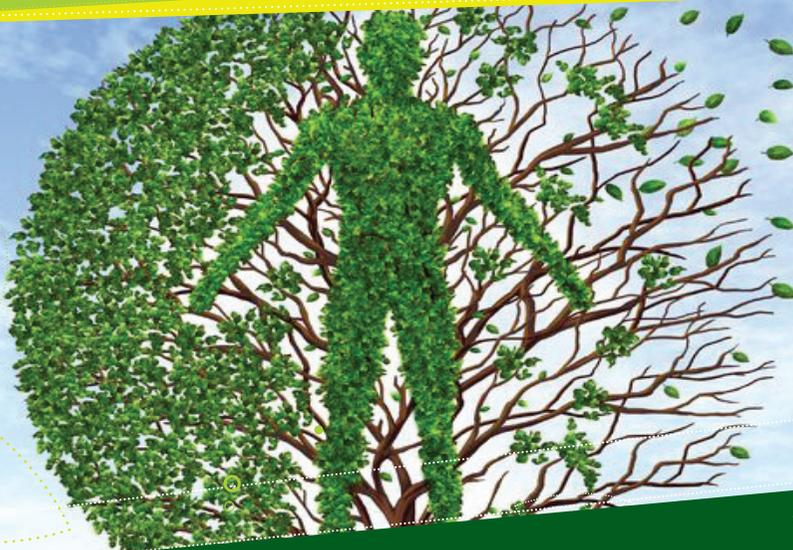


DOSSIER TECHNIQUE



Source image - Stocklib

N° 7

Inégalités sociales de santé et promotion de la santé



Décembre 2015

2^{de} édition septembre 2016

Réalisation

Agathe SANDON

Chargée d'ingénierie documentaire

2 place des savoirs, Le Diapason, 21000 Dijon

Tél. : 03 80 66 87 68

Sommaire

Introduction	3
Inégalités sociales de santé : définition	4
Modèles explicatifs des ISS.....	5
Les stratégies d'intervention	12
Les outils d'évaluation des ISS	14
Conclusion.....	18
Annexes	19



Introduction

Selon la constitution de l'OMS adoptée en 1946, "la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale".

Au cours des dernières décennies, la France s'est dotée d'un système de santé performant et d'un système de couverture maladie offrant un accès universel aux soins, qui ont favorisé l'amélioration de l'espérance de vie et de l'état de santé moyen. Cependant, ils n'ont pas permis que ces avancées profitent de manière équitable à l'ensemble de la population. En effet, les inégalités sociales de santé ont tendance à se creuser en France, et y sont plus importantes que dans les autres pays européens¹. La France est ainsi le pays où les écarts en termes d'espérance de vie sont les plus importants entre les cadres et les ouvriers (6,4 ans pour les hommes et 3,2 ans pour les femmes). Un homme a 18% de risque de mourir avant 65 ans s'il est ouvrier, contre 7% s'il est cadre².

On appelle inégalités sociales de santé (ISS) "toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale"³. Trois types d'inégalités en santé peuvent être distingués : les inégalités entre hommes et femmes, celles entre catégories socioprofessionnelles, et celles entre territoires. Les catégories socioprofessionnelles ne sont donc pas seulement une unité de mesure des inégalités de santé : "il y a un lien direct entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale". De plus, les inégalités de santé sont considérées comme évitables car elles ne relèvent pas uniquement de facteurs biologiques mais de déterminants socialement construits⁴. Outre la classe sociale, les comportements individuels ainsi que de nombreux déterminants sociaux jouent un rôle dans la construction des inégalités.

La réduction des ISS est une priorité de santé publique, mais également économique. Cela passe par une politique de santé publique en faveur de "l'égalité des chances" et une attention particulière portée aux populations les plus vulnérables (populations précaires, atteintes de maladies chroniques ou de handicaps, etc.). L'environnement au travail et dans la vie quotidienne (habitat, alimentation, activité physique, culture, éducation, etc.) doit pour cela être pris en compte.

Comment s'assurer que les actions mises en œuvre prennent bien en compte les ISS ? Quels facteurs sont à l'origine de leur développement ? Sur quelles stratégies s'appuyer pour les réduire ?

Ce dossier fait le point sur ces différents aspects afin de soutenir les acteurs de terrain dans leur lutte contre les ISS.

¹ HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. **Les inégalités sociales de la santé : sortir de la fatalité**. Paris : HCSP, 12/2009

² BLANPAIN N. **Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers**. *Insee première*, n°1584, 02/2016, 4 p. Disponible en ligne http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1584#inter2

³ GUICHARD A., POTVIN L. **Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ?** in POTVIN L. **La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé**. Saint Denis : INPES, 2010.

⁴ MOLEUX M., SCHAETZEL F., SCOTTON C. **Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles**. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 05/2011, 124 p. Disponible en ligne



Inégalités sociales de santé : définition

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des "*différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé*" observées entre des groupes sociaux. Elles se distinguent des inégalités de santé qui ne relèvent pas de la justice sociale mais d'autres facteurs, pouvant être notamment génétiques ou physiologiques (inégalités liées à l'âge, au sexe, etc.). Elles font référence aux relations entre la santé et l'appartenance à un groupe social, et sont liées à l'inégale répartition des chances au départ. Ces inégalités sont systématiques, importantes et évitables. Elles ne sont ni justes, ni naturelles : en effet, les populations ne disposent pas d'une réelle égalité des chances pour atteindre un niveau de santé optimal.

Ces inégalités concernent toute la population et ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes les plus défavorisées et les autres. L'état de santé des populations est corrélé à la position dans la hiérarchie sociale (niveau d'instruction, revenus, profession, lieu de résidence, etc.). Les inégalités se répartissent selon un **gradient social** : chaque classe sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure.

Le terme de "gradient social" évoque un continuum, le fait que la fréquence, d'un problème de santé par exemple, augmente régulièrement des catégories les plus favorisées vers les plus défavorisées. La répartition des problèmes de santé s'en trouve donc socialement stratifiée.⁵ Ainsi les personnes bénéficiant d'une position sociale plus élevée sont en meilleure santé que celles se situant juste en dessous dans l'échelle sociale, et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis. La position sociale définit la position d'un individu sur l'échelle sociale en termes d'âge, d'éducation, de profession ou de niveau de revenus.

Le terme "**iniquités**" est utilisé par l'OMS pour désigner ce concept de « *différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais, de plus, qui sont considérées comme inéquitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique* »⁶. Cette notion de l'équité en santé renvoie à la théorie de la justice sociale et au développement de conditions favorables à la santé pour tous.

En France, les ISS se manifestent à différents niveaux :

- espérance de vie entre femmes et hommes : à 35 ans l'espérance de vie des femmes dépasse de 6 ans celle des hommes ;
- espérance de vie en bonne santé selon le gradient social ;
- taux de mortalité prématurée entre ouvriers et cadres : l'écart entre l'espérance de vie des cadres et celle des ouvriers est de 6,4 ans pour les hommes et 3,2 ans pour les femmes ;
- espérance de vie entre diplômés du supérieur et non diplômés : 7,5 ans pour un homme et 4,2 pour une femme ;
- disparités entre les régions et les territoires ;

⁵ LANG T., LECLERC A., KAMINSKI M. **Inégaux face à la santé : du constat à l'action**. Paris : La découverte, 2008

⁶ BDSP. **Glossaire multilingue**. Disponible en ligne <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>



- gradient nord/sud et est/ouest.

Toutes ces inégalités sont détaillées dans l'ouvrage de la FNORS "*Inégalités socio-sanitaires en France: de la région au canton*"⁷. L'analyse et le suivi de ces indicateurs constituent une aide à la décision et à la définition de politiques de santé adaptées aux besoins des populations.

Les inégalités font système, elles ne constituent pas des éléments distincts et isolés. Des relations complexes relient chacune d'entre elles à plusieurs autres et se construisent dans la durée. Les inégalités se transmettent ainsi à l'intérieur des familles et des groupes sociaux.⁸

Modèles explicatifs des ISS

Parmi les nombreuses théories tentant d'expliquer les relations entre les ISS et le niveau socio-économique, deux sont plus fréquemment citées dans la littérature : la mobilité sociale sélective et les déterminants de la santé.

La mobilité sociale sélective

Ce modèle présume que l'état de santé d'une personne détermine sa position sur l'échelle sociale : les ISS naîtraient d'une sélection en matière de santé lors de la mobilité sociale. L'état de santé serait ainsi la cause de la mobilité sociale et non sa conséquence, celle-ci pouvant se produire entre deux générations ou au sein d'une même génération et être directe ou indirecte.

La "sélection directe" indique que ce mouvement vers le haut ou le bas dans la hiérarchie sociale est la conséquence directe d'un bon ou d'un mauvais état de santé : les personnes en moins bonne santé descendent dans l'échelle sociale. Le bas de l'échelle sociale concentre ainsi les personnes en mauvais état de santé, et le risque de décès est plus élevé chez ces populations.

La "sélection indirecte" suppose que les facteurs déterminant la mobilité sociale influencent également l'état de santé d'une personne à long terme. Ils sont la cause d'une mobilité sociale descendante et d'une morbidité à un âge plus avancé. L'attitude envers le futur est l'un de ces facteurs d'influence. Une perception positive de l'avenir peut influencer les comportements de santé de manière favorable, ce qui aurait des répercussions sur l'état de santé, la morbidité et la mortalité.

Les recherches montrent qu'il existe bien une "mobilité sociale descendante dépendant des problèmes de santé (descente sur l'échelle sociale causée par la maladie) mais que l'impact de ce mécanisme est minime et ne peut expliquer les inégalités de santé. De même, le mécanisme de sélection indirecte est confirmé mais sans pour autant être capable d'expliquer les différences de mortalité et de morbidité entre les groupes sociaux."⁹

⁷ TRUGEON A., THOMAS N., MICHELOT F., LEMERY B. *Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton*. Paris : Elsevier Masson, 2010, 176 p.

⁸ VOLOVITCH P. *Pourquoi et comment les inégalités "font système" ? La santé de l'homme*, n°414, 08/2011, pp.9-10

⁹ WILLEMS S. [et al.] *Problématiques des inégalités socio-économiques de santé en Belgique*. *Santé conjugulée*, 2007, n°40, p. 25-34.



Les déterminants sociaux de la santé

Les ISS ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits. Le concept de déterminants sociaux de la santé permet de comprendre comment les inégalités sociales deviennent des inégalités de santé. Parmi les grandes catégories de déterminants mises en évidence par la recherche, on retrouve les **déterminants individuels** tels que l'âge, le sexe et les facteurs héréditaires¹⁰, les **comportements individuels** (activité physique, alimentation, consommation de tabac et d'alcool, etc.), les **groupes sociaux et communautés** dont font partie les individus, les **conditions de vie et de travail** (emploi, logement, transports, accès aux services publics essentiels), et enfin les **conditions économiques, culturelles et environnementales**.¹¹

L'une des pistes envisagées pour la réduction des ISS pourrait se limiter à inciter les populations à adopter des comportements favorables à leur santé. On sait en effet que certains comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, sédentarité, alimentation déséquilibrée, etc.) jouent un rôle dans l'apparition de certaines pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires, etc.). Cependant les comportements individuels ne sont pas le seul facteur de risque permettant d'expliquer les différences sociales de santé. De nombreux travaux ont montré que le mode de vie ne permettrait de justifier qu'un tiers des écarts constatés¹². D'autres facteurs entrent en ligne de compte : les déterminants sociaux de santé. Nombreux, ces derniers interagissent de manière complexe et sont en lien avec la répartition socialement observée des comportements défavorables à la santé.¹³

La manière dont ces déterminants se construisent et s'enchaînent renvoie à des modèles théoriques. Elle dépend également de choix politiques en matière de justice sociale. La réduction des ISS ne peut donc pas être atteinte en améliorant l'état de santé des populations ni en agissant sur le système de prévention et de soins uniquement. La majorité des déterminants se situe en amont du système de soins, l'action doit se porter en priorité sur les conditions de vie et de travail des populations.

"Les ISS trouvent leur origine dans des déterminants multiples qui s'accumulent, depuis la petite enfance, tout au long de la vie, et qui touchent l'environnement physique et social, les conditions de vie et de travail, mais aussi l'accès et le recours à la prévention, aux soins et aux dispositifs d'accompagnement." Ces facteurs n'agissent pas isolément, leur combinaison influence l'état de santé.

Les ISS concernent toute la population : les interventions ne peuvent donc pas cibler uniquement les 10% les plus pauvres mais doivent concerner l'ensemble des Français et ce à tous les niveaux.¹⁴

¹⁰ JOUGLA É., RICAN S., PEQUIGNOT F., LE TOULLEC A. **Disparités sociales de mortalité**. *La Revue du praticien*, 2004, vol. 20, n°54, pp. 2228-2232

¹¹ Ibid 4

¹² LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. **Les inégalités sociales de santé**. Paris : Inserm-La Découverte, 2000, 448 p. (coll. Recherches)

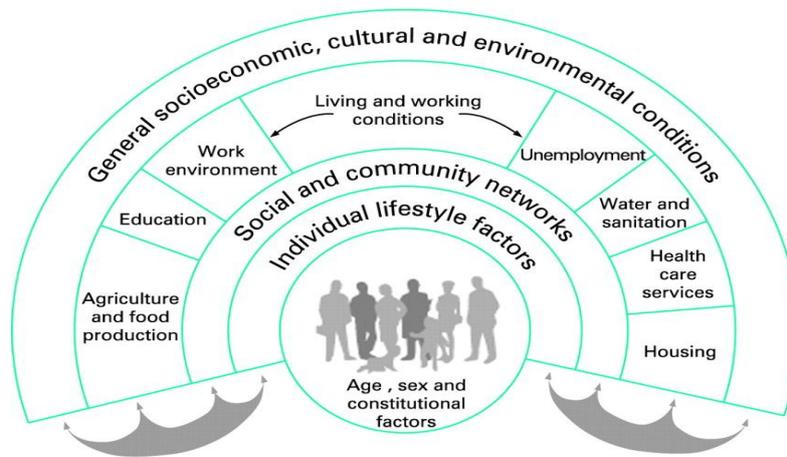
¹³ MOQUET M.J. **Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples**. *La santé de l'homme*, n°397, 10/2008, pp.17-19. Disponible en ligne <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/397/02.htm>

¹⁴ MOONEY G. **Vertical equity in health care resource allocation**. Sydney : Department of public health and community medicine, University of Sydney in NIEWIADOMSKI C., AÍACH P. **Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles**. Rennes: Edition EHESP, 2008, pp. 57-80.



On distingue plusieurs **modèles théoriques des déterminants sociaux de la santé** :

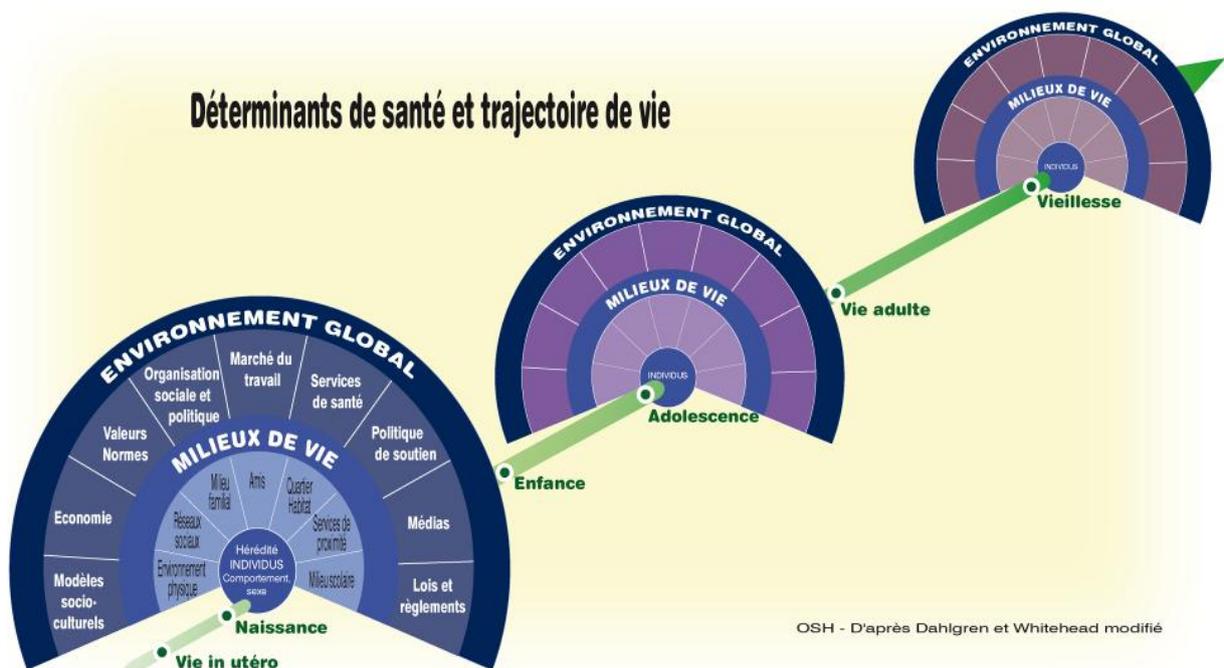
- « **Les déterminants de la santé** », selon **Dalghren and Whitehead, 1991**



D'après le modèle de Dahlgren et Whitehead, les ISS sont le résultat d'interactions entre différents déterminants de la santé soit :

- les caractéristiques biologiques des individus,
- les comportements et modes de vie personnels,
- l'influence des groupes sociaux,
- les facteurs liés aux conditions et milieux de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels (offre alimentaire, éducation, logement, services de santé, ...),
- les conditions économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans l'ensemble de la société.¹⁵

Déterminants de santé et trajectoire de vie



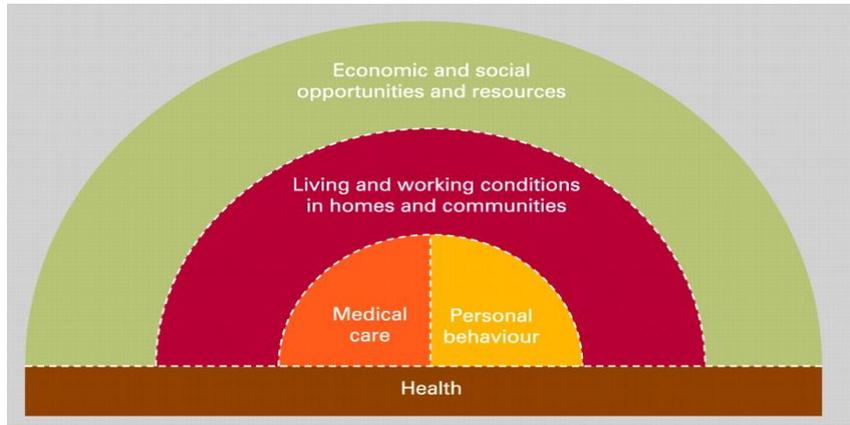
OSH - D'après Dahlgren et Whitehead modifié

¹⁵ DAHLGREN G, WHITEHEAD M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm : Institute for Futures Studies, 1991



Les conditions sociales agissent sur la santé dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, modifiant tout autant sa qualité que sa durée. Les ISS se développent, et souvent s'accroissent, tout au long du parcours de vie des individus. Elles résultent de l'interaction entre les différentes conditions quotidiennes de la vie, qui sont autant de déterminants sociaux de la santé.¹⁶

- **“Influences on health: broadening the focus”, de la Robert Wood Johnson Foundation, publié dans “Overcoming Obstacles to Health” en 2008¹⁷**



La santé se construit sous l'influence de l'âge, du genre, du profil génétique, des soins de santé, des comportements individuels et d'autres facteurs qui n'apparaissent pas sur ce schéma. Les comportements, tout comme l'accès à des soins médicaux, sont conditionnés par les conditions de vie et de travail, qui à leur tour sont influencées par les opportunités économiques et sociales et les revenus.

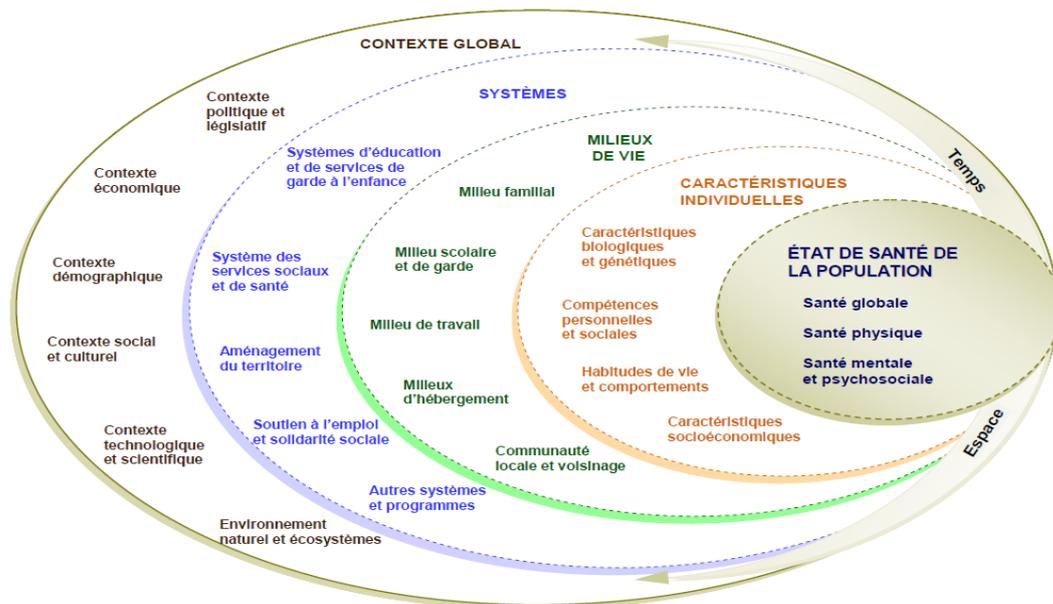
- **Le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2010¹⁸**

¹⁶ REFIPS. Déterminants sociaux de la santé : Cadres théoriques. REFIPS, 06/2012

¹⁷ KRIEGER, N. **Ladders, pyramids, and champagne: the iconography of health inequities.** *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, n°62, pp. 1098-1104

¹⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. **Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : une réflexion commune.** Montréal : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 03/2010 <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-202-02.pdf>





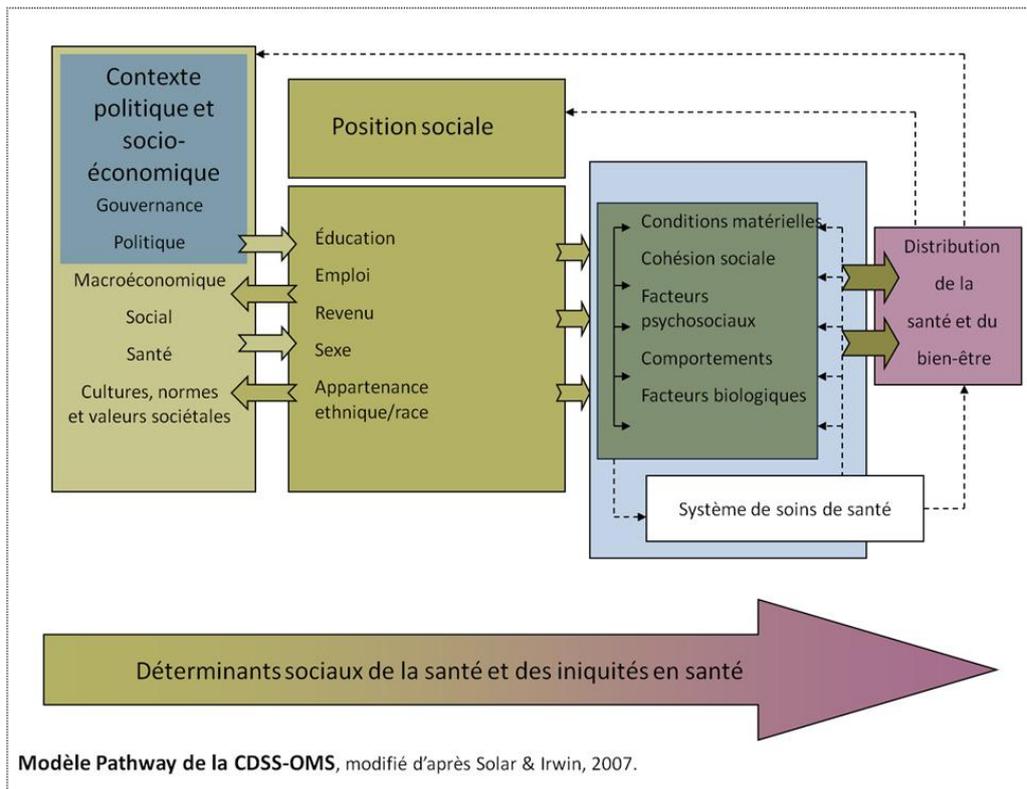
Le cadre conceptuel retenu est structuré à partir de cinq champs : 4 déterminants (le contexte global, les systèmes, les milieux de vie, les caractéristiques individuelles) et l'état de santé de la population. Ce dernier champ se distingue visuellement des autres, puisqu'il constitue le but ultime de l'exercice de la surveillance et de l'action en santé publique. Des catégories et sous-catégories proposent des illustrations de ces déterminants (non exhaustives).

Les déterminants agissent à différentes échelles, allant de ceux plus près des individus jusqu'à ceux appartenant au contexte global. Ce cadre propose une conceptualisation des déterminants qui influencent la santé d'une population. Il n'indique et n'implique aucun lien de causalité entre les composantes.

- Le "modèle Pathway" de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) de l'OMS¹⁹

¹⁹ OMS. **Comblant le fossé en une génération: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.** Genève : Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, 2008





Dans ce modèle conceptuel proposé par la CDSS, le contexte socio-économique et politique est à l'origine des inégalités de santé : les **déterminants sociaux** s'organisent en déterminants structurels et déterminants intermédiaires.

Les **déterminants structurels** sont liés au contexte socio-économique et politique d'un pays et influencent la distribution inégale des déterminants intermédiaires. Ils regroupent la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques fiscales, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture mais également les valeurs de la société. Les politiques fiscales et sociales déterminent un taux de pauvreté et les populations les plus touchées. Ils divisent les individus en classes sociales inégales (genre, origine ethnique, éducation, insertion socioprofessionnelle, niveau de revenus).

Les **déterminants intermédiaires** renvoient aux conditions matérielles (logement, consommation alimentaire, environnement de vie et professionnel, etc.), psychologiques (stress, soutien social, etc.), aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements individuels (nutrition, activité physique, consommation de tabac et d'alcool, etc.) et à l'accès au système de santé.²⁰

Ce cadre conceptuel permet "d'illustrer les "causes des causes" liées à la nature de la société, influencée par des forces globales agissant à l'intérieur d'un pays (la nature du commerce, les interventions humanitaires, les accords internationaux et les problèmes écologiques occupant le devant de la scène en raison des changements climatiques, etc.)²¹

²⁰ MOQUET M.J., POTVIN L. **Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention**. *La santé de l'homme*, n°414, 08/2011, pp.7-8. Disponible en ligne <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>

²¹ iMARMOT M., ALLEN J., BELL R. **OMS : un cadre d'action pour réduire les inégalités sociales de santé**. *La santé de l'homme*, n°414, 08/2011, p 13 Disponible en ligne <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>



L'état de santé d'une personne résulte d'interactions complexes entre des facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques qui vont interagir tout au long de sa vie. Certains modèles explicatifs mettent en avant le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance, qui si elles ne sont pas favorables, feraient le lit des inégalités futures. D'autres modèles s'appuient davantage sur le cumul et les interactions entre plusieurs déterminants sociaux et économiques défavorables tout au long de l'existence.

Tous ces modèles ne sont pas exclusifs et peuvent se révéler complémentaires. "Il n'y a pas de déterminisme, mais des déterminants qui interagissent, s'enchaînent, voire se modifient au cours de la vie. Le poids de chaque déterminant et son mode d'interaction sont peu connus et semblent par ailleurs dépendre fortement du contexte (impact différencié suivant les individus, les pays, le lieu de vie, le système socio-économique, etc.)"²² En revanche, il y a consensus autour du fait que "tous ces déterminants interviennent mais sans que l'on puisse expliquer complètement comment, ni si l'un prédomine sur l'autre ou encore comment les hiérarchiser".

La distribution inéquitable des déterminants de la santé serait donc la cause des ISS.

La notion d'incorporation biologique

L'influence de l'environnement socioéconomique précoce sur l'état de santé adulte a largement été démontrée dans la littérature. Celle-ci se poursuit à l'âge adulte, quels que soient la situation socioéconomique et les comportements à risque des personnes²³. Certaines études avancent que "l'environnement psychosocial de l'enfant pourrait modifier certains processus biologiques au cours du développement, en lien avec les systèmes de réponse au stress, et impacter ainsi la santé future". Le concept d'incorporation (embodiment) définit l'influence des environnements (physique, social, chimique, etc.) sur nos systèmes biologiques. Cette notion a été décrite comme "la façon dont nous incorporons, comme tout organisme vivant, littéralement, biologiquement, le monde dans lequel nous vivons, y compris nos circonstances sociétales et écologiques"²⁴. La dimension sociale et biologique de l'être humain lui permettent d'incorporer l'environnement qui l'entoure tout au long de vie et pas uniquement pendant l'enfance. L'incorporation biologique, en référence à la notion d'adaptation à l'environnement qui caractérise tous les êtres vivants, pourrait expliquer en partie le

²² Ibid 16

²³ GALO BARDES B., LYNCH J.W., DAVEY SMITH G. **Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: systematic review and interpretation.** *Epidemiologic Reviews*, 2004, n°26, pp. 7-21

²⁴ KRIEGER N. **Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology.** *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2005, vol. 59, n°5, pp. 350-355



gradient social observé pour la majorité des maladies chroniques²⁵. Reste à savoir comment mesurer la réalité physiologique de ce concept prometteur chez l'être humain²⁶.

Les stratégies d'intervention

Les interventions visant à réduire les ISS s'appuient sur les stratégies de promotion de la santé (Charte d'Ottawa, OMS, 1986) et se répartissent en 4 catégories principales²⁷ :

1. Renforcer les capacités et les compétences des individus

Les démarches s'appuient sur les connaissances, attitudes, aptitudes et/ou la motivation individuelle des populations cibles : campagnes d'information, soutien personnalisé, programmes de groupe permettant de développer certaines aptitudes, accompagnement et apprentissage.

Plusieurs approches peuvent être combinées pour atteindre l'objectif fixé (éducation et soutien aux individus) : par exemple une campagne médiatique associée à des interventions en milieu scolaire et du soutien individuel.

"Il ne s'agit pas tant d'éliminer les lacunes des personnes que de soutenir leurs atouts et de supprimer les barrières qui font obstacle au développement de ces atouts. L'information et l'éducation deviennent les moyens utiles pour être en capacité de faire des choix."

2. Renforcer des communautés

"Ces interventions visent les communautés en renforçant la cohésion sociale et le soutien mutuel. Il s'agit d'amener les acteurs communautaires (élus, professionnels, décideurs institutionnels et habitants) à participer à des initiatives qui leur permettent collectivement de fixer des priorités qui augmentent et protègent leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie, qu'ils peuvent ensuite mettre œuvre eux-mêmes et placer à l'agenda politique."

3. Améliorer les conditions de vie et de travail

Cette catégorie rassemble les initiatives qui concourent à améliorer les conditions de vie et de travail des populations ainsi que celles qui visent à optimiser l'accès aux biens et services essentiels (alimentation, enseignement, logement, aide sociale, soins, etc.). L'objectif est de développer des environnements sains et favorables à la santé.

4. Promouvoir des mesures politiques favorables à la santé

²⁵ HERTZMAN C. **The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood**. Annals of the New York Academy of Science, 1999, n°896, pp. 85-95.

²⁶ DELPIERRE C, BARBOZA-SOLÍS C, CASTAGNÉ R, LANG T, KELLY-IRVING M. **Environnement social précoce, usure physiologique et état de santé à l'âge adulte : un bref état de l'art**. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 7/06/2016, n°16-17, pp. 276-281. Disponible en ligne http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_1.html

²⁷ ASBL SACOPAR, OBSERVATOIRE WALLON DE LA SANTE. **Stratégies d'intervention in Lentille ISS** [site Internet] Disponible en ligne <http://www.inegalitesdesante.be/fondements/strategie.php>



"Ces interventions visent à modifier l'environnement macro-économique ou culturel afin de lutter contre la pauvreté et les conséquences négatives des inégalités sociales sur la société. Il s'agit ici de mesures qui garantissent certains droits tels une politique macro-économique et de l'emploi favorable à la santé, l'encouragement de valeurs culturelles visant à promouvoir l'égalité des chances". Toutes ces mesures sont intersectorielles et s'adressent à l'ensemble de la population, non pas à des publics prioritaires ni à des régions défavorisées. "Elles se concrétisent en des textes législatifs et des normes. [...] Par leur caractère universel et à condition qu'elles soient accessibles par tous, ces mesures ont un impact important et durable."

Malgré les constats répétés dans la littérature scientifique, peu de programmes de santé publique ont été mis en œuvre dans l'objectif de réduire les ISS. Selon M. Marmott, "le creusement des inégalités serait maîtrisable si ces politiques et programmes n'étaient pas calibrés et déployés de manière unique pour tous, mais l'étaient avec une offre de prévention d'intensité et de forme graduées selon des catégories de populations pertinentes".²⁸ C'est ce qu'on appelle l'**universalisme proportionné**.

Afin de lutter efficacement contre les ISS, les différents niveaux d'intervention doivent être intégrés dans un plan politique global et mobiliser l'ensemble des acteurs concernés. L'offre de prévention doit toucher l'ensemble de la population, mais être davantage soutenue en direction des populations les plus vulnérables²⁹.

Selon Whitehead & Dahlgren (2006)³⁰, trois étapes successives sont nécessaires pour réduire les ISS et constituent le seuil d'une politique globale³¹ :

- améliorer l'état de santé des populations les plus défavorisées (focus sur ces populations)
- réduire les écarts entre les groupes les plus défavorisés et ceux les plus favorisés (les deux extrémités de l'échelle sociale)
- réduire les disparités de santé systématiques entre tous les groupes de la société (y compris les groupes intermédiaires)

Ces approches ne doivent pas être seulement perçues comme complémentaires mais également comme étant interdépendantes. L'amélioration de l'état de santé des populations les plus défavorisées est une première étape essentielle et prioritaire.

²⁸ DESENCLOS J.C., ARWIDSON P. **Inégalités sociales et territoriales de santé : des connaissances et des faits probants pour l'action !** *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 7/06/2016, n°16-17, pp. 276-281. Disponible en ligne http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_1.html

²⁹ OTTERSEN O.P., DASGUPTA J., BLOUIN C., BUSS P. [et al]. **The political origins of health inequity: prospects for change.** *The Lancet*, 2014, vol. 383, n°9971, pp. 630-667.

³⁰ WHITEHEAD M., DAHLGREN M. **Concepts and principles for tackling social inequities in health.** Genève : OMS, 2007
Disponible en ligne http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

³¹ Ibid 26



Les outils d'évaluation des ISS

La lentille ISS (Fondation Roi Baudouin, Belgique)³²

"Contrairement à d'autres pays européens, il n'y a pas en Belgique de stratégie pour réduire les écarts de santé et les politiques de santé ne tiennent pas compte suffisamment des différents sous-groupes de population." Une équipe spécialisée de l'Université de Gand a donc été missionnée par la fondation Roi Baudouin pour élaborer un outil qui permettrait aux porteurs de projets locaux d'observer les ISS au sein d'une population et de mieux prendre en compte les sous-groupes composant la population ciblée.

L'outil développé est fortement inspiré du "*Health Equity Assessment Tool*³³" du Ministère de la santé de Nouvelle-Zélande.

La conception de cet outil s'appuie sur 4 fondements théoriques³⁴ :

- le statut socioéconomique est l'indicateur principal, bien que l'on prenne maintenant en compte d'autres indicateurs tels que l'éducation, l'instruction, la culture ;
- les déterminants de santé, ainsi que les facteurs qui les composent, ont une très grande influence sur les inégalités ;
- les ISS se construisent et plusieurs types de mécanismes font que certaines personnes y sont confrontées plus rapidement et fortement que d'autres ;
- certaines approches permettent de réduire les ISS, notamment les stratégies de promotion de santé.

Cet outil permet d'identifier les inégalités sociales existantes au sein de la population visée par un projet et de vérifier s'il tient bien compte de la diversité sociale de ce public. Il permet de repérer quels sont les groupes qui composent la population ciblée et de s'interroger sur l'impact du projet :

- Dans quelle mesure les stratégies et les activités en œuvre contribuent-elles à améliorer la situation de tous les groupes ?
- Ce projet tient-il compte de la diversité sociale du territoire ?
- Quels sont les groupes qui composent la population ciblée et ce projet va-t-il contribuer à améliorer la situation de chacun d'entre eux ?
- Ce projet a-t-il permis de réduire les écarts existants entre les groupes en matière de santé ?

³² FONDATION ROI BAUDOIN. **Lentille ISS : le questionnaire inégalités sociales de santé** [site Internet].

<http://www.inegalitesdesante.be>

³³ SIGNAL L., MARTIN J., CRAM F. **The health equity assessment tool : a user's guide**. Wellington : 2008, Ministry of Health.

<http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/health-equity-assessment-tool-guide.pdf>

³⁴ SFSP. **Actes du séminaire d'échanges entre acteurs "Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé"**. Paris, 03/2015. Rennes : SFSP, 2016 Disponible en ligne <http://www.sfsp.fr/activites/file/Actes-seminaire-ISS.pdf>



La *Lentille ISS* se compose d'une liste de questions qui s'articulent autour des différences systématiques entre les groupes socioéconomiques ainsi qu'autour des aspects liés au genre et à la dimension ethnique.

Cet outil propose une grille de questionnements sur la prise en compte des différents éléments qui impactent favorablement les inégalités de santé.

A la manière d'une lentille optique, il permet d'observer ces aspects de façon précise, tout en gardant un œil sur les caractéristiques de la population dans sa globalité et sur le contexte général (zoom avant/zoom arrière).

Contenu de la lentille ISS

- Connaître la population et le territoire

Il s'agit ici de s'interroger sur les caractéristiques de la population ciblée et sur son éventuelle homogénéité. L'accès aux données permettant de caractériser une population locale n'est pas toujours aisé, certaines bases de données peuvent fournir des éléments.

Se pose ensuite la question de l'adaptation du projet aux caractéristiques des populations : diversité des actions vis à vis de la mixité de la population, possibilités de participation de la population, implication des différents groupes, etc.

Un état des lieux du territoire doit également être réalisé, puisque les territoires sont facteurs de création des ISS. Cette analyse peut venir pallier le manque d'informations sur la population. Les questions vont permettre de déterminer si ce territoire est favorable ou non à la santé (services existants, environnement, ressources, mobilité, etc.). Ces questions s'appuient sur le modèle AFOM (Atouts Faiblesses Opportunités Menaces) qui permet une autoévaluation des moyens mobilisables dans le cadre du projet.

- Définir, identifier des stratégies d'action

Les questions permettent de classer les actions envisagées par type d'intervention ou par objectif stratégique. Les différentes stratégies d'intervention possibles en promotion de la santé sont ainsi balayées et l'outil invite les acteurs à s'interroger sur les autres types de stratégies existants.

La lentille ISS permet ainsi de prendre en considération ces différences ayant un impact sur la santé de la population visée au cours des différentes phases du projet. Afin de pouvoir exploiter cet outil tout au long du projet (de sa construction, à sa mise en œuvre puis à son évaluation), **3 versions** de la lentille ISS sont proposées. Ces versions sont à **utiliser de façon successive** afin de pouvoir mesurer la prise en compte des ISS dans le projet et en évaluer le processus. Les mêmes questions seront posées mais à 3 moments différents du projet et pourront ainsi être comparées entre elles. Le questionnaire de fin de projet contient des questions supplémentaires permettant d'en évaluer les résultats et de mesurer l'influence d'autres éléments ayant pu intervenir au cours du projet.

Il est conseillé de remplir ces questionnaires en équipe voire de les partager avec les partenaires du projet afin de construire un langage et une culture commune sur les ISS.



L'outil REFLEX-ISS : auto-analyse des interventions de santé publique et des inégalités sociales de santé (Santé Publique France & Chaire REALISME, Canada)^{35, 36}

La grille proposée par la chaire REALISME et Santé Publique France a pour objectif de "permettre aux acteurs de terrain, selon une démarche d'analyse réflexive, de porter un regard nouveau sur leurs interventions afin de comprendre dans quelles mesures elles disposent du potentiel pour réduire les ISS." Elle s'inscrit dans une démarche qualité des actions de promotion de la santé. Elle ne constitue pas un outil d'évaluation des actions mais plutôt d'amélioration des pratiques. Son utilisation peut se faire en autonomie mais l'Inpes (désormais Santé Publique France) recommande de faire appel à un conseiller en méthodologie expérimenté dans le champ de la promotion de la santé et maîtrisant les enjeux des interventions de réduction des ISS.

La construction de cette grille s'est appuyée sur l'analyse de 3 outils existants : la grille de sélection des bonnes pratiques du projet "Closing the gap"³⁷, Preffi 2.0³⁸, et l'outil du Consortium canadien de recherche en promotion de la santé³⁹. Elle a ensuite été testée sur des interventions en Bretagne, Limousin et Rhône-Alpes.

Conçu dans un cadre de recherche, cet outil a très rapidement répondu à un besoin important des acteurs de terrain. Il a donc été décidé de l'adapter et de le tester à une plus grande échelle avec l'appui de la direction de la santé publique de la Montérégie (Canada). Une démarche collaborative entre les milieux de la recherche, de la planification et de l'intervention a permis d'adapter l'outil à la réalité des pratiques et de reformuler les items pour en assurer une meilleure compréhension.

La grille est composée de 5 rubriques correspondant aux étapes d'un projet en promotion de la santé (planification, mise en œuvre, évaluation, pérennisation) auxquelles s'ajoute celle de renforcement du "pouvoir d'agir" ou "empowerment". Elle comporte 44 critères d'appréciation formulés sous forme de questions listant les éléments importants pour les actions de réduction des ISS. Ces critères sont de deux catégories : des critères d'efficacité valables pour toute intervention de promotion de la santé et des critères d'équité permettant de prendre en compte la réduction des ISS.

Ces 5 rubriques sont indépendantes les unes les autres, il n'y a pas de "meilleur" moment pour compléter la grille. Il est possible de la remplir directement en ligne quelle que soit l'étape du projet à laquelle on se trouve : <http://www.equitesante.org/reflex-iss/>

La valeur ajoutée de cet outil réside sur sa prise en compte du contexte et ses relations indissociables avec les processus d'actions de l'intervention. "Il s'ancre dans une vision des interventions complexes

³⁵ GUICHARD A., RIDDE V. **Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé** in POTVIN L., MOQUET M.J., JONES C.M. **Réduire les inégalités sociales en santé**. Saint Denis : INPES? 2010, 380 p. Disponible en ligne <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/pdf/grille-analyse.pdf>

³⁶ EQUISANTE. **Outil REFLEX-ISS d'auto-analyse des interventions de santé publique et des inégalités sociales de santé**. Disponible en ligne <http://www.equitesante.org/chaire-realisme/outils/reflex-iss/>

³⁷ EURO HEALTH NET. **European portal for action on health inequalities** [site Internet]. Disponible en ligne <http://www.health-inequalities.eu/>

³⁸ MOLLEMAN G., LOUKS P., HOMMELS L. **Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé Preffi 2.0**. Saint Denis : Inpes, 2003, 37 p. Disponible en ligne <http://inpes.santepubliquefrance.fr/ressources-methodologiques/outils/preffi.asp>

³⁹ HILLS M., O NEOILL M., CARROLL S. **Efficacité des interventions communautaires visant à promouvoir la santé : un instrument d'évaluation**. Montréal : Santé Canada, Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé, 2004, 223 p.



en santé publique comme étroitement liées et dépendantes des éléments de contexte (ex. : politique, historique, social, spatial, culturel, organisationnel) dans lesquels elles s'insèrent."

Les interactions perpétuelles des interventions avec leur contexte sont à prendre en compte dans l'évaluation de l'acceptabilité, de l'efficacité et de la pérennisation de ces actions. "Il ne saurait exister d'intervention de type "prête à porter" (one size does not fit all)".

Un guide d'utilisation et deux glossaires sont à la disposition des promoteurs pour faciliter le remplissage de la grille.⁴⁰

Des exemples de grilles complétées à partir de projets développés au Canada sont également disponibles :

- Centre d'abandon du tabagisme (CAT)⁴¹
- Implantation de réseaux sentinelles pour la prévention du suicide⁴²

"Cet outil s'adresse à tous les acteurs (gestionnaires, professionnels, bénévoles, élus, etc.) impliqués dans la planification, la mise en œuvre ou l'évaluation d'un projet/programme/intervention, conçu dans une perspective d'amélioration de la santé des populations et de l'équité en santé".

L'Évaluation d'impact sur l'équité en santé (ÉIÉS)⁴³

L'évaluation d'impacts sur l'équité en santé (EIES), un outil mis au point par le Ministère de la santé et des soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario, vise à maximiser les impacts positifs et à réduire les impacts négatifs qui pourraient éventuellement augmenter les disparités en matière de santé observées entre les groupes de population. Il guide les utilisateurs tout au long du processus permettant de déterminer l'impact d'un programme, d'une politique ou d'une initiative sur les groupes de population.

⁴⁰ GUICHARD A., RIDDE V., NOUR K. **REFLEX-ISS : outil de réflexion pour mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé**. Longueuil : Direction de santé publique de la Montérégie, 11/2015 27 p. Disponible en ligne

<http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2016/05/Guide-utilisation-REFLEX-ISS.pdf>

⁴¹ <http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2016/05/Exemple-REFLEX-ISS-CAT.pdf>

⁴² <http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2016/05/Exemple-REFLEX-ISS-Sentinelles.pdf>

⁴³ **Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)**. Ontario : 2012. Disponible en ligne <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hea/docs/workbook.pdf>



Conclusion

Dans un monde en mutation rapide, les ISS constituent une réalité en augmentation, bien que de mieux en mieux documentée. Les mécanismes qui concourent à leur construction sont complexes et leur réduction représente un véritable défi pour les acteurs de la santé publique. Le développement d'actions innovantes tenant compte des ISS et s'appuyant sur le concept d'universalisme proportionné, permettrait d'améliorer l'état de santé de la population sans creuser davantage les inégalités.

Les acteurs et les décideurs peuvent pour cela s'appuyer sur les différents outils d'analyse existants tout au long de la conception de leur intervention de promotion de la santé. Ces derniers permettent de s'assurer de la prise en compte des ISS.

La réduction des ISS fait partie des missions confiées à la nouvelle agence Santé Publique France et se concrétise dans un programme dédié baptisé "Inégalités Sociales et Territoriales de Santé" (ISTS). Leur prise en compte sera intégrée en continu de la connaissance à l'intervention, via l'intégration des déterminants sociaux dans les activités de surveillance et une attention particulière portée à la réduction des ISS dans la conception et l'évaluation des actions de promotion de la santé.⁴⁴

⁴⁴ Ibid BEH



Annexes

Grille REFLEX-ISS

La 1ère version publiée par l'Inpes en 2010

1. PLANIFICATION DE L'ACTION	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
Analyse du problème et des besoins	
La nature du problème des inégalités sociales de santé est décrite dans le projet (fait référence à des données épidémiologiques - entre autres - concernant la nature, la fréquence et la distribution du problème / indicateurs de prévalence, incidence).	
Les déterminants comportementaux susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des inégalités sociales de santé identifiée sont décrits.	
Les déterminants sociaux, culturels, politiques et environnementaux (ex. : chômage, discriminations, criminalité...) susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des inégalités sociales de santé identifiée sont décrits.	
Des déterminants différents ont été identifiés pour les différents sous-groupes cibles de la population (âge, sexe, culture, position sociale...) concernés.	
La description du problème des inégalités sociales de santé s'est appuyée sur des connaissances théoriques et/ou scientifiques tirées de la littérature spécialisée (étude préalable, référence à des rapports d'évaluation, analyse des besoins, études épidémiologiques, modèles théoriques explicatifs des inégalités sociales de santé,...).	
La description du problème des inégalités sociales de santé s'est appuyée sur l'avis d'experts et/ou de professionnels de la problématique.	
La description du problème des inégalités sociales de santé a pris en compte l'avis du(des) différent(s) sous-groupes cible(s) concerné(s).	
Le(s) groupe(s) cible(s) identifiés découlent de l'examen de la situation au regard des inégalités sociales de santé (pertinence du groupe cible).	
Les acteurs (partenaires, intervenants, public cible) impliqués dans l'action ont une vision partagée de l'analyse du contexte.	
Objectifs, justification et conception des actions pour réduire les inégalités sociales de santé	
Le(s) différent(s) sous-groupes cible(s) concerné(s) par la problématique des inégalités sociales de santé est(sont) clairement défini(s) et décrit(s) (ex. : âge, sexe, formation, revenus, profession, situation professionnelle, langues écrites et parlées, zone de résidence, appartenance religieuse, environnement culturel...).	
L'action (ou certaines de ses modalités) vise les déterminants sociaux de la santé.	
L'action prend en compte différents niveaux d'action (individus, groupes, organisation, lieux de vie et société, politique).	
L'action vise explicitement à réduire les inégalités sociales de santé.	
Les objectifs opérationnels sont cohérents avec l'analyse faite du problème des inégalités sociales de santé.	
Le choix de la stratégie d'action s'appuie sur des informations établies de façon rigoureuse (ex. : rapports d'évaluation, articles scientifiques, revues de la littérature, méta-analyses, référentiels de bonnes pratiques) et potentiellement efficaces pour atteindre le(s) objectif(s) de l'action.	



Implication des partenaires et du(des) public(s) cible(s)	
Les principaux partenaires (ex. : associations, institutions, organisations, financeurs) concernés par l'action ont été impliqués au moment de la planification de l'action.	
Des partenaires possédant une expérience spécifique dans le domaine des inégalités sociales de santé ont été associés au moment de la planification de l'action.	
Le(s) groupe(s) cible(s) ont été impliqués dans la conception de l'action.	
Les intervenants ont été impliqués dans la conception de l'action.	
Les rapports de force et/ou conflits d'intérêts entre les différents partenaires intervenant dans les processus de décision ont été mis à plat et discutés.	
2. MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION	
Organisation et pilotage du projet	
Des mesures incitatives (ex. : dédommagement du temps de travail, formations spécifiques, reconnaissance institutionnelle, diplômes/certificats de participation, etc.) ont été déployées pour encourager les intervenants à se mobiliser.	
Des mesures incitatives (ex. : formation certifiée, compensation financière, tickets restaurants, certificats de participations, etc.) ont été déployées pour encourager le(s) groupe(s) cible(s) à participer.	
Des méthodes de travail permettant de prendre en compte le point de vue et les contributions du(des) groupe(s) cible(s) ont été utilisées (ex. : comité des usagers, formations...).	
Les rôles, tâches et responsabilités de tous les acteurs (partenaires, intervenants, et/ou public) impliqués dans l'action sont clairement définis.	
Les responsables de l'action ainsi que les intervenants sont suffisamment qualifiés pour mener les activités/tâches exigées par le projet.	
Leadership	
Le leadership est partagé entre les différents acteurs impliqués dans l'action.	
L'action tend à faire évoluer les capacités de leadership des intervenants et/ou du(des) groupe(s) cible(s).	
Le responsable de l'action est clairement identifié.	
L'action a eu recours à une expertise régionale sur les inégalités sociales de santé.	
Adaptation et accessibilité de l'action au(x) public(s) cible(s)	
Les outils/supports de communication sont adaptés aux différents sous-groupes cible(s) de la population concernés par la problématique des inégalités sociales de santé.	
Les contraintes économiques pour que le(s) groupe(s) cible(s) puisse(nt) participer ont été prises en compte.	
L'accessibilité physique des actions (accès handicapé, distance) a été prise en compte.	
Les sources de stigmatisation / discrimination (sexuelles, religieuses, culturelles, socio-économiques...) ont été prises en compte.	
3. ÉVALUATION	
Un dispositif de surveillance/suivi de la mise en œuvre de l'action menant à des ajustements du processus d'intervention a été mis en place (fournir au moins un exemple).	
Les modalités de l'évaluation (devis, méthodes, questions, calendrier...) de l'action ont été prévues dès l'étape de planification de l'action.	
Les différents acteurs (organisations, financeurs, porteurs de projets, experts externes) concernés par le projet ont participé à la conception du plan d'évaluation.	
Le(s) groupe(s) cible(s) a(ont) participé à la conception du plan d'évaluation.	



Les différents acteurs, (organisations, financeurs, porteurs de projets, experts externes) ont participé à la mise en œuvre de l'évaluation.	
Le(s) groupe(s) cible(s) a(ont) participé à la mise en œuvre de l'évaluation.	
Les recommandations formulées à la suite de l'évaluation ont été formulées de manière participative entre les « évaluateurs et les non-évaluateurs » (ex. : public cible, intervenants)	
Les indicateurs d'effets prennent en compte les sous-groupes de la population (désagrégation des indicateurs entre riches/pauvres, hommes/femmes, urbains/ruraux, entre catégories socioprofessionnelles...).	
L'évaluation s'interroge sur d'éventuels circonstances ou effets secondaires imprévus ou contreproductifs (ex. : accroissement des inégalités sociales de santé).	
Il existe une procédure de suivi des effets à long terme après l'achèvement de l'action permettant de connaître le maintien ou non des bénéfices (et/ou résultats) de l'action.	
4. PÉRENNISATION	
Des activités propices à la poursuite des activités et de leurs effets à la suite de l'arrêt de l'action ont été prévues dès le début de la planification du projet.	
Des actions ont été entreprises pour stabiliser les ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles, formation) consacrées aux activités de l'intervention.	
Des risques organisationnels (recrutements, locaux, écriture de projets...) ont été pris en faveur des activités de l'action.	
5. CAPACITÉ/POUVOIR D'AGIR (EMPOWERMENT)	
L'intervention vise à renforcer la capacité/pouvoir d'agir du(des) public(s) cible(s).	
Des activités sont entreprises pour favoriser la participation du(des) public(s) cible(s) (ex. : comité des usagers, formation, guide pratique de la participation, etc.).	
Des activités sont entreprises pour améliorer les compétences techniques (savoir-faire, capacités) des public(s) cible(s) et ainsi leur permettre d'agir sur ce qui est important pour eux en participant à ce projet.	
Des activités (ex. : formations, jeux de rôle, groupes de parole...) sont organisées pour développer l'estime de soi : satisfaction personnelle, fierté de participer au projet, confiance en soi) du(des) public(s) cible(s).	
Des activités (ex. : formations, jeux de rôle, discussions de groupe...) sont mises en place pour améliorer la « conscience critique » (conscientisation), c'est-à-dire être capable d'identifier les causes du problème que l'on cherche à résoudre, de comprendre que les causes et les solutions du problème vécu ne relèvent pas de la seule responsabilité du public cible, etc.	

La version publiée par la Chaire REALISME en 2016



Propager
LA SANTÉ

Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre

Québec



UNIVERSITÉ
LAVAL

CHAIRE

REALISME

REcherches AppLIquées Interventionnelles en Santé Mondiale et Equité



MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

OUTIL RÉFLEX-ISS

© 2015, Anne Guichard, Valéry Ridde, Kareen Nour, Ginette Lafontaine, en collaboration avec Catherine Hébert, Magalie Benoît et Émilie Tardieu
Réalisé avec le soutien financier de la Direction de santé publique de la Montérégie du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre et des Instituts de recherche en santé du Canada

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

« Observer, comprendre et analyser une intervention pour mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé »

Cet outil de réflexion est mis à la disposition de votre équipe afin de permettre à ses membres de réfléchir collectivement à la manière de mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé (ISS) dans leur projet, dans la perspective de les réduire ou, du moins, de ne pas les aggraver. Cet outil de réflexion ne vise pas à mesurer l'impact ou l'efficacité d'une intervention sur la réduction des ISS, il a surtout pour objectif d'ouvrir le dialogue sur la question des ISS. Il est complémentaire à d'autres outils que vous êtes susceptibles d'utiliser afin d'assurer la qualité de votre projet. Il permet d'accompagner votre équipe dans une démarche d'identification et d'analyse des points forts et des points à améliorer d'un projet eu égard à la réduction des inégalités sociales de santé. Il intègre les stratégies centrales comme la participation, l'action sur les déterminants sociaux de la santé, la concertation, l'intersectorialité et le pouvoir d'agir.

Pour qui ?

Les personnes qui planifient, mettent en œuvre, évaluent et voient à la pérennisation des projets sociosanitaires, en collaboration avec leurs partenaires sectoriels et intersectoriels (ex. ministères, commissions scolaires, municipalités, écoles, organismes communautaires).

Quand et comment l'utiliser ?

Il n'y a pas de « bon moment » pour utiliser l'outil, ni de nombre requis de séances de travail pour le remplir. Il est présenté en cinq sections qui peuvent être utilisées indépendamment, en fonction de là où vous en êtes avec votre projet, soit au moment de réaliser une planification concertée, d'ajuster une planification ou une intervention existante, de la mettre en œuvre, de l'évaluer et/ou de planifier les conditions nécessaires à sa pérennisation.

Pour commencer, nous vous invitons d'abord à identifier l'étape de développement du projet; par la suite, pour chacun des éléments de réflexion de l'étape, de vous situer en fonction des cinq choix illustrant les différents niveaux possibles d'avancement de la réflexion et de réponse à l'élément, allant de 0 à 5. Voici une description de la signification des cinq niveaux à l'intérieur desquels situer l'état d'avancement de votre projet eu égard à la prise en compte des ISS :

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

- (0) « **N'a pas été considéré** » : signifie que cet aspect n'a pas été considéré dans l'intervention, ou que l'équipe n'est pas en mesure de s'exprimer sur cet énoncé. Il faut amorcer une réflexion !
- (1) « **Réflexion amorcée** » : signifie que cet aspect a été discuté brièvement, que la réflexion est à un stade embryonnaire. Il faut redoubler d'efforts!
- (2) « **Proposition d'actions concrètes** » : indique que cet aspect fait l'objet d'une réflexion avancée au sein de l'équipe, que des propositions concrètes sont à l'étude mais qu'elles doivent maintenant être réalisées. Il faut mettre tous nos efforts afin de consolider les acquis et avancer vers la réalisation de mesures concrètes !
- (3) « **Des actions concrètes sont entreprises** » : signifie que plusieurs actions concrètes sont entreprises mais jugées encore insuffisantes pour atteindre le plein potentiel de votre action contre les ISS. Vous êtes sur la bonne voie, encore un petit effort !
- (4) « **Élément pris en compte** » : signifie que l'élément est significativement pris en compte dans les actions réalisées. Il faut désormais travailler à maintenir les acquis !

Finalement, dans la section de droite, nous vous proposons d'inscrire l'argumentaire soutenant l'identification du niveau atteint et de noter les éléments de contexte et les spécificités des mesures amorcées. À l'issue de votre analyse, une section à la fin de l'étape est réservée afin d'y noter votre bilan et les pistes d'amélioration à considérer.

À la fin de la grille, vous trouverez une dernière section permettant de faire le bilan du projet et d'y annoter les pistes d'améliorations à poursuivre ou à entreprendre.

Considérations importantes :

- Les notions suivies du sigle * sont définies dans la section « Définitions des termes et notions utiles au remplissage de la grille », annexée à l'outil de réflexion. Pour y accéder, cliquer sur le bouton [ici](#) et cliquer sur [retour à la page...](#) pour revenir.
- Les termes « projet » et « intervention » sont tous deux utilisés pour décrire l'action menée par votre équipe. La notion de **projet** et parfois également de « programme » ou « plan » - est habituellement davantage utilisée au plan régional et la notion d'**intervention** l'est plutôt au plan local. Encore une fois, il faut prendre en considération la flexibilité de l'outil : que vous considériez votre action comme un projet ou plutôt comme une intervention, l'outil s'applique avec autant de pertinence.
- S'il s'agit de votre première utilisation de l'outil, vous pouvez solliciter un accompagnement par une personne possédant une solide base de connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et les ISS pour animer vos discussions d'équipe.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

Titre du projet :

Brève description du projet :

Population cible*
du projet :

Quels sont les sous-groupes* ciblés
par le projet?

ÉTAPES DE DÉVELOPPEMENT DU PROJET

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

Date et lieu de la séance de travail :

Membres de l'équipe présents lors de la séance de travail et rôle de chacun dans le projet:

1. PLANIFICATION DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		

ANALYSE DU PROBLÈME ET DES BESOINS

Q1. La nature du problème des **inégalités sociales de santé*** (ISS) et les problèmes vécus par les différents **sous-groupes cibles*** de la population concernée sont clairement décrits et définis dans le projet.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

1. PLANIFICATION DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
<p>Q2. Le contexte et les déterminants sociaux* susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des ISS identifiées sont décrits.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Q3. Des déterminants différents ont été recherchés pour chacun des sous-groupes cibles de la population concernée par l'intervention (ex.: âge, sexe, culture, niveau d'éducation).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Q4. L'identification des sous-groupes cibles découle d'une description du problème des ISS qui s'est appuyée sur différentes sources d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> - connaissances théoriques ou modèles explicatifs - connaissances scientifiques/données de surveillance - avis d'experts et/ou de professionnels de la problématique 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

1. PLANIFICATION DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q5. La description du problème des ISS a pris en compte l'avis des différents sous-groupes cibles de la population concernée par l'intervention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q6. Les acteurs impliqués dans l'intervention ont une vision partagée du contexte et de la problématique des ISS pour chacun des sous-groupes ciblés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OBJECTIFS, JUSTIFICATION ET CONCEPTION DES ACTIONS							
Q7. L'orientation du projet et ses activités visent les déterminants sociaux de la santé à l'origine des ISS identifiées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q8. L'intervention propose un éventail d'activités pour répondre aux différents besoins des sous-groupes cibles de la population concernée, en se référant à la stratégie d' universalisme proportionné* .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

1. PLANIFICATION DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Éléments complètement intégrés	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q9. L'orientation du projet vise explicitement à réduire les ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q10. Les objectifs de l'intervention sont cohérents avec l'analyse du problème des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q11. Les moyens et les stratégies d'actions retenues pour réduire les ISS s'appuient sur les meilleures pratiques disponibles*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q12. D'éventuelles retombées non souhaitées* sur les ISS ont été anticipées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

1. PLANIFICATION DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Éléments complètement intégrés	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		

IMPLICATION DES PARTENAIRES ET DU PUBLIC CIBLE

Q13. Les principaux partenaires intersectoriels concernés par l'intervention ont été impliqués dès le début, au moment de la planification.

Q14. Des intervenants terrain possédant une expérience spécifique dans le domaine de la lutte contre les ISS ont été impliqués dès le début, au moment de la planification.

Q15. Des personnes des différents sous-groupes cibles ont été impliquées dès le début, au moment de la planification.

Q16. Les divers avis, les visions opposées potentielles et les rapports de pouvoir entre les différents partenaires impliqués dans le processus de décision autour des enjeux sur les ISS ont été présentés et discutés.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

ÉVALUATION GLOBALE

Examinez l'ensemble des réponses et commentaires que vous avez fournis pour cette étape. Maintenant, attribuez-vous une note globale pour cette étape en lien avec les actions entreprises pour mieux prendre en considération les ISS. Tout simplement répondre vert, jaune ou rouge. La catégorie jaune est une catégorie particulièrement large, il peut être utile d'identifier les possibilités d'amélioration au sein de cette catégorie. Cette cote vous donnera une indication du gradient-ISS de votre projet à cette étape particulière.



BILAN DE L'ÉTAPE



PISTES D'AMÉLIORATION À PRIORISER

Selon le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles, les contextes organisationnels, vos ressources humaines et financières et les systèmes de valeurs partagés ou non, entre les acteurs concernés par le projet.

PISTE D'AMÉLIORATION 1

Personne responsable

Échéancier

PISTE D'AMÉLIORATION 2

Personne responsable

Échéancier

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

2. MISE EN OEUVRE DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		

ORGANISATION ET PILOTAGE DE L'ACTION

Q17. Des mesures visant à encourager et outiller les intervenants à se mobiliser pour la réduction des ISS ont été déployées.

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q18. L'action proposée prend en compte le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles.

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q19. Des **mesures incitatives*** visant à encourager les différents sous-groupes cibles à participer à la mise en oeuvre de l'intervention ont été déployées.

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q20. Des méthodes de travail permettant de prendre en compte le point de vue et de favoriser les contributions des sous-groupes cibles ont été utilisés.

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

2. MISE EN OEUVRE DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
<p>Q21. Les rôles, tâches et responsabilités spécifiques à la réduction des ISS de tous les acteurs impliqués dans l'intervention sont clairement définis.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Q22. La personne responsable de l'intervention ainsi que les membres de son équipe ont pris tous les moyens pour acquérir les connaissances pour mener avec confiance les activités visant la réduction des ISS.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Q23. La personne responsable de l'intervention, les personnes qui interviennent et les partenaires ont pensé à la manière d'assurer une vigilance quant à d'éventuelles retombées non souhaitées, pouvant notamment contribuer à augmenter ou perpétuer les ISS.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LEADERSHIP							
<p>Q24. Le leadership est partagé entre les différents acteurs impliqués dans l'intervention sur les aspects en lien avec les ISS.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

2. MISE EN OEUVRE DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q25. La personne responsable de l'intervention est consciente des ISS et exerce un rôle de leadership par la mobilisation des acteurs sur la réduction des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>ADAPTATION ET ACCESSIBILITÉ DE L'ACTION</i>							
Q26. Les processus de l'intervention notamment les outils de communication, sont adaptés au niveau de littératie* de chaque sous-groupe cible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q27. Des moyens ont été mis en oeuvre pour faciliter la participation des sous-groupes cibles et s'adapter aux contraintes suivantes : accessibilité physique, accessibilité géographique, accessibilité financière, acceptabilité de l'action* .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q28. Les sources potentielles de stigmatisation* et de discrimination ont été prises en compte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

ÉVALUATION GLOBALE

Examinez l'ensemble des réponses et commentaires que vous avez fournis pour cette étape. Maintenant, attribuez-vous une note globale pour cette étape en lien avec les actions entreprises pour mieux prendre en considération les ISS. Tout simplement répondre vert, jaune ou rouge. La catégorie jaune est une catégorie particulièrement large, il peut être utile d'identifier les possibilités d'amélioration au sein de cette catégorie. Cette cote vous donnera une indication du gradient-ISS de votre projet à cette étape particulière.



BILAN DE L'ÉTAPE



PISTES D'AMÉLIORATION À PRIORISER

Selon le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles, les contextes organisationnels, vos ressources humaines et financières et les systèmes de valeurs partagés ou non, entre les acteurs concernés par le projet.

PISTE D'AMÉLIORATION 1

Personne responsable

Échéancier

PISTE D'AMÉLIORATION 2

Personne responsable

Échéancier

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

3.POUVOIR D'AGIR les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		

Q29. L'intervention vise à renforcer le **pouvoir d'agir*** des sous-groupes cibles.

Q30. Des activités sont entreprises pour améliorer les compétences, la participation, l'estime de soi et/ou le développement de la conscience critique des sous-groupes cibles et ainsi leur permettre d'agir sur ce qui est important pour eux en participant à ce projet.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

ÉVALUATION GLOBALE

Examinez l'ensemble des réponses et commentaires que vous avez fournis pour cette étape. Maintenant, attribuez-vous une note globale pour cette étape en lien avec les actions entreprises pour mieux prendre en considération les ISS. Tout simplement répondre vert, jaune ou rouge. La catégorie jaune est une catégorie particulièrement large, il peut être utile d'identifier les possibilités d'amélioration au sein de cette catégorie. Cette cote vous donnera une indication du gradient-ISS de votre projet à cette étape particulière.



BILAN DE L'ÉTAPE



PISTES D'AMÉLIORATION À PRIORISER

Selon le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles, les contextes organisationnels, vos ressources humaines et financières et les systèmes de valeurs partagés ou non, entre les acteurs concernés par le projet.

PISTE D'AMÉLIORATION 1

Personne responsable

Échéancier

PISTE D'AMÉLIORATION 2

Personne responsable

Échéancier

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

4. ÉVALUATION les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		

PLANIFICATION ET MISE EN OEUVRE DE L'ÉVALUATION

Q31. Le dispositif de suivi de la mise en oeuvre de l'intervention inclut spécifiquement le suivi des actions portant sur les ISS.

Q32. Un plan d'évaluation ciblant notamment les actions sur les ISS a été développé dès l'étape de planification de l'intervention.

Q33. Les partenaires impliqués dans le projet ont participé à la conception et à la réalisation du plan d'évaluation portant notamment sur la réduction des ISS.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

4. ÉVALUATION les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
<p>Q34. Des personnes des différents sous-groupes cibles concernés par l'intervention ont participé à la conception et à la réalisation du plan d'évaluation, portant notamment sur la réduction des ISS.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Q35. Les méthodes de collecte de données sont adaptées aux différents niveaux de littératie des répondants ciblés par l'évaluation (ex.: outils, moyens, questionnaires).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION							
<p>Q36. L'évaluation s'interroge sur la capacité de l'intervention à réduire les ISS.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

4. ÉVALUATION les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q37. L'évaluation comprend des indicateurs qui permettent de déterminer les effets de l'intervention sur les différents sous-groupes cibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q38. L'évaluation s'interroge sur d'éventuels effets non souhaités de l'intervention sur la production, l'accroissement ou la perpétuation des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q39. Les recommandations formulées à la suite de l'évaluation incluent des ajustements à faire au projet au regard de la réduction des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

4. ÉVALUATION les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q40. Les recommandations formulées à la suite de l'évaluation ont impliqué les différents partenaires, dont des personnes des sous-groupes cibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q41. Il existe une procédure de suivi des effets à long terme permettant de connaître le maintien ou non des bénéfices ou résultats de l'intervention qui sont en lien avec les changements au regard des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

ÉVALUATION GLOBALE

Examinez l'ensemble des réponses et commentaires que vous avez fournis pour cette étape. Maintenant, attribuez-vous une note globale pour cette étape en lien avec les actions entreprises pour mieux prendre en considération les ISS. Tout simplement répondre vert, jaune ou rouge. La catégorie jaune est une catégorie particulièrement large, il peut être utile d'identifier les possibilités d'amélioration au sein de cette catégorie. Cette cote vous donnera une indication du gradient-ISS de votre projet à cette étape particulière.



BILAN DE L'ÉTAPE



PISTES D'AMÉLIORATION À PRIORISER

Selon le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles, les contextes organisationnels, vos ressources humaines et financières et les systèmes de valeurs partagés ou non, entre les acteurs concernés par le projet.

PISTE D'AMÉLIORATION 1

Personne responsable

Échéancier

PISTE D'AMÉLIORATION 2

Personne responsable

Échéancier

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

5. PÉRENNISATION les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4	1	
Q42. Des activités propices à la poursuite des activités et de leurs effets sur la réduction des ISS ont été prévues dès la planification du projet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q43. Des moyens ont été pensés ou entrepris pour stabiliser les ressources organisationnelles dédiées aux activités de l'intervention visant la réduction des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q44. Le fonctionnement de l'organisation responsable de l'intervention a été ajusté pour faciliter la prise en compte des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

ÉVALUATION GLOBALE

Examinez l'ensemble des réponses et commentaires que vous avez fournis pour cette étape. Maintenant, attribuez-vous une note globale pour cette étape en lien avec les actions entreprises pour mieux prendre en considération les ISS. Tout simplement répondre vert, jaune ou rouge. La catégorie jaune est une catégorie particulièrement large, il peut être utile d'identifier les possibilités d'amélioration au sein de cette catégorie. Cette cote vous donnera une indication du gradient-ISS de votre projet à cette étape particulière.



BILAN DE L'ÉTAPE



PISTES D'AMÉLIORATION À PRIORISER

Selon le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles, les contextes organisationnels, vos ressources humaines et financières et les systèmes de valeurs partagés ou non, entre les acteurs concernés par le projet.

PISTE D'AMÉLIORATION 1

Personne responsable

Échéancier

PISTE D'AMÉLIORATION 2

Personne responsable

Échéancier

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

Bilan global de l'équipe au regard des ISS 	 Commentaires	 Pistes d'amélioration
Planification du projet 		
Mise en oeuvre du projet 		
Pouvoir d'agir 		
Évaluation 		
Pérennisation 		

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

Définitions des termes et notions utiles au remplissage de la grille

Inégalité sociales de santé

Les inégalités sociales de santé font référence à des écarts de santé associés à des avantages ou à des désavantages sociaux (p. ex. revenu, niveau de scolarité, inclusion sociale). Ces écarts sont injustes et évitables et il est possible de les atténuer. Les inégalités sociales de santé se répartissent selon le gradient social. Les expressions « inégalités sociales de santé » et « iniquités de santé » s'utilisent parfois de manière interchangeable (http://nccdh.ca/images/uploads/Glossary_FR_Feb_26.pdf). Le gradient social évoque un continuum, c'est-à-dire le fait que l'état de santé est corrélé avec le statut socio-économique des individus (par exemple, le niveau d'éducation ou de revenu). Le gradient social sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite, jusqu'aux plus bas échelons (Guide INPES, 2010 : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>).

Population cible et sous-groupes cibles

La population ciblée par une intervention se compose de sous-groupes qu'il convient de distinguer afin d'adapter son action à chacun d'eux. Pour être efficace, une intervention doit prévoir des activités pour chacun des sous-groupes cibles. Ceci signifie notamment que l'on ne s'adressera pas de la même façon à tous les sous-groupes cibles, qui diffèrent par la langue, le niveau d'instruction, le niveau socioéconomique, etc. Par exemple, une intervention qui vise la population cible des enfants d'un quartier x doit répondre aux différents besoins des sous-groupes cibles identifiés, comme les enfants 0-5 ans des familles migrantes, les enfants des familles monoparentales ou encore les enfants des familles de groupes socioéconomiques de niveau moyen. Ainsi, une intervention qui a pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé ne visera pas à rejoindre exclusivement les plus pauvres, mais bien l'ensemble des divers groupes concernés par la problématique de santé dans la population à laquelle l'on s'adresse, tout au long du gradient social, en modulant l'intensité de l'intervention selon le niveau socioéconomique et en fonction des besoins.

Pouvoir d'agir - Empowerment

L'*empowerment* est un processus ou une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés, aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision sur des éléments importants de leur vie et plus d'influence sur leur environnement. Dans le cadre de l'élaboration de cet outil de réflexion, le cadre que propose Ninacs a été utilisé pour définir le pouvoir d'agir, dont voici les grandes lignes (Ninacs, W., 2003). L'empowerment individuel s'opère sur quatre plans : la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

- la participation se manifeste par une progression qui évolue d'une assistance muette à l'exercice d'un droit de parole (incluant le droit de la refuser), suivi par celui de se faire entendre et culminant par le droit de participer aux décisions. La participation renvoie également à la capacité croissante de contribuer et d'assumer les conséquences de sa participation, ce qui implique la capacité d'agir de façon rationnelle et la propension à s'engager;
- les compétences comprennent les connaissances et les habiletés permettant, d'une part, la participation et, d'autre part, l'exécution de l'action, et elles peuvent se traduire tant par l'acquisition de nouvelles compétences que par la réévaluation de celles déjà possédées;
- l'estime de soi mène l'individu à se percevoir comme possédant une capacité d'agir lui permettant d'atteindre des objectifs personnels ou collectifs;
- la conscience critique correspond au développement d'une conscience collective (l'individu n'est pas seul à avoir un problème), d'une conscience sociale, qui permet à l'individu de réduire son sentiment de culpabilité en comprenant que ses problèmes (individuels ou collectifs) sont influencés par la façon dont la société est organisée. L'aboutissement de la conscience critique est la conscience politique et l'acceptation d'une responsabilité personnelle pour le changement (la solution des problèmes d'ordre structurel passe par le changement social, c'est-à-dire par l'action politique).

Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs interdépendants d'ordre social, politique, économique et culturel qui créent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, vivent, grandissent, apprennent, travaillent, s'amuse et vieillissent. L'interaction entre les déterminants sociaux de la santé amène ces conditions à se transformer et à changer au fil du temps et de la vie, influençant la santé des individus et des groupes de différentes façons. La répartition inéquitable de ces déterminants entre les groupes sociaux est à l'origine de la construction et de la reproduction des inégalités sociales de santé au sein d'un même pays ou entre divers pays. (http://nccdh.ca/images/uploads/Glossary_FR_Feb_26.pdf)

Universalisme proportionné

Cette approche consiste à offrir à l'ensemble de la population un certain nombre de services universels, puis à intensifier l'action en fonction des besoins spécifiques des personnes selon les difficultés auxquelles elles sont confrontées (Marmot Review (2012). Fair society, healthy lives, Strategic review of health inequalities in England post- 2010). Ainsi, l'approche ne se centre pas uniquement sur les personnes les plus pauvres.

Meilleures pratiques

Les meilleures pratiques sont des activités qui reposent sur des preuves scientifiques, sur la vaste expérience communautaire et sur des connaissances culturelles. Elles font aussi référence aux interventions développées à partir de critères reconnus pour augmenter leur potentiel d'efficacité. Les interventions en matière de santé seront plus efficaces si elles sont fondées sur les meilleures pratiques (<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/glossary-glossaire-fra.php>).

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

Mesures incitatives

Les mesures incitatives visent à inciter les sous-groupes cibles à participer : ex. formation certifiée, compensation financière, repas offerts aux participants, certificat de participation, halte-garderie disponible, remboursement du transport.

Retombées non souhaitées

Conséquences imprévues qui vont à l'encontre du but recherché : ex. accroissement des inégalités sociales de santé, accroissement de la stigmatisation, dégradation de l'état de santé du groupe cible, changement d'attitude négative de la population générale ou de certains acteurs envers le groupe cible.

Littératie en santé

La littératie en santé est « la capacité d'avoir accès à de l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie ». Selon l'approche intersectorielle pour améliorer la littératie en santé des Canadiens et Canadiennes, une personne ayant un bon niveau de littératie en santé doit être en mesure de : 1) comprendre et exécuter des directives en matière d'autosoins, notamment l'administration de traitements curatifs médicaux quotidiens complexes, 2) planifier son mode de vie et y apporter les modifications nécessaires pour améliorer sa santé, 3) prendre des décisions adéquates et éclairées en matière de santé, 4) savoir comment et quand avoir accès à des soins de santé, au besoin, 5) partager avec d'autres des activités favorisant la santé et 6) faire face aux problèmes de santé dans son milieu et la société en général (http://www.cpha.ca/uploads/progs/literacy/examples_f.pdf).

Acceptabilité de l'intervention

Le résultat d'un processus par lequel les parties concernées construisent ensemble les conditions minimales à mettre en place pour qu'un projet, programme ou politique s'intègre de façon harmonieuse, et à un moment donné, dans son milieu naturel et humain. Elle renvoie aussi à la nécessité d'agir en respectant le contexte culturel et l'histoire du milieu dans lequel prend place l'intervention (http://www.cpeq.org/files/guides/guide_bonnespratiques_web.pdf, p.2)

Stigmatisation

Des comportements, des habitudes de vie, des conditions de vie ou d'autres caractéristiques personnelles se trouvent accolés à une évaluation morale contribuant à définir de « bonnes » ou de « mauvaises » maladies, de « bons » ou de « mauvais » malades. Le processus de stigmatisation repose, entre autres, sur l'idée que ces personnes sont responsables de leur problème ou maladie, du moins en partie, et donc dignes de blâme étant donné leur comportement. Ainsi, les individus qui fument, boivent de l'alcool, mangent des aliments trop riches ou ont des relations sexuelles non protégées sont jugés négativement et blâmés lorsque leur santé en souffre ou même simplement parce qu'elle pourrait en souffrir (http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1637_DimensionEthiqueStigmatisation_OutilAideReflexion.pdf).



Le Diapason
2, place des Savoirs
21000 DIJON
Tél. : 03 80 66 73 48
Courriel : contact@ireps-bourgogne.org

© IREPS de Bourgogne / Septembre 2016 (2nde édition)

Site Internet : www.ireps-bourgogne.org