas dans ce chapitre de discuter en profondeur des enjeux liés à la définition des inégalités sociales de santé (Braveman, 2006), mais il va sans dire que la façon dont on appréhende et dont on construit socialement les causes des inégalités de santé va influencer, non seulement, la décision d'agir mais aussi les modalités d'action.

Pour que l'on décide d'agir afin de réduire les inégalités sociales de santé, il est d'abord indispensable que cette situation soit perçue par la majorité de la population, et, à tout le moins, par ceux qui formulent les politiques et les programmes, comme un problème public. Les politologues ont mis au jour ce processus depuis longtemps (Rochefort and Cobb, 1994) et nous avons suggéré que neuf éléments permettaient de rendre intelligible cette transition cognitive déterminant un acte (Ridde, 2006).

Tableau 5 : Les neuf composantes d'un problème public

Pour qu'une situation devienne un problème public il faut …	
1	…qu'elle soit reconnue comme importante
2	…que l'on en reconnaisse les causes
3	…que l'on précise les conséquences
4	…que l'on connaisse les populations concernées
5	…qu'elle soit nouvelle
6	…que l'on en soit proche
7	…qu'il y ait des événements, des crises ou des symboles à son propos
8	…qu'il y ait des rétroactions à son sujet
9	…qu'elle soit en phase avec les valeurs de la société

Or en France, malgré certains travaux précurseurs (Aïach, Carr-Hill et al., 1987), les inégalités sociales de santé sont demeurées quasi absentes du débat public (Drulhe, 2000; De Koninck and Fassin, 2004), les décideurs se focalisant bien souvent sur la seule problématique des inégalités d'accès au système de santé (Pascal, Abbey-Huguenin et al., 2006). Si l'on reprend les étapes du continuum d'actions liées à la réduction des inégalités sociales de santé (Whitehead, 1998), la France figure parmi les pays où il est possible d'identifier certaines mesures pouvant contribuer à réduire les inégalités sociales de santé, mais qui ne sont pas intégrées dans un plan d'ensemble. En effet, s'il existe bel et bien en France des politiques de lutte contre la pauvreté ou les inégalités économiques, aucune n'est envisagée comme un levier au regard de la problématique des inégalités de santé (Mackenbach and Bakker, 2002; Ridde, 2004; Couffinhal, Dourgnon et al., 2005). Nous en avons fait largement la démonstration dans les chapitres précédents.

Au Royaume-Uni, l'accroissement des inégalités, notamment pendant les années Thatcher, n'a pas été perçu comme un problème social qui appelait une attention particulière (Jones, Burstrom et al., 2006). Le gouvernement Tory des années 1990 n'était pas favorable à l'usage du terme « inequalities », trop socialement connoté, rendant ainsi difficile toute action gouvernementale. Le choix délibéré du Chief Medical Officer de le substituer par le mot « disparities », plus neutre dans ce contexte, a permis aux débats de reprendre (Kelleher, 2007). Ajoutons que si la prise de conscience d'un problème résulte bien d'une construction sociale, « on ne perçoit que ce que l'on sait résoudre » (Crozier and Friedberg, 1977, p.25). Les connaissances dont nous disposons concernant les stratégies d'action seront abordées plus loin dans ce chapitre.

Concernant maintenant les déterminants des inégalités, si, comme dans certaines sociétés, on les impute au destin ou au divin, ilva de soi que les acteurs sociaux ne s'efforceront pas

d'intervenir pour y remédier. Dans nombre de groupes sociaux, les inégalités sont consubstantielles à la vie en société. Or, le jugement que l'on porte sur les différences, les qualifiants de justes ou d'injustes, d'acceptables ou d'inacceptables, aura des conséquences sur la décision d'agir. Par exemple, le principe de l'égalité des chances largement ancré dans les esprits français rend difficile la définition d'interventions spécifiquement dédiées à des sous-groupes de la population, puisque la méritocratie est le principe encadrant cette perspective (Dubet, 2006). De surcroît, il semblerait que de plus en plus d'européens attribuent les situations de pauvreté à la paresse individuelle plutôt que puisant leurs sources dans des fonnes d'injustice sociale (Paugam, 2005). Dans le même ordre d 'idée, il subsisterait au Royaume-Uni une tendance à croire que les situations de pauvreté émanent de mœurs individuelles empreintes de formes de déviances morales (Jones, Burstrom et al., 2006). Evidement, si l'on pense que la pauvreté est plus le résultat de formes de paresse que d'injustices socialement construites, les pauvres méritent leur pauvreté car ils étaient au dépaii à « égalité de chance » avec les autres pour s'en sortir. On est ici dans la même logique de responsabilisation individuelle qui prévaut pour le fumeur responsable de son cancer de la gorge. Il s'agit bien là d'idéologie. Ces propos quelque peu exagérés dans un obje ctif heuristique montrent combien la perception des acteurs influence le passage à l'action ou explique l'inaction. Les normes sociales et les valeurs ne forment évidemment pas les seuls éléments déclencheurs de l'action visant à réduire les inégalités sociales de santé, mais elles y contribuent grandement (Sen, 2000), comme certains travaux menés en Angleterre, en Suède, au Burkina Faso, en France ou encore au Canada l'ont montré (Dubet, 2006 ; Jones, Burstrom et al., 2006; Ridde, 2006; Collins, Abelson et al., 2007).

Au Burkina Faso par exemple, nous avons montré (Ridde, 2006) que l'orientation générale constatée de la ju stice distributive paraît proche du modèle égalitaire, ce qui a été déjà constaté chez les Mossi (Fiske, 1990). Les acteurs concernés par la mise en œuvre des politiques de santé sont plus préoccup és par l'accès aux soins de tous que par celui des plus pauvres et des indigents. Si certains sous-groupes de la population attirent parfois l'attention, ce sont des sous-groupes relativement grands comme les pauvres ou les femmes. Contrairement, par exemple, à la présence d'une discontinuité des notions d'équité entre les intervenants et les populations bénéficiaires lors de l 'implantation d'un projet d'une ONG à Kinshasa (De Herdt, 2003), il existe dans le cas de la politique étudiée une certaine cohérence conceptuelle entre les groupes d'acteurs. L'égalité de l'accès aux soins pour tous prime sur l'équité d'accès pour certains. Pour le dire autrement et confirmant empiriquement certaines propositions théoriques (Flori and Tizio, 2000), on use de la même équation « efficacité ergo équité », comme d'autres l'ont montré ailleurs en Afrique (Gilson, 2000). De plus, les acteurs sociaux ne sont pas prêts à mettre la stabilité et la paix sociale sur l'échafaud afin d'intervenir en faveur des plus démunis. Dire cela revient à apporter une nouvelle piste d'explication à la préséance irénique de l'égalitarisme. En effet, puisque le système de valeurs en place paraît reposer sur la croyance que les individus sont inégaux par nature, il est bien délicat de vouloir contrer cet état de fait. Dans la société traditionnelle Haousa voisine « l'inégalité est constitutive de l'ordre social » (Raynault, 1990, p. 139). Cette stabilité sociale et la recherche du consensus permanent n'incitent pas les personnes concernées à agir spontanément en faveur de certains groupes, au détriment de quelques

autres. Cela est d'autant plus vrai que l'idéologie libérale qui prône l'égalité des chances et la méritocratie (Dubet, 2006) traverse les frontières et influence le courant des orientations des politiques du Burkina. Le terme spontané est important, car il ne nous semble pas avoir décelé une rigidité absolue en ce qui a trait aux inégalités liées au système de santé. Autrement dit, si trop peu d'actions ont été entreprises en faveur des indigents, c'est parce que, socialement, il est difficile d'aller à l'encontre du statu quo, tant le système de valeurs dominant n'est pas propice à de telles avancées. Effectivement, «pursuing equity requires swimming against the tide of prevailing forces » (Braveman, 2003, p.185). Malheureusement, aucune mesure incitative en faveur de l'équité n'a été, autrement que d'une manière discursive ou épistolaire, réellement prise au Burkina Faso en faveur notamment des plus pauvres. Pourtant, l'application d'incitations pour des interventions équitables au sein du système de santé ne heurterait pas dramatiquement les croyances locales. Les acteurs accordent de l'importance au processus égalitaire de la justice et ne visent pas de résultats égalitaires. On ne conçoit donc pas qu'il soit possible que la société s'efforce de faire en sorte que ses membres puissent être d'un niveau de santé équivalent. Il est, néanmoins, possible, nous dise la majeure partie des personnes participant à la recherche, de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Pour reprendre une distinction émise par Fassin et ses collègues (1996), nous pourrions proposer que le constat des inégalités sociales et de santé est de l'ordre des différences alors que celui concernant le système de santé est de l'ordre des inégalités. Rappelons-nous des récents débats aux États-Unis pour transformer le terme « inequalities » par celui de « disparities », le premier étant bien trop socialement et politiquement compromettant. Dans le second cas, le jugement posé est de nature objective et repose sur l'observation de faits particuliers (le proverbe burkinabè sur l'inégalité naturelle des cinq doigts de la main). Les différences sont perçues comme « naturelles » et provoquées par le destin ou la fatalité. En revanche, dans le premier cas, un jugement de valeur de nature subjective est posé. Autrement dit, les acteurs sont d'accord, et semble-t-il prêts à se mobiliser, pour améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités, mais ils n'ont pas encore intégré la faisabilité (d'envergure politique) des inégalités face aux conditions de vie ou de survenue de la maladie selon les sous- groupes de la population. Aussi, la manière dont le problème sera posé à l'égard des membres de la société -et les enjeux que cela met en cause - aura une incidence sur le type d'action à entreprendre. Il est par exemple courant de penser qu'il faut agir en priorité en direction des groupes de statuts socioéconomiques les plus faibles et présentant les moins bons indicateurs de santé. Une autre approche des inégalités de santé avance, quant à elle, des inégalités traversant l'ensemble du spectre social suivant un gradient de santé maintes fois illustré par les études épidémiologiques. En France, comme au Québec, si de timides réflexions ont eu lieu sur les inégalités sociales de santé, les mesures entreprises sont demeurées centrées sur la lutte contre la pauvreté au Québec, la lutte contre la précarité et l'exclusion en France. Une banque de données en santé publique (http ://www.bdsp.tm.fr) propose « 54 recherches prédéfinies sur des sujets d'actualité, réalisées par des professionnels de l'information ». Le thème des inégalités sociales de santé n'est pas indexé et ceux qui s'y intéressent devront l'étudier à travers le thème « Santé et précarité », ce qui est révélateur

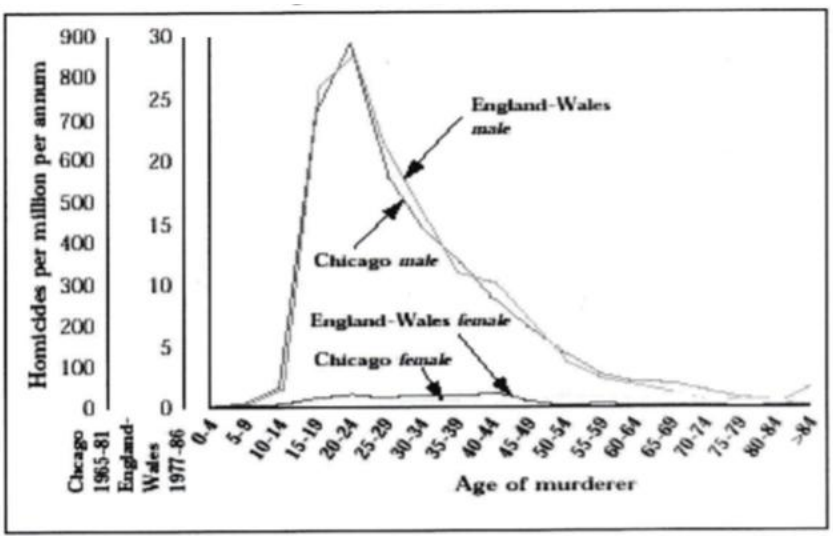
d'une approche du phénomène en France, amorcée dans un ouvrage collectif de chercheurs en santé publique (Joubert, Chauvin et al., 2001). Un autre ouvrage de référence sur les inégalités de santé paru au même moment, prenait une vision diamétralement opposée en s'éloignant de la seule précarité et en se rapprochant du gradient social (Leclerc, Fassin et al., 2000). Dans le même ordre d'idées, l'Institut National de Santé Publique du Québec vient de publier un bilan des travaux de recherche en santé publique entre 1999 et 2004 (Laurendeau et al. 2007). Or, la manière dont est organisée la banque de donnée du ministère de la Santé et des Services sociaux fait en sorte qu'il a été impossible aux rédacteurs de cette recension de repérer les recherches qui auraient pu porter sur les inégalités sociales de santé.

5.1.2 Le choix du public concerné par les interventions

La problématique du public concerné dont nous venons de parler n'est pas qu'une lubie conceptuelle et théorique, car elle a des implications pratiques non négligeables sur la cible des interventions. Doit-on mettre en œuvre les interventions en direction de l'ensemble de la population ou bien des seuls individus ? Doit-on adopter des politiques universelles ou catégorielles ? Ces questions sont relativement familières pour ceux qui définissent les programmes de santé publique et elles présentent un caractère décisif lorsqu'il s'agit d'intervenir pour résorber les écarts face à la vie et la mort.

Dans un article célèbre, Rose (1985) s'applique à faire la démonstration de la différence d'approche (individuelle vs collective) face aux facteurs de risque d'être malade. Pour commencer, il avance que si les risques individuels sont 31 Dans le langage (ou dans l'économie politique dirait Sen (1995)) de l'évaluation de programme ou des politiques publiques, le terme de cible (reach ou target) peut prêter à confusion, voire introduire une analogie soit « guerrière » soit passive. Ce n'est évidemment pas le sens que nous adoptons ici puisque nous l'employons comme un mot générique de multiples termes utilisés selon les contextes, comme participants, bénéficiaires, clients, usagers, etc. relativement bien repérés, notamment par les cliniciens, ceux affectant la population dans son ensemble est beaucoup moins, surtout parce qu'ils sont plus abstraits. La distinction que souhaite expliciter Rose est que les déterminants des taux d'incidence d'une maladie dans une population sont différents de ceux des cas individuels de cette même population. Pour illustrer cette proposition théorique, Evans (2002) a repris une figure de Cronin (figure 11). Ce graphique représente les taux d'homicide par âge et par sexe à Chicago et au Royaume-Uni. Ce qui frappe d'abord, c'est la disparité entre les hommes et les femmes, le taux d'homicide perpétré par les premiers grimpant au début de la vie puis chutant ensuite, le taux pour les femmes étant relativement stable. Ensuite, on remarque que la probabilité de commettre un meurtre varie systématiquement avec les caractéristiques individuelles. Mais il faut maintenant être attentif à l'échelle des ordonnées. La probabilité qu'un homme tue une personne est trente fois plus importante lorsqu'il vit à Chicago qu'au Royaume-Uni. L'effet produit par les caractéristiques individuelles est immanquablement influencé par des facteurs environnementaux et liés à la société locale.

Figure 11 : Taux d'homicide par âge et par sexe à Chicago et au Royaume-Uni



Source : Evans 2002

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

Dans son ouvrage du début des années 1990 Rose démontre l'importance, dans les activités de prévention, de cibler la population dans son ensemble plutôt que les groupes à risques élevés. Il nous dit que lorsqu'un facteur de risque est normalement distribué, réduire le niveau de ce dernier pour l'ensemble de la population apportera plus de changement dans l'état de santé de la population que si l'on dirige l'intervention uniquement sur les groupes dits à risques élevés. En agissant ainsi, Rose nous explique que cela permet, d'abord, de réduire le risque chez les personnes du groupe à risque. Ensuite, lorsque de nombreuses personnes réduisent leur niveau d'exposition au risque, y compris dans de faibles proportions, le bénéfice global pour la population sera plus grand que lorsque le groupe à risques élevés réduit son exposition, même d'une façon très importante. Enfin, en s'attaquant aux facteurs de risques des seuls groupes dit à

risques élevés, cela ne change en rien la distribution de la maladie dans la population générale puisque les causes fondamentales sont demeurées inchangées.

Marmot (2001) transpose les propositions de Rose aux inégalités sociales de santé. Pour lui, les déterminants des différences entre individus sont différents de ceux expliquant les écarts entre sous- groupes de la population. Pourtant, Arblaster et al (1996) affirment qu'il n'existe pas encore de données probantes à propos de l'intérêt ou non d'agir sur des groupes ou sur des individus pour réduire les inégalités de santé. Un rapport du Department of Health (2002) anglais ajoute de la confusion en expliquant qu'il est essentiel de prendre en compte la distribution de la population. En effet, il est montré dans ce rapport que le taux de mortalité, toutes causes confondues, est bien plus important pour la catégorie des travailleurs manuels (V), mais le nombre de mort est plus important dans la catégorie des travailleurs manuels qualifiés (IIIM). Ainsi, il est suggéré que les interventions ciblent non seulement les plus désavantagés, mais également, les travailleurs manuels qualifiés pour être en mesure de réduire les inégalités de santé. Cela nous ramène au débat récurrent dans ce domaine et évoqué en début de chapitre où, par exemple, Mooney (1999) critique la position rawlsienne qui ne prend en compte que les besoins spécifiques des plus désavantagés. Or, pour Mooney, l'équité en général, et l'équité verticale en particulier, imposent de trouver une juste solution à l'égard des inégalités, pas seulement pour les plus pauvres, mais pour tout le monde et à tous les niveaux.

Et pourtant, la majeure partie des interventions visant à réduire les inégalités de santé sont encore mobilisées pour agir sur des déterminants individuels et non sur des déterminants en amont (Whitehead, 1995; Gepkens and Gunning-Schepers , 1996). L'une des explications à cette « focalisation » de l'action sur l'individu est que les données probantes dont on dispose portent quasi- exclusivement sur des interventions menées en direction des personnes (downstream) et exceptionnellement sur celles agissant à un niveau plus macroscopique (upstream) (Macintyre, Chalmers et al., 2001). Même les responsables de l'analyse des stratégies d'interventions pour le compte du fameux projet Eurothine, faute de données au plan européen, ont été contraint à étudier les actions centrées uniquement sur les comportements individuels et l'utilisation des services de santé (Mackenbach et al. 2007). En outre, ces interventions auprès des individus ne nous permettent pas d'accroître nos connaissances quant à leur efficacité pour réduire les inégalités de santé, car elles ne fournissent que très rarement des données différenciées entre sous-groupes (sexe, groupes sociaux, etc.). Cela étant dit, ce n'est pas parce qu'il n'y pas suffisamment de preuves[27] pour les interventions plus globales qu'elles ne sont pas efficaces ; cela montre tout simplement, disent Macintyre et al (2001), que ces dernières ne sont pas assez bien évaluées. Voilà pourquoi les responsables anglais des « Heath Impact Assessment » affirment qu'il est nécessaire de rendre explicite cette aporie des interventions et qu'il faut

[27] Le manque de preuves peut aussi s'expliquer par la rareté de telles interventions qui mettent assurément en cause les structures sociales et politiques d'un pays

prendre en compte tant l'impact sur les plus désavantagés que sur l'ensemble de la population (Douglas and Scott-Samuel, 2001).

Les spécialistes des inégalités de santé insistent également sur la nécessité d'organiser, parallèlement à des interventions globales en faveur de la société dans son ensemble, des actions spécifiques destinées aux groupes les plus désavantagés (Mackenbach, Bakker et al., 2002). D'autres, cependant, sans nier l'importance des programmes ciblant les plus pauvres, affirment que les programmes universels sont plus efficaces pour réduire les inégalités (Navarro, 2004). Cette problématique est fort connue des experts en politiques publiques et notamment de ceux qui s'interrogent sur les méthodes de ciblages des politiques de lutte contre la pauvreté (Van de Walle, Nead et al., 1995; Hanson, Worrall et al., 2007). Les écueils des services ciblés sont bien connus, on sait qu'aux risques de stigmatisation des populations destinataires de ces services spécialisés viennent souvent s'ajouter des modalités d'intervention peu favorables au renforcement du pouvoir d'agir (empowerment) des individus cantonnés à adopter un rôle passif découlant de la logique même du ciblage. Un autre danger lié à ce type de service tient aux risques de dispenser des prestations de moins bonne qualité susceptibles de conduire à ce que « benefits meant exclusive/y for the poor often end up being poor benefits » (Sen, 1995, p.14). Le propos n'est pas ici d'en faire une recension mais simplement de relever quelques enjeux propres à nous interpeller sur la manière dont on va sélectionner, le cas échéant, les bénéficiaires d'un programme. On estime habituellement qu'il existe quatre méthodes de ciblage : individuel (l'indigent, le fumeur), un groupe de personnes (les enfants, les ouvriers), un type de service (la vaccination, le sevrage tabagique), l'auto-ciblage (les pauvres vont dans les hôpitaux publics, les riches dans le privé). Aucune de ces méthodes n'est évidemment préférable à l'autre, l'important étant que le choix soit cohérent avec les données de contexte et les objectifs du programme qui tente de cibler certains bénéficiaires plus que d'autres (Conning and Kevane, 2002). L'étude de 122 programmes sociaux usant du ciblage dans les pays du Sud montre que le processus de sélection n'est pas facile à mettre en œuvre (Coady, Grosh et al., 2004). Si les programmes fournissent (en médiane) environ 25% de ressources de plus aux personnes pauvres ciblées qu'aux autres, certaines interventions sont régressives, dans le sens où une allocation aléatoire des ressources aurait permis à plus de personnes pauvres d'en bénéficier. Dans un contexte prompt à définir des sous-groupes de population destinataires de mesures spécifiques, il est indispensable d'interroger l'efficience ou les coûts de ciblage de tels dispositifs, ces derniers étant toujours susceptibles de surpasser les bénéfices obtenus par un programme de type universel. Si de manière générale, ces méthodes de ciblage sont assez peu évaluées, c'est parce qu'il est parfois méthodologiquement difficile d'en juger l'efficacité. Il faut, en effet, pouvoir rendre compte de l'adéquation du choix des bénéficiaires et des non bénéficiaires de l'intervention ciblée. On distingue ainsi : (a) les bénéficiaires éligibles à l'intervention (vrais positifs); (b) les bénéficiaires non éligibles (faux positifs); (c) les non bénéficiaires éligibles, qui auraient donc dû en profiter (faux négatifs) et (d) les non bénéficiaires, non éligibles (vrais négatifs).

Tableau 6 : Critères d'évaluation du ciblage

	Éligible	Non éligible
Bénéficiaire (B+)	a	B
Non bénéficiaire (B-)	c	D

Il ressort que les programmes ciblant certaines catégories de personnes gagneraient à être évalués au regard d'indicateurs de couverture, de coulage, de coûts d'administration, de changement de comportements mais également de pérennité, de faisabilité politique ou encore d'acceptabilité sociale. Nous n'irons pas plus loin dans cette discussion, le lecteur trouvera dans des ouvrages spécialisés les informations méthodologiques nécessaires à l'établissement d'une évaluation rigoureuse (Van de Walle, Nead et al., 1995). L'objet de notre chapitre se limite à montrer combien ces questions de méthodes peuvent influencer la détermination de programmes visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Choisir le public cible d'une politique ou décider de la rendre accessible à l'ensemble de la population aura aussi des conséquences sociales. Il s'agit là de la problématique classique de la construction sociale des groupes cibles des politiques publiques (Ingram, Schneider et al., 2007), autrement dit de l'économie politique du ciblage (Sen, 1995). Ces travaux nous apprennent que les effets des politiques ne sont pas que d'ordre instrumental mais qu'ils recouvrent une dimension symbolique qui façonne les représentations sociales. La manière dont les décideurs formulent les politiques et déterminent leurs bénéficiaires participe à la construction sociale (positive ou négative) de ces derniers. Dans le même ordre d'idée, la façon dont les bénéfices ou les contraintes associés à ces politiques se répartissent entre les sous-groupes de la population contribuera à faire émerger une nouvelle réalité sociale. Les groupes sociaux qui reçoivent des messages clairement positifs de l'État ainsi que des ressources publiques ont une tendance à être plus engagés socialement et politiquement. La manière dont les personnes vivent leur situation de pauvreté différemment au Royaume-Uni (considérés comme individuellement responsables) et en Suède (la société est tenue pour responsable) en est une belle illustration (Jones, Burstrom et al., 2006). Au Burkina Faso, on a montré que le fait que les indigents, dans l'impossibilité de supporter les frais des soins de santé, n'aient jamais été inclus dans la catégorie administrative des « groupes vulnérables », telle que définie par les politiques publiques, a contribué à les exclure du système de santé (Ridde, 2007). Au sein d'un groupe social de ce même pays (les Mossi), nous avons aussi montré que l'on valorise la totalité sociale et on néglige les individus, ce que Louis Dumont (1985) avait défini conceptuellement comme étant l'holisme, principe qui sous-tend que les membres d'une même communauté entretiennent des relations respectueuses, se conforment à l'organisation sociale et vivent en harmonie. Dans ce type d'organisation sociale, il n'est pas envisageable de priver les plus fortunés des bénéfices d'un programme sous prétexte que seuls les plus pauvres nécessiteraient d'en bénéficier. Ajoutons à l'aporie que, selon le fameux « paradoxe du ciblage », plus les programmes s'adressent à un public très circonscrit, moins ils bénéficient de soutien politique et plus leur pérennité est compromise (Hanson, Worrall et al., 2007). De fait, les politiques de ciblage tendent à favoriser la segmentation de la population plutôt que sa cohésion.

Puisque les inégalités sociales de santé concernent toute la population, selon le fameux gradient social de santé, nous pourrions formuler l'hypothèse que les programmes visant à les réduire devraient avoir plus de soutien que ceux habituellement mis en œuvre et qui visent essentiellement la précarité ou la pauvreté ?

5.2 L'épistémologie : évaluer les interventions

La difficulté de disposer de connaissances concernant la manière de formuler les interventions et de définir leur cible en vue de réduire les inégalités sociales de santé nous semble devoir être étudiée à l'aune des aspects épistémologiques des méthodes d'évaluation. Au Royaume-Uni par exemple, le groupe d'évaluation des propositions de projets visant la réduction des inégalités, à la suite de la commission Acheson, s'était montré quelque peu déconcerté par la quasi-absence de fondements empiriques des actions proposées (Macintyre, Chalmers et al., 2001). Plusieurs raisons peuvent expliquer cette absence significative de données probantes : i) les données ne sont pas différenciées par catégories, ii) les moyens sont plus focalisés sur la recherche et la définition des problèmes que sur la résolution de ces derniers, iii) le niveau d'attente (le gold standard des études randomisées) des résultats d'évaluation des interventions favorise le statut quo évaluatif, iv) le suivi (monitoring) n'est pas organisé; v) le rapport d'évaluation d'interventions efficaces dans les bases de données classiques est absent (Macintyre, 2003; Mackenbach, 2003).

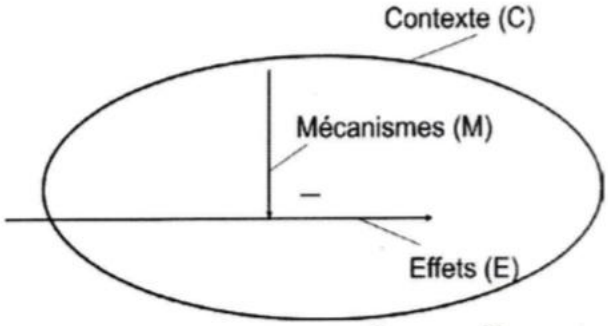
Au-delà de la rareté des processus évaluatifs rigoureux, et si la production des connaissances issues de l'évaluation des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé se heurtait à mur épistémologique ? Certes, certains suggèrent, pour éviter cette impasse, d'évaluer le processus au lieu des effets, d'utiliser un devis quasi- expérimental au lieu d'expérimental (Mackenbach, 2003). Mais en tout état de cause, le peu d'avancées réalisées dans ce domaine incite à s'interroger sur les fondements épistémologiques d'un champ de recherche évaluative largement dominé par les épidémiologistes (mêmes sociaux). En effet, en 1997, des experts hollandais (Mackenbach and Gunning-Schepers, 1997) publiaient un article consacré à l'évaluation des interventions visant la réduction des inégalités où les devis expérimentaux avaient une grande place dans leurs propositions. Il s'agissait là d'exposer les recommandations du groupe d'experts hollandais visant à soutenir le programme national de lutte contre les inégalités dans son processus d'évaluation des interventions mises en œuvre. Dans ce papier, les devis de recherche et d'évaluation recommandés se situaient dans un paradigme positiviste explicite faisant appel à des méthodes expérimentales auprès d'individus (randomised controlled trial) ou de groupes (community intervention trial). Les auteurs précisaient malgré tout que le recours à ce type de devis dans le champ des inégalités sociales de santé pouvait se révéler particulièrement complexe à mettre en œuvre, et coûteux considérant que pour porter un jugement sur l'efficacité des interventions, un protocole complet devrait au minimum intégrer l'observation de huit paramètres : deux groupes socioéconomiques (riches et pauvres), deux moments dans le temps (avant et après l'intervention), deux populations (avec et sans intervention).

Ainsi, il est possible de dire que l'évaluation des actions visant à réduire les inégalités de santé est relativement délicate à mettre en œuvre. Cela explique certainement les récentes propositions en faveur d'évaluations moins positivistes et fondées sur la « théorie » (i.e. la logique) de programme (Judge and Mackenzie, 2002; Whitehead, 2007), ce qui correspond à une des approches classiques dans le domaine de l'évaluation (Chen, 2005). En effet, un consensus semble s'établir dans la communauté scientifique autour de l'idée reprise par Whitehead (2007) et selon laquelle « the search for effective actions to tackle social inequalities in health highlights more than anything the need for a new kind of evidence synthesis » (p.477). Mais dans un contexte où nous savons pertinemment que les déterminants des inégalités de santé sont aussi nombreux que doivent être complexes les programmes à mettre en œuvre, l'attente de données probantes issues d'études randomisées apparaît quelque peu utopique, voire idéologique. La plupart des interventions se déroulent dans des situations où les approches évaluatives classiques (et positivistes) de l'efficacité (études expérimentales ou quasi) sont impossibles à organiser. L'approche réaliste de l'évaluation de l'efficacité mérite donc une attention particulière (Pawson and Tilley, 1997) mais il faut user du principe éthique de précaution pour d'abord en vérifier la pertinence réelle dans le contexte des interventions, en France ou ailleurs. Cela est d'autant plus vrai, comme nous l'avons suggéré, que la santé publique n'est pas le véhicule le plus adéquat pour agir en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé, contrairement aux interventions se référant aux démarches de promotion de la santé (Ridde, 2007). Trente ans d'interventions de santé publique ont montré les limites de cette approche alors que la promotion de la santé, au sens de la Charte d'Ottawa de 1986, dispose assurément des atouts épistolaires et conceptuels pour y parvenir. La promotion de la santé n'est plus en quête de sens depuis Ottawa mais est plutôt à la recherche de reconnaissance par la démonstration de son efficacité. De célèbres projets de santé publique (e.g. North Karelia Project) ont organisé des devis expérimentaux censés faciliter l'évaluation de leur efficacité. Mais le champ de la promotion de la santé s'est vite trouvé face au mur des données probantes. Incontestablement, c'est une évolution marquante de la dernière décennie (O'Neill, 2003) où les acteurs sont confrontés à deux questions lancinantes : quelle est la nature des preuves et comment évaluer les interventions en promotion de la santé pour en rendre compte ? Ainsi, tout un champ de recherche s'est développé dès la fin des années 1990 pour réfléchir à ces questions de nature épistémologique et méthodologique. Une série de travaux ont été produits par l'Union International de Promotion et d'Éducation à la Santé (IUHPE, 1999), des ouvrages de référence sur l'évaluation et l'efficacité en promotion de la santé ont été produits (Rootman, Goodstadt et al., 2001; McQueen and Jones, 2007), des colloques ont été organisés, notamment en France (IUHPE, 2004) et des cadres d'analyses ont été proposés (Nutbeam, 1999; Cloetta, Spencer et al., 2005).

Mais si cette évolution est importante, elle bute toujours sur une impasse paradigmatique : comment évaluer des interventions de promotion de la santé qui, par nature, sont globales et contextuelles, et pour lesquelles il n'y aurait aucun sens à s'efforcer de contrôler tous les

paramètres susceptibles de produire des effets comme la situation de laboratoire le permet ? Ainsi, s'appuyant sur un développement théorique issu du champ de l'évaluation de programme (Pawson and Tilley, 1997) - ces auteurs se référant explicitement aux approches évaluatives « theory-driven » qui accordent une place prépondérante à la logique des programmes[28]- les experts de l'évaluation en promotion de la santé se sont rendu compte de l'incapacité structurelle d'importer les méthodes des sciences positivistes pour faire la démonstration de l'efficacité des actions (Hills, Carroll et al., 2004; Ridde, Delormier et al., 2007). Cette approche évaluative avance que, pour rendre compte de l'efficacité d'une intervention, il faut être en mesure de relever les mécanismes causaux qui, dans un environnement donné, produisent des effets spécifiques. L'analyse de l'efficacité des interventions doit donc tenter de démontrer l'équation suivante : M + C = E; ce qui correspond dans le vocabulaire des auteurs à une configuration particulière.

Figure 12 : Les éléments de l'approche réaliste en évaluation



Source: (Pawson and Tilley, 1997)

La comparaison de l'efficacité entre deux interventions dans deux contextes différents devrait donc se faire en grande partie par la compréhension de la mobilisation de ces mécanismes. Il s'agit de mettre au jour ce qui fonctionne, pour qui, dans quelles conditions et pour produire quels effets. Fondamentalement, c'est une évaluation des processus qui emprunte une démarche se réclamant du post-positivisme « where it steers a path between empiricist and constructivist acount of scientific explanation » (Pawson, 2006, p.17) et qui repose sur l'idée que l'organisation sociale est l'aboutissement de forces et de composantes infinies. La complexité inhérente aux programmes sociaux est ainsi reconnue et prise en compte.

Ainsi, face aux défis méthodologiques pour évaluer des actions visant la réduction des inégalités sociales de santé et encouragés par l'avancée théorique inspirée de l'approche de l'évaluation

[28] Mais Pawson (2006) ajoute que le succès des interventions s'explique moins par la théorie du programme que par un effet cumulatif d'une succession de plusieurs théories. Le terme de théorie est à prendre au sens trivial (ni théorie à portée restreinte, ni théorie à grande échelle) car dans le domaine de l'évaluation de programme, ce mot est souvent galvaudé. Il correspond en fait à la description des composantes d'un programme et de leurs liens logiques permettant de produire des effets, le terme a préféré serait « la logique d'intervention ».

réaliste, nous avons démontré dans une étude exploratoire, fin 2007, en France (Guichard and Ridde 2007). Cette étude prendra en compte les travaux antérieurs effectués par le Consortium Canadien de la Recherche en Promotion de la Santé ainsi que ceux du projet et européen « Closing the gap » - que nous évoquons plus en détail plus bas -dont un des objectifs visait à référencer, au sein d'une base de données, les pratiques les plus prometteuses pour réduire les inégalités sociales de santé.

Il reste évidemment encore beaucoup de chemin conceptuel et empirique à parcourir pour vérifier que cette approche évaluative est capable de lever une partie de ces difficultés épistémologiques. Mais il nous semble que l'on n'a guère le choix que de tenter l'expérience si l'on veut pouvoir tirer des leçons des interventions et, ainsi, favoriser les prises de décisions en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé.

5.3 Le défi de la mise en œuvre des actions

Dans cette troisième partie, il est moins question de présenter une recension exhaustive des écrits concernant les interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé, que de se fonder sur des synthèses déjà réalisées pour porter à la connaissance des lecteurs les leçons apprises et les recommandations formulées. Il est évidemment impossible d'exposer 1c1 l'ensemble des évaluations d'une intervention unique, d'autant que le caractère transférable de leurs conclusions reste problématique.

Pour introduire cette section, il convient de rappeler la manière dont Graham (2004) distingue, selon le public cible, les trois types de réponses politiques généralement mises en oeuvre : a) améliorer la santé des groupes défavorisés par des programmes ciblés; b) réduire les écarts de santé entre les groupes les plus nantis et ceux les plus défavorisés; c) prendre en compte l'ensemble du gradient de santé, c'est-à-dire s'intéresser aux liens entre la position socioéconomique et la santé à travers l'ensemble de la population.

Si chacune de ces actions montre une forte préoccupation pour les publics qui payent le plus lourd tribut aux inégalités de santé, elles diffèrent quant aux valeurs qui les sous-tendent et à leur impact sur la santé des populations. Au sein même d'une approche, plusieurs valeurs peuvent se confronter. Par exemple, décider de centrer les politiques sur les plus défavorisés peut être fondé sur le principe de la différence et la théorie du « maximin » de Rawls (donner le plus à ceux qui en ont le moins), tout comme cela peut être justifié par un désir de charité (chrétienne), ce qui ne veut évidemment pas dire la même chose.

Comme le souligne Graham (2004), il n'existe pas de stratégie d'intervention meilleure qu'une autre; les stratégies ne devraient pas être considérées de façon concurrentielle. En fait, plusieurs points d'entrée sont possibles pour tenter de réduire les inégalités sociales devant la mort et la maladie, même si, ou parce qu'on ne dispose encore que de données très s01mnaires quant à l'efficacité des politiques et des actions mises en place à cet effet. Par ailleurs, ces données peinent à intégrer le cercle des décideurs publics (Mackenbach and Bakker, 2002). Le

recours préférentiel à l 'une ou l'autre de ces approches ou encore, la combinaison des trois, est étroitement lié aux contextes nationaux et locaux ainsi qu'aux besoins des populations. Ces stratégies impliquent, comme nous l'avons vu plus haut, des modes et des difficultés d'évaluation distincts et non négligeables. Mais quelle que soit l'approche retenue, il importe de travailler en priorité sur la distribution des déte1minants sociaux de la santé, de façon à faire en sorte que tous les individus de toutes les couches sociales puissent disposer d'une réelle égalité équitable des chances pour atteindre leur niveau de santé optimal (potentiel) (Ridde, Guichard et al., 2007). Cela étant dit, « levels of health experienced by those who are most socially advantaged can suggest what is possib le for everyone » (Braveman, 2003, p.185). Pour un meilleur impact, les modes d'intervention intégrés (comprehensive package) dans une stratégie d'actions intersectorielles et combinant les actions tant en "amont" (sur les causes) qu'en "aval" (sur les conséquences) des inégalités sont à privilégier en même temps que l'on vise des objectifs ciblés et réalistes et que l'on mise sur des résultats à long tenne (Judge, Platt et al., 2005). C'est aussi l'approche que vient d 'adapter la commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé dans son rapport intermédiaire de l'aut01m1e 2007. Mais il faudra attendre 2008 pour connaître les détails des interventions qu'elle préconisera.

Partant de ces grands axes d'organisation de la lutte contre les inégalités sociales de santé, l'OMS a produit un ouvrage synthétisant les principales stratégies d'actions européennes pour infléchir la tendance (Dahlgren and Whitehead, 2006). Si l 'évolution du contexte européen, les nouvelles connaissances liées aux détem1inants sociaux de la santé et le renouveau des débats autour des enjeux de l'évaluation des politiques et des interventions justifiaient une nouvelle version de l'ouvrage de 1992, force est de constater le peu de progrès accomplis en pratique. Les recommandations fonnulées dans cet ouvrage (et plus généralement dans les écrits scientifiques) demeurent très généralistes et rarement étayées par des exemples concrets d'interventions s'appuyant sur des mesures d'impacts (figure 13).

Figure 13 : Principales expériences et stratégies d'intervention politiques recommandées

*au niveau macroscopique, les principales options politiques sont :

- La croissance économique (considérée comme une ressource au service du développement humain, en particulier parmi les groupes désavantagés)
- La lutte contre les inégalités de revenus et de santé (santé considérée comme un déterminant de la croissance économique et un moyen de sortir de la pauvreté)
- La lutte contre la pauvreté et l'exclusion (à l'origine d'un état de santé altéré)
- La politique de logement

*une action intersectorielle indispensable dans les domaines :

- De l'éducation (ex : soutien scolaire, développement des compétences psychosociales, etc.)
- De l'environnement professionnel (ex : mesures législatives et promotion de la santé en milieu professionnel)
- Du chômage (ex : politiques de l'emploi et de sécurisation du plein emploi)
- Des services de santé (ex : mesures favorisant l'accès et la qualité des services, politiques de taxation et financement public)

*des mesures de développement social et communautaire

- Développement des communautés situées dans des zones défavorisées (renforcer les services de soin/santé primaires, développer les services sociaux)
- Développement des liens et de la mobilisation des communautés (développer les infrastructures communautaires favorisant les sociabilités, initiatives mettant en œuvre les principes d'une démocratie participative)

*promouvoir des modes de vie plus « équitables »

- Faire en sorte que l'adoption de certains comportements résulte de choix individuels et non déterminés structurellement

*prioriser et s'attaquer aux principales problématiques de santé (tabac, alcool, nutrition, activité physique et obésité)

*porter une attention particulière aux familles, aux mères et aux enfants

*fixer des objectifs quantifiables à atteindre

*mettre en place des dispositifs d'évaluation des interventions pour mesurer leur impact éventuel sur les inégalités sociales de santé

À ce point de développement du sujet, on ne surprendra guère le lecteur en disant qu'il existe encore très peu de données probantes concernant les actions efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé. Les travaux les plus récents ainsi que les commissions scientifiques internationales les plus en pointe sur la problématique de la lutte contre les inégalités sociales de santé et de la mise à jour de la nature des interventions les plus efficaces font ce même constat (Mackenbach and Stronks, 2004; Dahlgren and Whitehead, 2006; Kelly, Bonnefoy et al., 2006; ESRC, 2007). Et lorsque ces données existent, elles ont généralement été produites par les deux pays les plus avancés dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, le Royaume Uni et les Pays-Bas. Plus de dix ans après leur publication, et à notre connaissance, nous en sommes encore à citer en référence les deux seules revues internationales de la littérature produites pour analyser les résultats des interventions visant à réduire les inégalités de santé (Arblaster, Lambert et al., 1996; Gepkens and Gunning-Schepers, 1996). Si des synthèses plus récentes ont bien sûr été réalisées depuis, elles n'apportent pas réellement d'éléments nouveaux.

La première, celle de Gepkens et Gunning-Schepers (1996) a porté sur l'analyse de 98 articles scientifiques et 31 rapports produits jusqu'en juin 1993. Plus de la moitié des articles relatent

des expériences américaines, 20% anglaises et 20% hollandaises. Les rapports, quant à eux, proviennent des Pays-Bas (23) et du Royaume Uni (8). Soulignons que dans la plupart des publications, les résultats étaient mesurés en fonction de l'efficacité absolue et non pas relative. Autrement dit, les chercheurs s'intéressaient plus aux résultats pour les populations cibles des interventions et moins à la réduction des écarts entre les sous-groupes de la population générale. Les interventions classées comme efficaces par les auteurs de cette revue sont celles dont les résultats ont été positifs concernant l'état de santé et lorsqu'elles ont été au minimum aussi efficace pour les plus économiquement pauvres et pour les plus riches. Ce qu'il convient de retenir, c'est que la majeure partie des interventions s'adresse à des déterminants individuels (comportements) ou au système de santé (accès aux soins). Les auteurs ont classé l'efficacité des interventions en fonction de trois niveaux : efficace, inefficace, douteuse. Toutes proportions gardées, ce sont les actions agissant sur le système de santé (45%) qui se sont montrées le moins efficace, confirmant, par-là, le rôle secondaire du système de soins dans la problématique des inégalités sociales de santé. Les résultats comparés des actions d'éducation pour la santé confirment que l'action éducative restreintes à la seule délivrance d'information favorise les populations les plus nanties, mais qu'en revanche, les mesures combinant un accompagnement personnalisé (ex : visites à domicile) à de l'information produisent de meilleurs résultats pour les populations désavantagées (Whitehead, 1995). Les mesures structurelles qui se sont montrées les plus efficaces visaient l'amélioration de l'accès financier aux services de santé, mais il faut garder à l'esprit que ces mesures ont été mises en place aux États-Unis d'Amérique.

À la même époque, une autre analyse des écrits sur l'efficacité des interventions liées aux services de santé dans la réduction des inégalités de santé a été réalisée (Arblaster, Lambert et al., 1996). Ont été retenues dans cette revue les actions visant les groupes de statut socio-économique faible et celles dont l'objectif visait à réduire la morbidité entre les sous-groupes de la population présentant les indicateurs de santé les moins bons. Seules les évaluations utilisant un devis de type expérimental (ou quasi) ont été sélectionnées. Les résultats sont présentés par problématique de santé (accidents, cancers, maladies coronariennes, etc.). Pour qu'une intervention soit efficace, il importe, disent les auteurs :

- d'intervenir de manière intensive et dans la durée ; de fonder l'intervention sur une étude des besoins ;
- de s'assurer que la «population cible » adhère à
- l'intervention ;
- d'agir selon une approche multidisciplinaire ;
- d'agir simultanément sur différents niveaux (upstream / downstream);
- d'intervenir simultanément dans plusieurs milieux (setting); de recourir à des méthodes interactives et expérientielles (jeux de rôles, face à face, mises en situation);
- de rendre accessible culturellement l'intervention ;
- de former et de soutenir les intervenants (bénévoles, pairs, réseau local) ;
- de renforcer les compétences psychosociales des populations cibles.

D'autres caractéristiques essentielles des interventions permettant d'améliorer la santé des populations et notamment celles en direction des populations les plus défavorisées figurent dans la stratégie d'action interministérielle anglaise (Department of health, 2002). Malgré tout l'intérêt de ces informations tirées des protocoles scientifiques inspirés d'une épistémologie positiviste (« evidence based »), elles présentent une utilité limitée pour les acteurs de terrain soucieux de mettre en place des actions susceptibles d'infléchir la tendance. L'efficacité de ces interventions est déterminée à l'aide d'indicateurs de santé (ou des variables intermédiaires comme par exemple le tabagisme) mesurés selon des données avant-après, sans que le lecteur de ces études puisse disposer facilement des détails sur les processus, les contextes ou encore les modalités d'interventions mises en place. Il s'agit de tous les enjeux liés à l'évaluation de l'efficacité des interventions, dont nous avons parlé plus haut et ailleurs (Ridde, Delormier et al., 2007).

Dans ce contexte, l'initiative européenne du projet « Closing the gap : strategies for action to tackle health inequalities » visant à analyser puis à répertorier les bonnes pratiques pour lutter contre les inégalités de santé mérite qu'on s'y attarde pour terminer cette section. Ce projet initié en 2004 en collaboration avec les agences de santé publique et de promotion de la santé de 22 pays européens a permis de recenser près de 90 projets (voir http://www.health-inequalities.org). L'analyse des projets a été conduite au niveau national par les représentants institutionnels des pays à partir d'une liste de 11 critères de qualité (participation du public, accessibilité de l'action, approche par lieux, diagnostic des besoins, pouvoir d'agir, partenariats, évaluation, pérennisation, etc.). Ont été retenus les projets qui pouvaient justifier du caractère exemplaire de leur action sur certains de ces critères. L'accent est mis sur la qualité de la démarche (du processus) plutôt que sur la preuve de l'efficacité. Parmi les projets retenus, la très grande majorité ciblait les publics de faible statut socio-économique, en situation familiale qualifiée de « difficile » (ex : familles monoparentales) ou résidant dans des quartiers défavorisés. Il s'agissait principalement d'actions mettant en œuvre une démarche d'éducation pour la santé, ciblant les déterminants individuels (ex : comportements liés à la nutrition, le tabac, l'alcool...), le système de santé ou l'insertion sociale. Parmi les constats à faire, on retiendra le peu de projets répertoriés sur des déterminants de la santé plus macroscopiques comme les conditions environnementales, l'environnement physique au travail ou à l'école, le logement. Aucune action n'avait prévu la réalisation d'études économique (coût-efficacité). Si la méthodologie de ce projet européen est discutable à certains égards, elle a le mérite d'amorcer une démarche de mutualisation des connaissances et des expériences à travers l'Europe, directement utilisables par les promoteurs d'actions. Au-delà de la question récurrente du caractère transférable des pratiques, ce type de dispositif constitue un véritable outil d'aide à l'action susceptible de contribuer à améliorer la qualité des actions mises en place.

5.3.1 Conclusion

Au terme de ce chapitre et au regard de la complexité des déterminants et des processus de construction sociale des inégalités de santé, il importe de rappeler toute l'importance de mettre en œuvre des interventions agissant en amont sur les déterminants sociaux de la santé et de se

donner les moyens de faire la preuve que les mesures entreprises ont bien eu les effets escomptés. Des interventions complexes comme celles visant la réduction des inégalités sociales de santé ne peuvent assurément être évaluées par des méthodes classiques. Le recours à une approche transdisciplinaire et l'usage de méthodes mixtes sont à considérer sérieusement.

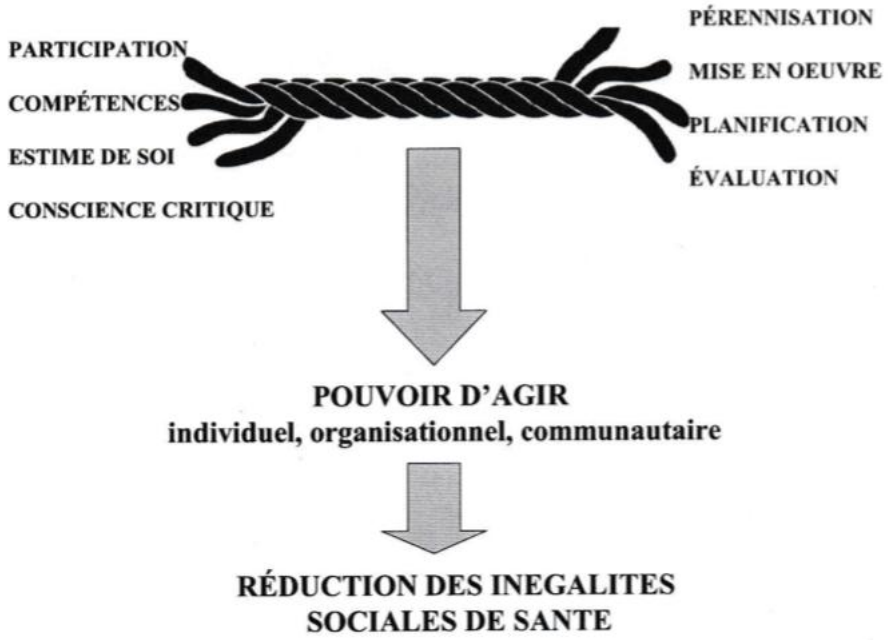
De nombreux travaux de recherche s'attachent encore à faire la démonstration de l'existence des inégalités. Nous croyons qu'il faut poursuivre dans cette voie, et mettre l'accent sur l'explicitation du processus social et politique de création, de perpétuation et d'accumulation de ces inégalités (Aïach, 2004). Cependant, il devient non seulement urgent, mais indispensable que les équipes de recherche se rapprochent de leurs collègues opérationnels afin de mettre en place des protocoles d'évaluation des effets et des processus des interventions au regard des inégalités sociales de santé. Il reste beaucoup à faire, notamment au plan méthodologique, pour rendre compte des conséquences (positives ou négatives, attendues ou non) des interventions sur des sous-groupes de la population ou sur la population en général. Mais il ne faudrait pas non plus tomber dans le piège du « gold standard » et des devis de recherche ne reposant que sur des solutions expérimentales. Des approches plus inductives, utilisant notamment des techniques d'observation et la stratégie méthodologique des études de cas, peuvent s'avérer utiles et efficaces dans cette perspective.

6 LE NOBLE SENTIER OCTUPLE DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Les propos que nous venons de tenir dans les précédents chapitres nous paraissent tous concourir dans le même sens et convoquer la nécessaire redéfinition des pratiques sanitaires et de leur évaluation selon une perspective paradigmatique réaliste. Nous devons nous organiser pour que les interventions de santé visent la réduction des inégalités sociales de santé par l'intermédiaire d'un processus d'empowerment qui s'appuient sur les cinq piliers de la promotion de la santé. Au-delà de la vérification objective de l'atteinte de la réduction des inégalités sociales de santé, la production d'autres effets proximaux doit être considérée par la mise en œuvre des actions de promotion de la santé (Nutbeam, 1998). L'efficacité de ces actions doit être étudiée au regard de leur capacité à s'adapter à l'environnement, à s'appuyer sur des circonstances changeantes et à tirer profit des événements en vue de réduire les inégalités sociales de santé. Enfin, il s'agit de prendre conscience que ces actions sont mises en œuvre selon un processus filaire composé de quatre éléments tous aussi importants les uns que les autres et devant suivre une démarche d'empowerment, elle aussi, composée de quatre éléments interdépendants. Aussi, en référence à la philosophie bouddhiste, nous oserions qualifier le processus de la promotion de la santé de noble sentier octuple qui mène à la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, dans le bouddhisme, le noble sentier octuple est la voie qui mène à la cessation de la souffrance, au Nirvana, ces huit éléments n'étant pas séquentiellement mais simultanément par le disciple. Cette double image des quatre éléments de la promotion de la santé peut finalement être représentée par la figure 14 qui comporte trois

niveaux temporels, qui doivent se lire du haut vers le bas, soit le processus, l'effet proximal et l'effet distal.

Figure 14 : tentative de représentation du processus et des effets de la promotion de la santé



7 REFERENCES :

Abenhaim , L. (2003). Canicules. La santé publique en question. Paris, Fayard.

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

Aïach, P. (2000). De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques. Les inégalités sociales de santé. A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski and T. Lang. Paris, Inserm
- La découverte: 83-92.

Aïach, P. (2000). "La prévention : voie privilégiée pour une santé plus juste ? une réflexion à mener." Alinéa 11: 6-18.

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

Aïach, P. (2000). Les inégalités sociales devant la mort dans la région Nord-Pas-de-Calais , Action AlO, PRS Cancers.

Aïach, P. (2004). "Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale." Santé, Société et solidarité 2: 39-49.

Aïach, P., R. Carr-Hill, et al. (1987). Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. Paris, INSERM. La documentation française.

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

Appay, B. (2001). Précarité, précarisation réflexions épistémologiques. Précarisation, risque et santé. M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy and V. Ringa. Paris, Inserm - Questions en santé publique: 15-27.

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

Arnstein, S. R. (1969). "A Ladder of Citizen Participation." Journal of American Institute Planners 35(4): 216-224.

Ashton, J. and H. Seymour (1988). The new Public Health.
Buckingham, Open University Press.

Augoyard , P. and L. Renaud (1998). "Le concept d"'empowerment" et son application dans quelques programmes de promotion de la santé." Promotion & Education V(1998/2): 28-35.

Bamberger, M., J. Rugh, et al. (2004). "Shoestring evaluation: Designing impact evaluations under budget, time and data constraints." American Journal of Evaluation 25(1): 5-37.

Bantuelle, M., J. Morel, et al. (1998). La participation et les acteurs.
Bruxelles, ASBL "Santé, communauté, participation".

Bergeron, P. and F. Gagnon (1994). La prise en charge étatique de la santé au Québec. Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux. V. Lemieux, P. Bergeron, C. Begin and G. Bélanger. Sainte-Foy, Les presses de l'université Laval: 9-32.

Berlinguer, G., G. Falzi, et al. (1996). "Ethical problems in the relationship between health and work." International Journal Health Services 26(1): 147-71.
Berlivet, L. (2001). Déchiffrer la maladie. Critique de la santé publique. Une approche anthropologique. J.-P. Dozon and D. Fassin. Paris, Balland: 75-102.
Bernier, M., M. Arteau, et al. (2005). Palabres sur le pouvoir d'agir. Outil d'accompagnement sur l'empowerment. Québec, CCISD Inc.: 59 + annexes.
Bernier, N. F. (2006). "La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'Etat providence québécois ?" Lien social et Politique s 55(Printemps): 13-24.
Berthod-Wurmser, M. (1998). French Research on Inequalities in Health : Policies and Programmes at a Turning Point. Promoting Research on Inequality in Health. B. Arve-Parès . Stockholm: 39-51.
Bihr, A. and R. Pfefferkorn (1999). Déchiffrer les inégalités . Paris, Syros.
Blum, H. (1981). Planning for health, Generics for the eighties. New-
york, Human Science Press.
Boisvert, R. and et al (2000). Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : une analyse écologique., Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Groupe Vigie et qualité des services. Direction de la santé publique: 43.
Bourdelais, P. (2000). L'inégalité sociale face à la mort : l'invention récente d'une réalité ancienne. Les inégalités sociales de santé.
A. Leclerc, D. Passin, H. Grandjean, M. Kaminski and T. Lang. Paris, Inserm - La découverte: 27-39.
Bourdelais, P. (2003). Les épidémies terrassées. Une histoire de pays riches. Paris, Editions de La Martinière.
Bourdieu, P. (2001). Science de la science et réflexivité. Paris, Raisons d'agir.
Boutilier, M. and S. Cleverly (2000). Community as a setting for health promotion. Settings for health promotion : linking theory and practice. B. D. Poland, L. W. Green and 1. Rootman. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications: :250-270.
Bozzini, L., M. Renaud, et al. (1981). Médecine et société : les années
80. Laval, Éditions coopératives A. Saint-Martin.
Braveman, P. (2003). "Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework." Journal of Health Population Nutrition 21(3): 181-192.
Braveman, P. (2006). "Health disparities and health equity: concepts and measurement." Annu Rev Public Health 27: 167-94.
Bujold, R. (2002). "Promotion de la santé. A la rescousse de Cedrillon." Bulletin de santé publique 23(1).
Butterfoss, F. D. (2006). "Process evaluation for community participation." Annual Review of Public Health 27: 323-40.
Carvalho, A. I., R. C. Bodstein, et al. (2004). "Concepts and approaches in the evaluation of health promotion." Ciência & Saude Coletiva 9(3): 521-529.

Chalmers, J. and G. Davis (2001). "Rediscovering Implementation: Public Sector Contracting and Human Services." Australian Journal of Public Administration 60(2): 74-85.
Chen, H.-T. (2005). Practical program evaluation : assessmg and improving planning, implementation, and effectiveness. Thousand Oaks, Calif., Sage.
Chen, J., M. Fair, et al. (1998). "Maternai education and fetal and infant mortality in Quebec. Fetal and Infant Mortality Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System." Health Rep 10(2): 53-64 (Eng); 57-70 (Fre).
Clarkson, M. and L. Pica (1995). Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être. Document de travail. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux: 18.
Cloetta, B., B. Spencer, et al. (2005). "Un outil pour la catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé." Promot Educ 12(2): 88-93.
Coady, D., M. Grosh, et al. (2004). Targeting of Transferts in Developing Countries: Review of Lessons and Experience. Washington, World Bank, IFPRI.
Cobum, D., K Denny, et al. (2003). "Population Health in Canada : A Brief
Critique." American Journal of Public Health 93(3): 392-396.
Collins, P. A., J. Abelson, et al. (2007). "Knowledge into action? Understanding ideological barriers to addressing health inequalities at the local level." Health Policy 80: 158-171.
Comité consultatif fédéral provincial et territorial sur la santé de la population (1994). Stratégies d'amélioration de la santé de la population. Investir dans la santé des Canadiens. Toronto, Ontario, Santé Canada.
Comité consultatif fédéral provincial et territorial sur la santé de la population (1999). Deuxième rapport sur sur la santé des Canadiens et des Canadiennes. Toronto, Ontario, Santé Canada.
Conill, E. M. and M. O'Neill (1984). "la notion de santé communautaire : éléments de comparaison internationale ." Canadian Journal of Public Health 75: 166-175.
Conning, J. and M. Kevane (2002). "Community Based Targeting Mechanisms for Social Safety Nets : A Critical Review." World Development 30(3): 375-394.
Contandriopoulos, D. (2004). "A sociological perspective on public participation in health care." Social Science and Medicine 58: 321-330.
Couffinhal, A., P. Dourgnon, et al. (2005). "Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. ." Questions d'économie de la santé n° 92 - Février 2005: 8.
Couffinhal, A., P. Dourgnon, et al. (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Questions d'économie de la santé n° 92 - Février 2005. Paris, IRDES: 6.
Cousins, J. B. and E. Whitmore (1998). Framing Participatory Evaluation. Understanding and Practicing Participatory Evaluation. E. Whitmore, Jossey-Bass Publishers. 80: 5-23.
Crozier, M. and E. Friedberg (1977). L'acteur et le système. Paris, Éditions du Seuil.
Dahlgren, G. and M. Whitehead (1992). Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
Dahlgren, G. and M. Whitehead (2006). Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No.3).

De Herdt, T. (2003). "Aide d'urgence et notions locales d'équité : analyse d'un programme d'aide nutritionnelle comme une interface sociale." Canadian Journal of Development Studies XXIV(2): 273-287.
De Koninck, M., M. Clément, et al. (2002). Inégalités de santé et milieux de vie: déterminants sociaux en cause et leurs interactions.
De Koninck, M. and D. Fassin (2004). "Les inégalités sociales de santé, encore et toujours." Santé, Société et Solidarité 2: 5-12.
Department of health (2002). Tackling health inequalities 2002 Cross- Cutting Review. London, Department of health: 63.
Department of health (2002). Tackling health inequalities - Cross- Cutting Review. London, DOH: 63.
Descartes, R. (sans date). Discours de la méthode, avec une notice biographique. Paris Larousse.
Développement des ressources humaines Canada (2003). Les statistiques de 2000 sur le faible revenu selon la mesure du panier de consommation. Ottawa, Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique, Développement des ressources humaines Canada: 60.
Direction de la santé publique (1998). Rapport annuel 1998. Réduire les inégalités sociales de la santé. Montréal, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
Douglas, M. and A. Scott-Samuel (2001). "Adressing health inequalities in health impact assessment." J Epidemiol Community Health 55: 450-451 .
DREES (2005). Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Paris, Direction générale de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques: 554.
Drulhe, M. (1996). Santé et société : le façonnement sociétal de la santé. Paris, Presses universitaires de France.
Drulhe, M. (2000). Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat ? Les inégalités sociales de santé.
A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski and T.
Lang. Paris, Inserm - La découverte: 41-51.
Dubet, F. (2006). Injustices : l'expérience des inégalités au travail.
Paris, Seuil.
Dubet, F., V. Caillet, et al. (2006). Injustices. L'expériences des inégalités au travail. Paris, Seuil.
Dugbatey, K. (1999). ''National health policies : sub-saharan African case studies (1980-1990)." Social Science and Medicine 49: 223-239.
Dumont, L. (1985). Essais sur l'individualisme . Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne . Paris, Seuil.
Elmore, R. F. (1979). "Bakward Mapping : Implementation Research and Policy Decisions." Political Science Ouarterly 94(4): 601-616.
Elmore, R. F. (1982). Backward Mapping : Implementation Research and Policy Decisions. Studying implementation. Methodological and administrative issues. W. Willams. Chatham, New Jersey, Chatham house publishers, inc.: 18-35.

ESRC (2007). Developping the evidence base for tackling health inequalities., Economie and Social Research Council.
Evans, G. W. (2002). Interpreting and addressing inequalities in health
: from Black to Acheson to Blair to ... ? London, OHE - CIAR: 92.
Evans, R. G. and G. L. Stoddart (1990). "Producing health, consuming health care." Social Science Medicine 31(12): 1347-63.
Evans, R. G. and G. L. Stoddart (1996). Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
Fassin, D. (1996). L'espace politique de la santé, essai de généalogie.
Paris, Presses Universitaires de France.
Fassin, D. (2000). "Comment faire de la santé publique avec des mots.
Une rhétorique à l'oeuvre." Ruptures 7(1): 58-78.
Fassin, D. (2000). Les enjeux politiques de la santé, Études sénégalaises, équatoriennes et françaises. Paris, Karthala.
Fassin, D. (2001). Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. Critique de la santé publique. Une approche anthropologique. J.-P. Dozon and D. Fassin. Paris, Balland: 181-208.
Fassin, D. (2006). Quand les corps de souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud. Paris, La Découverte.
Fassin, D., P. Aïach, et al. (1996). Les effets sociaux des maladies graves. Processus de différenciation et d'inégalité. Paris, CRESP, Université Paris Nord et Unité 158, INSERM: 180.
Fiske, A. P. (1990). "Relativity within Moose culture: Four incommensurable models for social relationships." Ethos 18: 180-204.
Flori, Y.-A. and S. Tizio (2000). Les politiques sanitaires subsahariennes : efficacité versus équité ou efficacité ergo équité. Efficacité versus équité en économie sociale,. A.
Alcouffe, B. Fourcade, J. M. Plassard and G. Tahar. Paris, L'Harmattan. 2: 467-478.
Fournier, P. (2003). L'art et la science de la santé publique. Environnement et santé publique : fondements et pratiques. M. Gérin, P. Gosselin, S. Cordieret al. [St-Hyacinthe, Québec], [Paris], Edisem ; Diffusion Éditions Tee & Doc: 39-57.
Frohlich, K., M. De Koninck, et al., Eds. (2008). Les Inégalités sociales de santé au Québec. Montréal, Les Presses de l'université de Montréal.
Frohlich, K. L. and L. Potvin (1999). "Collective Lifestyles as the Target for Health Promotion." Can J Public Health 90(S 1): Sl 1-14.
Gagnon, F. and P. Bergeron (1999). Le champ contemporain de la santé publique. Le système de santé québécois. Un modèle en transformation . C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest and V. Lemieux. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal: 229-258.
Gasper, D. (1999). "Gestion du cycle de projet : carences et aléas du cadre logique." Le Courrier ACP 173(Janvier-février): 75-77
Gendron, S. (2001). La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme. Département de médecine sociale et préventive. Montréal: 348.

Gepkens, A. and L. J. Gunning-Schepers (1996). "Interventions to reduce socioeconomic health differences : a review of the international literature." European Journal of Public Health(6): 218-26.
Gepkens, A. and L. J. Gunning-Schepers (1996). "Interventions to reduce socioeconomic health differences : a review of the international literature." European Journal of Public Health 6: 218-26.
Gilson, L. (2000). Readdressing equity : the importance of ethical processes. Reforming health sectors. A. Mills. London and New York, Kegan Paul International: 103-122.
Glouberman, S. and J. Millar (2003). "Evolution of the Determinants of Health, Health Policy, and Health Information Systems in Canada." American Journal of Public Health 93(3): 388-392.
Goldberg, M., M. Melchior, et al. (2002). "Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé." Sciences Sociales et Santé 20(4): 75-127.
Gouvernement du Québec (1992). La politique de la santé et du bien- être. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux: 192.
Gouvernement du Québec (2002). Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Québec, Assemblée Nationale: 20.
Gouvernement du Québec (2002). Projet de loi n 36. Loi sur la santé publique . Québec: 42.
Graham, H. (2004). "Tackling health inequalities in England: remedying health disadvantages, narrowing gaps or reducing health gradients." Journal of Social Policy 33(115-131).
Green, A. (1999). An Introduction to health planning in developing countries. Oxford, Oxford University Press.
Green, L. W. (1994). Canadian Health Promotion : An Outsider's View From the Inside. Health promotion in Canada : provincial, national & international perspectives. A. P. Pederson, M. O'Neill and 1. Rootman. Toronto, W.B. Saunders Company Canada: 314-326.
Green, L. W. and R. E. Glasgow (2006). "Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in external validation and translation methodology." Eval Health Prof 29(1): 126-53.
Green, L. W. and M. W. Kreuter (1999). Health promotion planning : an educational and ecological approach. Mountain View, CA, Mayfield Pub. Co.
Gruénais, M.-E. (2001). Communautés et Etats dans les systèmes de santé en Afrique. Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie. B. Hours. Paris, Éd. Karthala: 67-85.
Guba, E. G. and Y. A. Lincoln (1987). The countenances of fourth- generation evaluation : description, judgment and negociation. The politics of program evaluation. D. J. Palumbo. Newbury Park, Beverly Hills, London, Sage Publications. 15: 202-234 .
Guichard, A. and V. Ridde (2007). L'adaptation au contexte français d'un modèle canadien d'évaluation de l'efficacité des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Poster The 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education. 10-15 june Vancouver. Canada.
Guichard, A. and V. Ridde (2009). Étude exploratoire des

mécanismes de l'efficacité des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Étude pilote dans trois régions françaises Paris, INPES-CRCHUM-UdeM: 48.
Hancock, T. (1994). Health promotion in Canada : did we win the battle but lose the war ? Health promotion in Canada : provincial, national & international perspectives. A. P. Pederson, M. ONeill and I. Rootrnan. Toronto, W.B. Saunders Company Canada: 350-373.
Hancock, T., R. Labonté, et al. (1999). Indicators that count! - Measuring population health at the community level: 182.
Hanson, K., E. Worrall, et al. (2007). Targeting services towards the poor : A review of targeting mechanisms and their effectiveness. Health, Economie Development and Household Poverty From Understanding to Action. A. Mills, S. Bennett and L. Gilson, Routledge 134-154.
Haut comité de la santé publique (1994). La santé en France. Annexe : travaux des groupes thématiques. Paris, La Documentation Française.
Haut Comité de la santé publique (1998). La santé en France 1994- 1998. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Haut Comité de la santé publique: 31O.
Haut Comité de la santé publique (2002). La santé en France 2002. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Haut Comité de la santé publique: 412.
Hayes, M. V. (1994). Evidence, determinants of health and population epidemiology : humming the tune, leaming the lyrics. The determinants of population health : a critical assessment. M.
V. Hayes, L. T. Foster and H. D. Foster. Victoria, Western Geographical Serie, Volume 29, Departrnent of Geography, University of Victoria: 121-133.
Heilbronn, B. (2005). La performance, une nouvelle idéologie? : critique et enjeux. Paris, La découverte.
Hill, M. (1997). "Irnplementation theory : yesterday's issue ?" Policy and Politics 25(4): 375-385.
Hills, M. and S. Carroll (2004). "Health promotion evaluation, realist synthesis and participation." Ciência & Saude Coletiva 9(3): 530-543.
Hills, M., M. O'Neill, et al. (2004). Efficacité des interventions communautaires visant à promouvoir la santé : un instrument d'évaluation. Rapport de recherche présenté à Santé Canada par le Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé: 223.
Hills, M. D., S. Carroll, et al. (2004). "Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements nord-américains récents." Promotion & Education Spec no 1: 17- 21, 49.
Horton, R. (1998). "The new new public health of risk and radical engagement." Lancet 352(9124): 251-2.
Howlett, M. and M. Ramesh (1995). Studying Public Policy. Toronto, Oxford University Press.
Ingram, H., A. L. Schneider, et al. (2007). Social Construction and Policy Design. Theories of the policy process. P. A. Sabatier. Boulder, Colo., Westview Press: 93-126.
Institut de la statistique du Québec (2000). Enquête sociale et de santé 1998. Québec.
Institute of Medicine (2000). To err is hurnan : building a safer health system. Washington, D.C., National Academy Press.
IUHPE, Ed. (1999). The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a new Europe. Part One. Brussels - Luxembourg, ECSC-EC-EAEC.

IUHPE, Ed. (1999). The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a new Europe. Part Two. Brussels - Luxembourg, ECSC-EC-EAEC.
IUHPE, Ed. (2004). Efficacité de la promotion de la santé. Actes du colloque organisé par l'Inpes avec la collaboration de l'UIPES. Paris, IUHPE.
Jaffré, Y. and J.-P. Olivier de Sardan (1999). La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Paris, Presses Universitaires de France.
Jaffré, Y., J.-P. Olivier de Sardan, et al. (2002). Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique du projet "santé urbaine" (Unicef- Coopération Française). Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest. [Paru en 2003 sous le titre : Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Karthala, Paris]: 289.
Jones, C., B. Burstrom, et al. (2006). "Studying social policy and resilience
to adversity in different welfare states : Britain and Sweden." International Journal of Health Services 36(3): 425-442.
Joubert, M., P. Chauvin, et al., Eds. (2001). Précarisation, risque et santé. Paris, Inserm - Questions en santé publique.
Judge, K. and M. Mackenzie (2002). Theory-based evaluation. New approaches to evaluating complex community-based initiatives. Reducing inequalities in health. A european perspective. J. P. Mackenbach and M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 300-312.
Judge, K., S. Platt, et al. (2005). Health Inequalities: a Challenge for Europe. London, An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU: 52.
Jullien, F. (2005). Conférence sur l'efficacité. Paris, PUF-Centre Marcel Granet. Institut de la pensée contemporaine.
Kelleher, K. (2007). "Personal communication. Health Equity Network Email list, 09/03/07."
Kelly, M. P., J. Bonnefoy, et al. (2006). The development of the evidence base about the social determinants of health. WHO: Commission on social determinants of health / Measurement and evidence knowledge network, NICE and UDD.
Ki Zerbo, J. (2001). L'homme au coeur du développement. 1973, Paris Conference. A long way to health promotion through IUHPE Conferences 1951-2001. M.-A. Modolo and J. Mamon. Perugia, University of Perugia, IUHPE: 82-93.
Kickbusch, 1. (1986). "Health promotion: a global perspective." Canadian Journal Public Health 77(5): 321-6.
Kingdon, J. W. (1995). Agendas, Alternatives and Publics Policies.
New York, Harper Collins.
Kunst, A., F. Groenhof, et al. (2000). Inégalités sociales de mortalité prématurée : La France comparée aux autres pays européens. Les inégalités sociales de santé. A. Leclerc, D. Passin, H. Grandjean, M. Kaminski and T. Lang. Paris, Inserm - La découverte: 53-68.
Labonte, R. (2004). "Social inclusion/exclusion: dancing the dialectic." Health Promotion International 19(1): 115-121.
Labonté, R. (1994). Death of Program, Birth of Metaphor : The Development of Health Promotion in Canada. Health promotion in Canada : provincial, national & international

perspectives . A. P. Pederson, M. ONeill and 1. Rootman. Toronto, W.B. Saunders Company Canada: 72-90.
Lalonde, M. (1974). Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens.: 31.
Landrieu, J. and V. Léna, Eds. (2002). Cinq histoires pour changer le monde sans trop se raconter d'histoires. Gémenos, L'aube Essai.
Lang, T., D. Passin, et al. (2002). France. Reducing Inequalities in Health: A European Perspective. J. Mackenbach and M. Bakker. London and New York, Routledge: 214-222.
Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulxet al. Montréal, Gaëtan Morin Editeur: 365-389.
Le Bossé, Y. (2003). "De l"'habiliation" au "pouvoir d'agir" : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment." Nouvelles Pratiques Sociales 16(2): 30-51.
Leclerc, A., D. Passin, et al., Eds. (2000). Les inégalités sociales de santé, Inserm - La découverte.
Leclerc, A., M. Kaminski, et al. (2008). Inégaux face à la santé. Paris, INSERM/La Découverte.
Leclerc, J. (2001). Gérer autrement l'administration publique : la gestion par résultats . Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
Lecorps, P. and J.-B. Paturet (1999). Santé publique : du biopouvoir à la démocratie. Rennes, ENSP.
Lemieux, V. (2002). L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir. Québec, Les Presses de l'Université Laval.
Leroux, R. and W. A. Ninacs (2002). La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Québec, Institut national de santé publique du Québec: 47.
Lessard, R. (2003). "Nouvelles perspectives sur la santé des Montréalais : une action commune pour réduire les inégalités." Policy Options March 2003: 41-45.
Lévy, A., M. Cazaban, et al. (1998). Santé publique. Paris ; Milan ; Barcelone, Masson.
Levy, R. (1994). "Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives." Ruptures 1(1): 92-100.
Lock, M., V.-K. Nguyen, et al. (2005). Global and Local Perspectives on Population Health. Healthier Societies . From Analysis to Action J. Heymann, C. Hertzman, M. L. Barer and R. G. Evans. New York, Oxford University Press: 58-82.
Lupton, D. (1995). The imperative of health : public health and the regulated body. London ; Thousand Oaks, Calif , Sage Publications.
MacIntyre, S. (2001). Socio-economic inequalities in health in Scotland. Social justice... a Scotland where everyone matters (annual report 2001). S. Executive: 116-120.
Macintyre, S. (2003). "Evidence based policy making." Bmj 326(7379): 5-6.
Macintyre, S., I. Chalmers, et al. (2001). "Using evidence to inform health policy: case study." Bmj 322(7280): 222-5.
Mackenbach, J. and M. Bakker (2002). Reducing Inegualities in Health: A European Perspective. London and New York, Routledge.

Mackenbach, J. and K. Stronks (2004). "The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands." International Journal of Equity Health 3(1): 11.
Mackenbach, J. P. (2003). "Tackling inequalities in health: the need for building a systematic evidence base." J Epidemiol Community Health 57(3): 162.
Mackenbach, J. P. and J. M. Bakker (2003). "Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences." The Lancet 362: 1409-1414.
Mackenbach, J. P. and M. J. Bakker, Eds. (2002). Reducing inequalities in health. A european perspective. London and New York, Routledge.
Mackenbach, J. P., M. J. Bakker, et al. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. Reducing inegualities in health. A european perspective. J. P. Mackenbach and M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 25-49.
Mackenbach, J. P. and L. J. Gunning-Schepers (1997). "How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated?" I Epidemiol Community Health 51(4): 359-64.
Mackenbach, J. P. and K. Stronks (2002). "A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands." British Medical Journal 325(7371): 1029-32.
Mackenbach, P. (2005). Health Inequalities: Europe in Profile. London, An independent expert report commissioned by and published under the auspices of the UK Presidency of the EU: 48.
Marmot, M. (2001). "Economie and social determinants of disease." Bull World Health Organ 79(10): 988-9.
Marmot, M. (2001). "Inequalities in health." New England Journal of Medicine 345(2): 134-136.
Martin, V. and M.-H. Jobin (2004). "La gestion axée sur les résultats : comparaison des cadres de gestion de huit juridiction." Administration Publique du Canada 47(3): 304-331.
Massé, R. (1995). Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal, Gaëtan Morin.
Mathison, S., Ed. (2004). Encyclopedia of Evaluation, Sage Publication .
Mattei, J.-F. (2002). Le devoir impérieux de santé publique en France et en Europe. Paris, Discours auprès de l'Académie Nationale de Médecine, le Ier octobre.
Mclntyre, L., K. Travers, et al. (1999). "Children's Feeding Programs in Atlantic Canada : Reducing or Reproducing Inequities ?" Can J Public Health 90(3): 196-200.
McKinlay, J. B. and S. M. McKinlay (1977). "The Questionable Effect of Medical Measures on the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century." Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society(55): 405-28.
McQueen, D. V. and C. M. Jones, Eds. (2007). Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. New York, Springer Science
& Business Media.
MEFI (2006). Programme 204 : Santé publique et prévention. Ministre concerné : Ministre de la santé et des solidarités. PLF 2006 - extrait du bleu budgétaire de la mission : Santé. Paris: 37.
Ministère de la santé et des services sociaux (1992). La politique de la santé et du bien-être. Québec, Santé et services sociaux.
ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Québec, MSSS.

ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Programme national de santé publique 2003-2012. Québec, MSSS: 133.
Monnier, E. (1992). Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan. Paris, Économica.
Mooney, G. (1999). Vertical equity in health care resource allocation. Sydney, Department of public health and community medicine, University of Sydney.
Morgan, L. M. (2001). "Community participation in health : perpetual allure, persistent challenge." Health Policy and Planning 16(3): 221-230.
Morin, E. (2005). Introduction à la pensée complexe. Paris, Seuil. Navarro, V., Ed. (2001). The political economy of social inegualities :
consequences for health and quality of life, Baywood.
Navarro, V., Ed. (2004). The political and social contexts of health.
Arnityville-NY, Baywood.
Naylor, P.-J., J. Wharf-Higgins, et al. (2002). "Evaluating the participatory process in a community-based heart health project." Social Science and Medicine 55(7): 1173-1187.
Ninacs, W. A. (2002). Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec. PhD Thesis, Ecole de service social. Québec, Université Laval: 313.
Ninacs, W. A. (2008). Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité. Québec, Les Presses de l'Université Laval.
Nutbearn, D. (1998). Health Promotion Glossary, WHO.
Nutbearn, D. (1999). Health promotion effectiveness - The questions to be answered. The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a new Europe. Part Two. IUHPE. Brussels - Luxembourg, ECSC-EC-EAEC: 1-11.
Nutbeam, D. (2002). Irnplementing policies across central governrnent. Allocution lors du colloque "UK Health Equity Network, Health inequalities: evidence, policy and implementation" 5 July. London.
Nyamwaya, D. (2005). Trends and factors in the development of Health Promotion in Africa, 1973-2003. Promoting Health, Global Perspectives. A. Scriven and S. Garman. London, Palgrave: 167-178.
O'Loughlin, J. L., G. Paradis, et al. (1999). "The impact of a community-based heart disease prevention program in a low- income, inner-city neighborhood." Arn J Public Health 89(12): 1819-26.
O'Neill, M. (2003). "Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ?" Soz Praventivmed 48(5): 317-26.
O'Neill, M. and L. Cardinal (1998). "Les ambiguïtés québécoises dans
le domaine de la promotion de la santé." Recherches sociographiques XXXIX(l): 9-37.
O'Neill, M., S. Dupéré, et al., Eds. (2006). Promotion de la santé au Canada et au Québec, Perspectives Critiques. Saint-Foy, Les presses de l'Université Laval.
O'Neill, M. and A. P. Pederson (2001). "La promotion de la santé au Canada : déclin ou mutation." Ruptures 7(2): 50-59.

O'Neill, M., A. P. Pederson, et al. (2001). "La promotion de la santé au Canada : déclin ou mutation." Ruptures 7(2): 50-59.
O'Neill, M. and A. Stirling (2006). Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé ? . Promotion de la santé au Canada et au Québec, Perspectives Critiques. M. O'Neill, S. Dupéré, A. Pederson and I. Rootrnan. Saint-Foy, Les presses de l'Université Laval.
OMS (1986). La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.
Ottawa, OMS, Santé et Bien-être social Canada, CPHA.
Pampalon, R. and G. Raymond (2000). "Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec." Maladies chroniques au Canada 21(3): 113-122.
Paquet, G. (1989). Santé et inégalités sociales : un problème de distance culturelle. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.
Paquet, G. and B. Tellier (2003). Les facteurs sociaux de la santé. Le système de santé au Québec . Organisations, acteurs et enjeux.
V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin and G. Bélanger. Québec, Les Presses de l'Université Laval: 65-89.
Pascal, J., H. Abbey-Huguenin, et al. (2006). "Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ?" Lien social et Politiques SS(Printemps): 115-124.
Patton, M. Q. (1997). Utilization-Focused Evaluation. Thousand Oaks-London-New Delhi, Sage Publications.
Paugam, S. (2005). Les formes élémentaires de la pauvreté. Paris, PUF.
Pawson, R. (2006). Evidence-based Policy. A Realist Perspective.
London, Sage Publications.
Pawson, R. and N. Tilley (1997). Realistic evaluation. London ; Thousand Oaks, Calif , Sage.
Perret, B. (1996). L'évaluation comme construction sociale d'un jugement. Eléments pour une théorie de l'argumentation en évaluation. L'évaluation en développement. Conseil scientifique de l'évaluation. Paris.
Peterson, N. A. and M. A. Zimmerman (2004). "Beyond the individual: toward a nomological network of organizational empowerment." Am J Community Psychol 34(1-2): 129-45.
Pineault, R. and C. Daveluy (1995). La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Montréal, Agence d'Arc.
Pluye, P. (2002). Vers un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes: Étude de la routinisation des programmes en promotion de la santé (Thèse de doctorat No. T02-04). Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.
Pluye, P., L. Potvin, et al. (2004). "Making public health programs last: conceptualizing sustainability." Evaluation and Program Planning 27(2): 121-133.
Pluye, P., L. Potvin, et al. (2005). "Program sustainability begins with the first events." Evaluation and Program Planning 28(2): 123-137.
Poland, B., D. Cobum, et al. (1998). "Wealth, equity and health care : a critique of a "Population Health Perspective on the determinants of health"." Social Science and Medicine 46(7): 785-798.
Porteous, N., B. Sheldrick, et al. (2002). "Introducing Program Teams to Logic Models: Facilitating the Leaming Process." Canadian Journal of Program Evaluation 17(3): 113-142.

Potvin, L. (2002). L'utilisation des données d'évaluation et la transformation des pratiques en santé publique. Présentation aux Journées annuelles de santé publique du Québec.
Potvin, L., S. Gendron, et al. (2006). Très posturas ontol6gicas concementes à natureza dos programas de saude: implicaçôes para a avaliaçao. Avaliaçâo Qualitativa de programas de saude. Enfoques emergentes. M. Bosi and F. J. Mercado. Petropolis, Brazil, Vozes Editorial: 65-86.
Potvin, L., S. Gendron, et al. (In press). Três posturas ontol6gicas concementes à natureza dos programas de saude: implicaçoes para a avaliaçào. Avaloacao qualitative de programas de saude. Enfoques emergentes. . B. MLM. and M. F.J. Petropolis, Brazil, Vozes Editorial.
Potvin, L., R. Lessard, et al. (2002). "Inégalités sociales de santé : un partenariat de recherche et de formation." Can J Public Health 93(2): 134-7.
Pradeau, F., M.-C. Pradeau, et al. (2001). "La santé publique pas à pas." Concours Médical 123(18): 1268-1274.
Pressman, J. L. and A. Wildavsky (1984). hnplementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
Purdey, A. F., G. B. Adhikari, et al. (1994). "Participatory health development in rural Nepal: clarifying the process of community empowerment." Health Educ 0 21(3): 329-43.
Raphaël, D. (1998). Améliorer la qualité de vie des Canadiens aînés vivant en milieu urbain. Un projet communautaire participatif. Toronto, Center for Health Promotion .
Raphael, D. and T. Bryant (2002). "The limitations of population health as a model for a new public health." Health Promot Intemation 17(2): 189-99.
Raphaël, D. and T. Bryant (2000). "Putting the population into population health." Canadian Journal of Public Health 91: 9-12. Raphaël, D. and T. Bryant (2002). "The limitations of population health model for a new public health." Health Promotion
Intemational 17(2): 189-199.
Ravaud, J.-F. and P. Mormiche (2000). Handicaps et incapacités . Les inégalités sociales de santé. A. Leclerc, D. Fassin, G. H., M. Kaminski and T. Lang. Paris, INSERN-La découverte: 295-314.
Rawls, J. (1993). Théorie de la justice. Paris, du Seuil.
Raynault, C. (1990). Inégalités économiques et solidarités sociales. Exemples haoussa au Niger. Sociétés, développement et santé.
D. Fassin and Y. Jaffré. Paris, ELLIPSES: 136-154.
Raynault, M.-F. and P. Londe (2006). "La santé au risque du social." Lien social et Politiques SS(Printemps 2006): 171.
Renaud, L. and M. Gomer Zamudio (1999). Planifier pour mieux agir.
Québec, REFIPS.
Renaud, M. (1996). L'avenir : Hygié ou Panacée ? Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie. R. G. Evans and G. L. Stoddart. Montréal, Presses de l'Université de Montréal: 317-332.

Richard, L., E. E. Breton, et al. (1999). "La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé : approche écologique et partipation." Canadian Journal of Public Health(Marc-April): 99-103.
Ridde, V. (2001). Une recension des cadres conceptuels en santé des populations. Québec, Département de médecine sociale et préventive, université Laval: 50.
Ridde, V. (2003). Quelles interventions pour lutter contre les inégalités sociales de santé ? Québec, Université Laval, Equipe de recherche "Inégalités de santé et milieux de vie", accessible à http://www.univ-lillel.fr /bustl- grisemine/pdf/rapports / G2003-243.pdf: 37.
Ridde, V. (2004). "Agir contre les inégalités sociales de santé : tentative d'explications de l'immobilisme des autorités de la santé publique québécoise." Revue Canadienne de Santé Publique 95(3): 224-7.
Ridde, V. (2004). "Kingdon à Bamako : conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique." Politique et sociétés 23(2-3): 183-202.
Ridde, V. (2004). "L'évaluation de programme en santé internationale
: qu'est-ce que c'est, comment la planifier et utiliser une approche participative ?" Développement et Santé 169: 23-29.
Ridde, V. (2004). "Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé." Recherches Sociographigues XLV(2): 343-364.
Ridde, V. (2005). "Une triple interrogation à propos de la Charte de Bangkok." Reviews of Health Promotion and Education Online, 2005. URL:http://www .rhpeo.org/reviews/2005/9/index.htm.
Ridde, V. (2006). "Appréhender les conceptions locales de l'équité pour formuler les politiques publiques de santé au Burkina Faso." Promotion & Education XIII(4): 252-256.
Ridde, V. (2006). "Introduction to the thematic segment of 11 articles. Programmes communautaires et innovations méthodologiques
: participation, accompagnement et empowerment." Canadian Journal of Program Evaluation. Special Issue. 21(3): 133-136.
Ridde, V. (2006). "L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ?" Lien social et Politiques 55: 149-163.
Ridde , V. (2006). "Suggestions d'amélioration d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative." Revue canadienne d'évaluation de programme 21(2): sous presse.
Ridde, V. (2007). Équité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso. Paris, L'Harmattan.
Ridde, V. (2007). "Reducing Social Inequalities in Health: Public Health, Community Health or Health Promotion? ." Promotion & Education XIV(2): 63-67.
Ridde, V. (2007). "Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ?" Promotion & Education XIV(2): 63-67.
Ridde, V. (à paraître). Quelques logiques d'acteurs pour comprendre les effets de la mise en œuvre d'une politique de santé au Burkina Faso. Éthique des rapports nord-sud G. Verna and F. Piron. Québec, Presses de l'Université Laval.

Ridde, V., T. Delormier, et al. (2007). Evaluation of Empowerment and Effectiveness: Universal Concepts ? Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. Volume I D. V. McQueen and C. M. Jones. New York, Springer Science & Business Media: 389-403.
Ridde, V. and A. Guichard (2008). Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis. Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles. C. Niewiadomski and P. Aïach. Rennes, Edition EHESP: 57-80.
Ridde, V., A. Guichard, et al. (2007). "Social Inequalities in Health from Ottawa to Vancouver: Action for Fair Equality of Opportunity." Promotion & Education Supplément Hors Série 2: 12-16.
Ridde, V., P. Pluye, et al. (2006). "Evaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti." Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 54(5): 421-431.
Ridde , V. and L. Queuille (à paraître). "Evaluer l'empowerment : tentative d'application d'un cadre d'analyse en Haïti." Canadian Journal of Pro gram Evaluation.
Ridde , V. and A. Seck (2006). "Quelques défis de la mise en œuvre de la Charte de Bangkok en Afrique francophone." Revue du REFIPS, Collection "Partage", à paraître.
Rifkin, S. B., R. Muller, et al. (1988). "Primary health care. On measuring participation." Social Science and Medicine 26(9): 931-940.
Robertson, A. (1998). "Shifting discourses on health in Canada : from health promotion to population health." Health Promotion International 13(2): 155-166.
Rochefort, D. A. and R. W. Cobb (1994). Problem Definition : An Emerging Perspective. The politics of Problem Definition. Shaping the Policy Agenda. D. A. Rochefort and R. W. Cobb, University Press of Kansas: 1-31.
Roos, N. P., M. Brownell, et al. (2005). Universal Medical Care and Health Inequalities : Right Objectives, Insufficient Tools. Healthier Societies. From Analysis to Action J. Heymann, C. Hertzman, M. L. Barer and R. G. Evans. New York, Oxford University Press: 107-131.
Rootman, I., M. Goodstadt, et al., Eds. (2001). Evaluation in health promotion : principles and perspectives, WHO Regional Publications. European Series, No. 92.
Rootman, I. and J. Raeburn (1994). The concept of health. Health promotion in Canada. A P. Pederson, M. O'Neil and I. Rootman. Toronto, W.B.Saunders: 56-71.
Rose, G. (1985). "Siek individuals and sick populations ." Int J Epidemiol 30(3): 427-32; discussion 433-4.
Rose, G. (1985). "Sicks individuals and sick populations." Int J Epidemiol 14(1): 32-38.
Rychetnik, L., M. Frommer, et al. (2002). "Criteria for evaluating evidence on public health interventions." J Epidemiol Community Health 56(2): 119-27.
Sabatier, P. A (1986). What can we learn from implementation research. Guidance, Control, and Evaluation in the Public Sector. F.-X. Faufmann, G. Majone, V. Ostrom and W. Wirth. Walter de Gruytrt, Berlin, New York: 313-325.
Saillant, F. (2004). Constructivisme, identités flexibles et communautés vulnérables. Identités, vulnérabilités, communautés. F. Saillant, M. Clément and C. Gaucher. Québec, Editions Nota bene: 19-42.

Saltman, R. B. and J. Fugueras (1997). European Health Care Reform
- Analysis of Current Strategies. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
Schoene, M. (2005). "2006 : questionner les principes et les réalités de la participation ...en santé!" La lettre de l'Institut Renaudot 55(Décembre 2005): 1-2.
Schulz, A., B. Israel, et al. (2001). "The East Side Village Health Worker Partnership: integrating research with action to reduce health disparities." Public Health Report Nov-Dec;116(6): 548-57.
Sen, A (1995). The Political Economy of Targeting. Public spending and the poor : theorv and evidence. D. Van de Walle and K. Nead. Baltimore, published for The World Bank by the Johns Hopkins University Press: 11-24.
Sen, A (2000). Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté. Paris, Odile Jacob.
Sen, A (2005). La Démocratie des autres : pourquoi la liberté n'est pas une invention de l'occident. Paris, Payot.
Stronks, K. (2002). "Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: the Dutch case." Scand J Public Health Suppl 59: 20-5.
Trosa, S. (2003). Le guide de la gestion par programme. Vers une culture du résultat. Paris, Editions d'Organisation.
Tubiana, M. and M. Legrain (2002). "Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ?" Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 186(2): 67.
Van de Walle, D., K. Nead, et al. (1995). Public spending and the poor
: theory and evidence. Baltimore, published for The World Bank by the Johns Hopkins University Press.
Vibert, S. (2004). La genèse de l'idée de "communauté" comme transcription collective de l'individualisme moderne. Identités, vulnérabilités, communautés . F. Saillant, M. Clément and C. Gaucher. Québec, Editions Nota bene: 43-60.
Vibert, S. (2006). La communauté au miroir de l'État - La notion de 'communauté' dans les énoncés québécois de politiques publiques en santé. Sainte Foy, Presses de l'Université Laval.
VIG and ENHPA (2001). Tackling social inequalities in health. The role of health promotion. Research report: 149.
Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, Health Evidence Network: 37.
Weaver, L. and J. B. Cousins (2005). "Unpacking the participatory process." Journal of MultiDisciplinary Evaluation 1: 19-40.
Weber, M. (1995). Économie et société: Les catégories de la sociologie. Paris, Plon.
Weiss, C. H. (1998). Evaluation : methods for studying programs and policies. Upper Saddle River, N.J., Prentice Hall.
Whitehead, M. (1995). Tackling inequalities : a review of policy initiatives. Tackling inequalities in health. An agenda for action. M. Benzeval , K. Judge and M. Whitehead, King's Fund: 22-52.

Whitehead, M. (1998). "Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective." Milbank 0 76(3): 469-92, 306.
Whitehead, M. (2007). "A typologie of actions to tackle social inequalities in health." Journal of Epidemiology abd Cornrnunity Health 61: 473-478.
WHO (1978). Declaration of Alma-Ata, International conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, WHO: 79.
Williams, W. (1982). The study of irnplementation : an overview. Studying irnplementation. Methodological and administrative issues. W. Willams. Chatham, New Jersey, Chatham bouse publishers, inc.: 1-17.
Zollner, H. (2002). "National policies for reducing social inequalities
inhealth in Europe." Scand J Public Health Suppl 59: 6-11.
ZOllner, H. and S. Lessof (1998). Santé de la population - Mettre les concepts en application, OMS - Bureau régional de l'Europe.
Zorman, M. (2001). Précarisation et apprentissages scolaires. Précarisation, risque et santé. M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy and V. Ringa. Paris, Inserm - Questions en santé publique: 273-291.