

Les approches politiques de réduction des inégalités de santé

Mars 2016

Introduction

Ce document cherche à aider les acteurs de la santé publique à mieux distinguer les approches politiques visant à réduire les inégalités de santé les plus courantes. Il abordera les approches suivantes :

- l'économie politique;
- les politiques macrosociales;
- l'intersectionnalité;
- l'approche axée sur le parcours de vie;
- l'approche axée sur les milieux;
- les approches qui visent les conditions de vie;
- les approches qui ciblent les communautés;
- les approches qui ciblent les personnes.

Nous définissons les inégalités de santé¹ comme des différences de santé injustes et systématiques au sein de groupes sociaux et entre ceux-ci, des différences auxquelles on doit s'attaquer par l'action. Elles découlent de circonstances sociales et politiques et sont donc potentiellement évitables. Pour lutter contre ces inégalités, les relations entre les déterminants de la santé et la santé des populations ont été mises en évidence afin d'orienter l'action politique. Celle-ci peut se manifester par des interventions sur plusieurs plans. En dépit des nombreux

appels à agir davantage sur le plan structurel et malgré la reconnaissance politique de l'importance de ce type d'action pour la réduction des inégalités de santé (Popay, Whitehead et Hunter, 2010), en réalité, pour différentes raisons idéologiques, historiques ou pratiques (Baum, 2011; Baum et Fisher, 2014), les politiques ont plus généralement visé la promotion de modes de vie et de comportements sains (p. ex., le crédit d'impôt qui promeut l'activité physique des enfants dans les familles). On appelle parfois « dérive vers les habitudes de vie » cette tendance à admettre le besoin d'agir sur les déterminants plus structurels des inégalités de santé tout en développant plutôt des interventions qui ciblent les déterminants de la santé associés aux comportements. Cette dérive a accentué l'individualisation de la responsabilité pour la santé (Baum, 2011; Baum et Fisher, 2014). Dans certains cas, elle a limité la réduction des inégalités et a même entraîné leur intensification (Scott-Samuel et Smith, 2015). On constate également la prépondérance de politiques qui ciblent des personnes et des communautés déjà défavorisées au lieu d'essayer de réduire les inégalités sur l'ensemble du gradient. De telles politiques limitent les mesures qui réduisent efficacement les inégalités de santé dans toute la population (Popay *et al.*, 2010).

Notre objectif est de clarifier les manières dont les diverses grandes approches utilisées pour faire face aux inégalités sont ancrées théoriquement et les façons dont elles influencent différemment les inégalités. Pour mieux comprendre les répercussions possibles de ces approches, que nous définissons brièvement dans ce texte, nous faisons la lumière sur trois dimensions interreliées qui sont souvent oubliées ou mal comprises.

Premièrement, nous abordons trois façons de concevoir et de décrire les inégalités de santé : cibler des groupes défavorisés, corriger des écarts ou s'occuper de l'ensemble du gradient. Deuxièmement, nous clarifions la distinction entre les types de déterminants (de la santé ou des

¹ Le gouvernement canadien définit ces inégalités comme « les différences de l'état de santé de divers groupes ou personnes de la société. Elles peuvent provenir de facteurs génétiques et biologiques, des choix effectués ou du hasard, mais ces inégalités sont souvent liées à un accès inégal aux principaux facteurs qui influent sur la santé comme le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et les soutiens sociaux » (Gouvernement du Canada, 2008, p. 5). Même si le terme *health inequities* est souvent utilisé dans la littérature sur l'intersectionnalité, nous utilisons ici *inégalités de santé* en lui donnant la même signification que dans les autres documents du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Note : tous nos documents sont publiés en anglais et en français; à ce jour, il n'existe aucun consensus sur la traduction française du terme *health inequities* (les rapports de la Commission de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS], par exemple, utilisent les termes *health inequities* en anglais et *inégalités en santé* en français). Dans un souci de clarté et de constance, nous utilisons *health inequalities* en anglais et *inégalités de santé* en français.



inégalités de santé) que peuvent cibler les différentes approches de réduction des inégalités de santé. Troisièmement, nous décrivons les approches et nous les présentons en fonction du type de déterminant (de la santé ou des inégalités de santé) qu'elles abordent principalement. Enfin, à partir des catégories que proposent Solar et Irwin (2010), nous considérons les différents effets potentiels que ces diverses approches peuvent produire (sur la stratification sociale, sur l'exposition aux facteurs de risque, sur la vulnérabilité de certains groupes à des conditions particulières, et sur les conséquences inévitables des maladies).

Les approches sont ensuite synthétisées dans un tableau pour faciliter leur comparaison. Ce tableau résume les différents aspects discutés et permet de distinguer d'un seul coup d'œil les manières dont chaque approche pense implicitement ou explicitement les inégalités de santé et sociales. Il précise pour chacune d'elles le type de déterminant social (de la santé ou des inégalités) ciblé, les types d'effets pouvant être produits, les forces et les limites potentielles de chacune des approches, et il propose des exemples de politiques.

Notre classification et nos illustrations se basent en grande partie sur les cadres de référence (conceptuels et d'action) de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (CDSS de l'OMS, 2007, 2008; Solar et Irwin, 2010) et sur des questions inspirées de Whitehead (2007).

En résumé

Ce document vise à soutenir le travail des acteurs de la santé publique :

- en favorisant leur compréhension des inégalités de santé et des facteurs qui y contribuent;
- en leur permettant de comprendre les différences entre les déterminants sociaux de la santé et les déterminants sociaux des inégalités de santé;
- en indiquant comment différentes approches de réduction des inégalités de santé se fondent sur une conception précise des inégalités, et en démontrant que ces conceptions influencent le type d'interventions possibles et leurs effets probables;
- en les aidant à déterminer les répercussions qu'ils peuvent espérer provoquer à travers différentes approches de réduction des inégalités de santé.

Trois manières d'envisager les inégalités

Les manières de concevoir les inégalités de santé et les moyens pour les réduire s'inscrivent dans un continuum. Ainsi, on peut poursuivre l'objectif de réduire les inégalités en se concentrant seulement sur l'amélioration de la santé des personnes qui appartiennent aux groupes les plus défavorisés, en corrigeant l'écart entre les groupes les plus défavorisés et d'autres groupes (généralement le groupe le plus privilégié ou la moyenne d'une population) et, enfin, en se préoccupant des inégalités de santé dans l'ensemble de la population. Les différentes manières de concevoir les inégalités de santé ont aussi de vastes répercussions sur les politiques mises en œuvre (Graham, 2004a; Graham et Kelly, 2004).

EN METTANT L'ACCENT SUR LES GROUPES DÉFAVORISÉS

Une manière courante de tenter de réduire les inégalités de santé consiste à orienter les politiques vers les groupes les plus défavorisés afin d'améliorer leur état de santé. Notons par exemple les nombreuses manières dont on a appliqué des politiques publiques pour essayer d'améliorer la santé des populations sans abri. Un exemple de celles-ci est l'Initiative de santé du centre-ville d'Ottawa. Créé en 2002, ce programme a mobilisé l'Initiative de partenariats en action communautaire fédérale (un volet de l'Initiative nationale pour les sans-abri du gouvernement fédéral), le Plan d'action pour mettre fin à l'itinérance de la Ville d'Ottawa, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ainsi que plusieurs autres ressources du secteur public (à l'Université d'Ottawa et à l'Hôpital d'Ottawa) et des organismes à but non lucratif (dont plusieurs s'impliquent auprès des populations sans abri d'Ottawa). Parmi les initiatives de santé mises au point, mentionnons le MAP (Managed Alcohol Program ou Programme de gestion de l'alcool), conçu précisément pour viser les problèmes de santé et répondre aux besoins des sans-abri alcooliques. Ce programme a entraîné une réduction remarquable des visites aux urgences de cette (modeste) population défavorisée (Podymow, Turnbull, Coyle, Yetisir et Wells, 2006). Une difficulté importante de ce type d'application de politique est sa portée limitée. Comme la politique concerne une proportion relativement faible de la population (et même de la population défavorisée), l'avantage

mesurable pour la santé de la population en général est minime. Autrement dit, ce type d'intervention est un élément important de la réduction des inégalités de santé, mais il ne peut pas à lui seul les éliminer.

EN METTANT L'ACCENT SUR LES ÉCARTS

Se concentrer sur les écarts en santé signifie encore de cibler les personnes qui appartiennent aux segments à plus faible revenu et dont la santé est moins bonne, mais cette attention est ici accordée relativement à d'autres groupes. Cette approche est bien illustrée par les statistiques de surveillance courantes qui comparent l'état de santé des personnes appartenant au segment à plus faible revenu (ou le plus défavorisé) à l'état de santé de la moyenne de la population ou à celui des personnes ayant le revenu le plus élevé (ou étant les plus privilégiées). Ces types de mesures ont pour effet de faire ressortir les écarts parfois considérables en matière de santé entre les plus privilégiés et les plus défavorisés. Cette approche met toujours l'accent sur les plus défavorisés. Par conséquent, elle a tendance à ignorer non seulement les inégalités de santé dans l'ensemble du gradient de santé, mais, de façon plus immédiate, les personnes appartenant aux segments situés juste au-dessus des plus démunis.

EN METTANT L'ACCENT SUR L'ENSEMBLE DU GRADIENT

S'occuper des inégalités sur l'ensemble du gradient de santé signifie de ne pas se limiter aux écarts qui existent entre les personnes qui se situent en haut et en bas de l'échelle, ou à la situation des plus défavorisés, mais de s'intéresser aussi aux façons dont la santé est répartie dans tous les segments de la population. « Il s'agit d'attribuer les causes des inégalités de santé non pas aux conditions défavorables et aux comportements nuisibles à la santé propres aux groupes les plus pauvres, mais aux différences systématiques dans les chances d'épanouissement et dans le niveau et les modes de vie associés aux positions inégales des gens dans la hiérarchie socio-économique » (Graham et Kelly, 2004, p. 10, traduction libre). On illustre souvent cela par des statistiques de quintile de revenu : l'état de

santé de chaque segment est supérieur à celui des segments qui ont un revenu plus faible que lui, mais inférieur à celui des segments qui ont un revenu plus élevé et cela pour tous les segments de revenus.

Cette approche vise à améliorer la santé de l'ensemble de la population en réduisant les inégalités de santé à travers ses segments. La politique qui a peut-être les plus vastes répercussions sur le gradient de santé au Canada est la Loi sur les soins médicaux, qui a instauré les soins de santé universels au pays.

En résumé

- La littérature indique que l'amélioration de la santé des groupes défavorisés et la réduction des écarts en matière de santé sont des objectifs nécessaires, mais insuffisants à eux seuls. Au bout du compte, la réduction des inégalités de santé exige une approche axée sur le gradient de santé.
- Les interventions qui ciblent les plus défavorisés peuvent plaire aux décideurs politiques, à cause de leur coût ou pour d'autres raisons. Les effets défavorables des interventions ciblées peuvent inclure :
 - une stigmatisation des populations ciblées (Solar et Irwin, 2010);
 - une légitimation des désavantages économiques afin de les rendre plus tolérables pour les personnes et moins lourds pour la société (Solar et Irwin, 2010);
 - l'oubli des personnes qui sont « cachées dans les moyennes » (celles qui vivent dans des conditions défavorables ou qui viennent de milieux défavorisés, mais qui ne sont pas ciblées par la politique ou l'intervention) (Newman, Baum, Javanparast, O'Rourke et Carlon, 2015, traduction libre).
- Les programmes et les politiques de santé (y compris ceux qui visent les déterminants sociaux de la santé) qui ciblent les plus vulnérables sont importants, mais ils ne doivent pas masquer le besoin de s'attaquer en premier lieu aux inégalités sociales structurelles qui créent les inégalités de santé (Solar et Irwin, 2010).

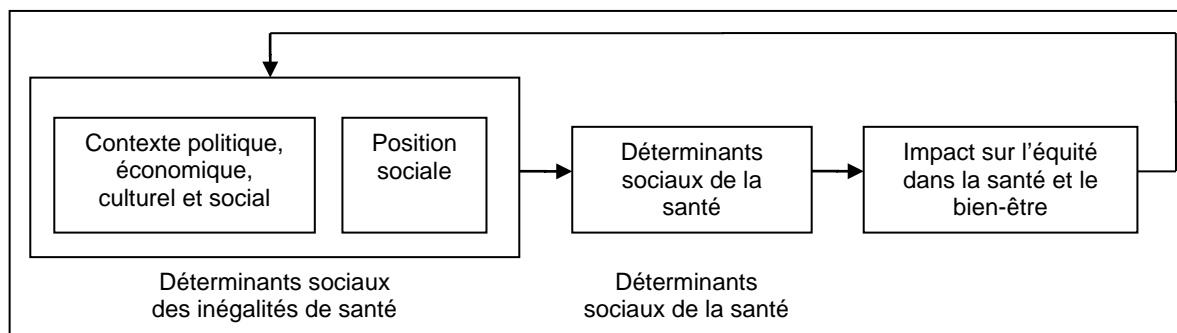


Figure 1 Les déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé

Source : Adapté du cadre conceptuel de la CDSS de l'OMS, 2008

Les déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé

On accepte aujourd'hui couramment que les inégalités de santé découlent d'une répartition inégale des déterminants sociaux de la santé et que ces déterminants soient à leur tour façonnés par un ensemble de forces plus vastes, notamment l'économie, les politiques sociales et la politique (CDSS de l'OMS, 2008). On retrouve dans la littérature différentes façons de parler de ces forces plus larges : on les décrit comme les déterminants sociaux distaux et sous-jacents, comme les « causes des causes » ou comme les déterminants structurels de la santé. Ces facteurs sont les déterminants sociaux des inégalités de santé. La figure 1 est adaptée du cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008) (le cadre original est reproduit à l'annexe 1).

Plusieurs travaux portant sur la réduction des inégalités de santé notent l'importance de s'occuper des déterminants sociaux des inégalités de santé. Toutefois, les efforts visant à réduire les inégalités de santé ont surtout été axés sur l'atténuation des effets des déterminants sociaux de la santé dans différents segments de la population.

Certains affirment que l'utilisation d'un même terme, « déterminants sociaux de la santé », pour définir et cibler tant les déterminants sociaux des inégalités de santé que les déterminants sociaux de la santé, amalgame souvent les manières dont ces deux types de déterminants fonctionnent (Graham, 2004b).

Comme le note Graham, on comprend mieux les deux concepts si l'on considère qu'ils fonctionnent de façon distincte et qu'ils sont même parfois contradictoires. Par exemple, il est possible

d'adopter des politiques visant à améliorer les conditions de vie quotidiennes des enfants issus de milieux défavorisés sur le plan économique, comme des programmes de petits-déjeuners dans les écoles, tout en appliquant des politiques structurelles plus larges qui influencent les déterminants sociaux des inégalités de santé de manière à augmenter les inégalités dans une société. Pensons par exemple aux politiques d'aide sociale qui ont tendance à aggraver ou à renforcer la pauvreté. Autrement dit, ces politiques qui visent les déterminants sociaux de la santé pourraient voir leurs répercussions positives « être modérées par des politiques de plus grande envergure : par des politiques en matière d'emploi et de fiscalité et par l'administration publique de l'éducation, du logement et de la sécurité sociale » (Graham, 2004b, p. 115, traduction libre). Cette situation s'explique entre autres par le fonctionnement différent des déterminants sociaux de la santé par rapport aux déterminants sociaux des inégalités de santé.

Bien que les deux types de déterminants puissent entraîner des effets négatifs sur le plan social et en matière de santé, « [l']utilisation d'un seul modèle pour expliquer à la fois la santé et les inégalités de santé peut estomper la distinction entre les facteurs sociaux qui influent sur la santé et les processus sociaux qui déterminent la répartition inégale de ceux-ci. Le brouillement de cette distinction peut être trompeur en matière de politiques, et il risque d'alimenter l'hypothèse politique selon laquelle les inégalités de santé peuvent être réduites par des politiques qui ne se concentrent que sur les déterminants sociaux de la santé » (Graham, 2004b, p. 109, traduction libre).

Pour réduire efficacement les inégalités de santé, il faut donc non seulement se pencher sur les déterminants sociaux de la santé, mais aussi

inévitables s'attaquer aux déterminants sociaux des inégalités de santé. Il faut ainsi considérer que les approches qui visent essentiellement des déterminants sociaux de la santé ont peu d'impact sur la répartition des inégalités de santé dans une population. Il est plus avantageux de jumeler ces approches à celles qui tentent de prendre en compte les déterminants sociaux des inégalités de santé. C'est pour cette raison que nous précisons à laquelle des deux catégories appartiennent les approches globales abordées dans ce document.

En résumé

« Les **déterminants sociaux de la santé** sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes de soins qui leur sont offerts. À leur tour, ces circonstances dépendent d'un ensemble de forces plus vastes : l'économie, les politiques sociales et la politique. » (CDSS de l'OMS, 2016)

« Les structures et processus sociaux sous-jacents qui assignent systématiquement les gens à des positions sociales différentes et qui répartissent inégalement les déterminants sociaux de la santé dans la société sont les **déterminants sociaux des inégalités de santé**. » (VicHealth, 2015, p. 6, traduction libre)

Présentation des approches de réduction des inégalités de santé

Dans cette section, nous nous penchons sur différentes grandes approches politiques utilisées pour lutter contre les inégalités de santé. Nous avons organisé cette présentation autour de ce que nous avons appelé « des approches politiques de réduction des inégalités de santé », et ce, afin de mettre en évidence les liens qui existent entre les approches globales et les résultats probables sur le plan de l'inégalité. Les différentes approches que nous avons distinguées dans ce qui suit ne sont ni uniformes ni nécessairement mutuellement exclusives. La majorité des catégories sont délibérément générales et ne cherchent pas à être exhaustives. Néanmoins, elles couvrent la plupart des manières dont on conçoit les inégalités de santé quand on cherche à les réduire. Nous avons délibérément évité de discuter en profondeur de types précis de politiques — universelles, ciblées, universelles ciblées, etc. (voir Carey et Crammond, 2014) — afin de revenir un pas en arrière et d'examiner comment chacune des approches conçoit les inégalités et comment cette

conception influence l'endroit où chacune d'elles est susceptible de s'introduire dans le continuum des manières dont les inégalités de santé apparaissent et persistent. En les catégorisant ainsi, nous espérons aider les lecteurs à observer comment l'utilisation de ces grandes approches pour cibler les inégalités de santé pourrait considérablement influencer les points d'entrée des politiques et, ainsi, leurs effets probables.

Ces approches abordent le plus souvent soit les déterminants sociaux des inégalités de santé, soit les déterminants sociaux de la santé. En fonction de l'objectif de réduction des inégalités poursuivi (populations ciblées, écart ou gradient), et selon la manière dont les inégalités de santé sont pensées (le tableau 1 présente ces conceptions sous-jacentes), certaines approches ont été plus ou moins mises en évidence, seules ou en combinaison avec d'autres. Par exemple :

Les approches qui ciblent les déterminants sociaux des inégalités de santé (les déterminants structurels de la santé) peuvent agir sur la répartition des facteurs socio-économiques dans la population grâce à de vastes politiques macrosociales, comme les politiques fiscales. Ces approches politiques considèrent souvent que les inégalités de santé proviennent d'inégalités sociales et elles sont mieux adaptées pour ajuster les niveaux de santé dans l'ensemble du gradient (sans nécessairement y suffire à elles seules).

Les approches qui ciblent les déterminants sociaux de la santé, comme celles qui visent à améliorer la qualité de l'environnement des quartiers ou la participation publique dans une communauté, associent souvent les inégalités de santé à un accès limité à des ressources matérielles et psychosociales, à la défavorisation et à l'exclusion. Elles cherchent plus généralement à aider les membres les moins bien nantis de la population à se sortir des situations dans lesquelles ils se trouvent. Ces approches sont plus susceptibles d'être utilisées pour réduire les écarts ou pour ne cibler que les plus défavorisés (Graham et Kelly, 2004).

Chacune des grandes approches procède d'un bagage théorique et pratique (qu'il soit explicite ou implicite) similaire quant aux manières dont elle conceptualise et cadre l'inégalité et quant au type de politique qu'elle est plus susceptible d'utiliser. Chacune des approches présente des forces et des limites potentielles et le tableau 1 décrit celles-ci.

Mars 2016

Auteures : Pascale Mantoura et Val Morrison, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé
Soutien à l'édition : Marianne Jacques, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Mantoura, P. et Morrison, V. (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

REMERCIEMENTS

Le CCNPPS souhaite remercier Penny Sutcliffe (Service de santé publique de Sudbury et du district), Josée Lapalme (Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal) et Katherine L. Frohlich (Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal et Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal) pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada et répartis à travers le Canada. Chacun des Centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des Centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des Centres que comme lieu de production conjointe des projets communs. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Toutes les images de ce document ont été reproduites avec permission ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au ccnpps@inspq.qc.ca.

N° de publication : 2759

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : www.inspq.qc.ca et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: www.ncchpp.ca and on the Institut national de santé publique du Québec website at: www.inspq.qc.ca/english.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec, qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2020
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-88233-6 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-88232-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)