



## Liaison CACIS

Bulletin 11, printemps 2009

### Sommaire

#### Activités de la Chaire

- Forum CACIS 2009

#### Projets de recherche en cours

- Volet réflexif de l'Équipe de recherche sur les interventions de réduction des inégalités sociales de santé : le rôle d'interface dans les partenariats de recherche
- Étude communautaire sur les pratiques culinaires dans un groupe de jeunes femmes à faible revenu

#### Outils et expériences

- La théorie de l'action en partenariat qui a permis l'élaboration d'un outil diagnostique
- L'outil diagnostique de l'action en partenariat

#### Publications et conférences

- Pour éviter d'accroître les inégalités sociales de santé, il faut mettre leur réduction au premier plan des objectifs de prévention
- Colloque de l'Association des étudiant(e)s de santé publique de l'Université de Montréal

#### À surveiller

- Numéro spécial du Journal de l'Association canadienne de santé publique sur *L'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada*
- Colloque annuel de l'Association canadienne de santé publique

---

### Activités de la Chaire

#### Forum CACIS 2009 – 8-9 octobre 2009 au Centre St-Pierre, Montréal

#### L'évaluation des interventions en vue de réduire les inégalités sociales de santé : Comment poser la question de l'efficacité des interventions?

La réduction des inégalités sociales de santé représente un défi majeur en santé publique. Les écarts de santé augmentent et constituent un frein à l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population. La persistance et l'accroissement de ces inégalités posent la question de l'efficacité des interventions en prévention et en promotion de la santé.

Les dynamiques sociales, économiques, environnementales qui sont en cause dans les inégalités sociales de santé débordent largement le domaine de la santé. Cette réalité requiert la réalisation d'actions concertées de la santé publique avec divers secteurs de l'action publique comme les institutions scolaires ou municipales, avec des acteurs du secteur privé et avec des réseaux com-

munitaires souvent porte-parole des populations en difficulté. Dans la réalité quotidienne, la mise en œuvre des interventions en vue de réduire les inégalités de santé ne sont pas simplement le résultat de choix raisonnés éclairés par la recherche scientifique. Ils sont fortement influencés par un processus continu de négociations et d'ajustements entre divers acteurs. Dans ce contexte, la définition du champ de l'évaluation, l'explicitation des objectifs, la clarification du questionnement et la définition des modalités de travail sont des épreuves incontournables du parcours évaluatif.

Cet enjeu rejoint les préoccupations de nombreux acteurs impliqués dans ce type d'actions intersectorielles.

[Retour au sommaire](#)

Voir l'appel de propositions pour ce Forum :

<http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/Appel%20de%20propositions%20Forum2009.pdf>

## Projets de recherche en cours

### Volet réflexif de l'Équipe de recherche sur les interventions de réduction des inégalités sociales de santé : le rôle d'interface dans les partenariats de recherche

Par Yan Sénéchal, Carole Clavier et Julie Bradette

Suite à l'atelier sur le partenariat organisé par l'Équipe de recherche interdisciplinaire sur les interventions de réduction des inégalités sociales de santé tenu à l'hiver 2008, certains constats ont été dégagés de cette rencontre qui réunissait une cinquantaine de partenaires de la recherche, du communautaire, du réseau de la santé et de partenaires financiers qui collaborent ensemble dans 5 recherches partenariales sur des interventions de réduction des inégalités sociales de santé\*. Parmi les constats soulevés, il s'est dégagé la nécessité de mieux comprendre la fonction d'interface entre la recherche et l'intervention. Pour ce faire, le comité de travail chargé de piloter le volet réflexif de l'Équipe a choisi de tenir un atelier restreint pour mieux creuser cette question avant de convoquer à nouveau tous les partenaires des recherches impliqués. Finalement, afin de mieux traiter de la question, il a été décidé de constituer deux focus group avec des personnes qui occupent cette fonction.

Un premier groupe réunissait les personnes qui occupent cette fonction à l'intérieur du cadre de l'équipe et un second groupe a été constitué avec des personnes qui occupent cette fonction dans d'autres environnements de recherche qui transigent avec des partenaires. L'intérêt de cette démarche est, d'une part, de permettre aux participants d'échanger sur leurs pratiques respectives et, d'autre part, d'utiliser ces interactions comme matériau de recherche. Voici donc un premier compte rendu de ces focus group.

Au cours des deux rencontres, quelques rôles ont été identifiés par les participants liés à cette fonction. Il est important de noter cependant que tous les participants n'investissent pas ces rôles de la même manière et dans certains cas, certains de ces rôles ne se retrouvent pas dans leur pratique. Les rôles qui forment cette pratique consistent principalement à :

- **intéresser** les partenaires et à maintenir leur intérêt et de mettre en relation des partenaires. La production de documents ou l'organisation d'événements mobilisateurs contribuent au succès de ces rencontres et à maintenir l'intérêt des partenaires. Un des enjeux de l'intéressement

des partenaires est de faire évoluer des questions de recherche (au départ ou en cours de route) dans une optique de co-construction des connaissances par les chercheurs et par les intervenants. Certains participants investissent plus que d'autres dans ces stratégies de co-construction des connaissances. Cela dépend en grande partie de l'organisation de la recherche dans leurs structures d'appartenance.

- **équilibrer** les rapports de pouvoir entre les différents partenaires qui ont des intérêts différents, voire divergents. On peut distinguer deux types d'activités pour ce rôle. Pour les personnes qui sont à l'interface, il s'agit, d'une part, d'amener chacun des partenaires à se comprendre et à interagir sur les mêmes bases, de faire un effort de traduction des concepts et de préparer les chercheurs pour qu'ils évitent de prendre une posture trop académique lorsqu'ils échangent avec les intervenants. D'autre part, pour rendre ces échanges possibles, les personnes qui sont à l'interface s'emploient à créer un espace « neutre » pour que puissent se parler des partenaires qui peuvent être en tension sur d'autres fronts. Il consiste aussi à protéger les partenaires, en particulier les intervenants : dans les CSSS dotés d'un CAU, les demandes de recherche venant de l'extérieur de l'institution sont souvent nombreuses et peuvent conduire à un risque de surinvestissement de la recherche auprès de certains intervenants.
- **solliciter** des résultats auprès des chercheurs afin de les partager avec les autres partenaires sur le terrain durant tout le processus de recherche. Cela s'accompagne d'une négociation avec tous les partenaires pour déterminer la forme sous laquelle ces résultats seront livrés. Pour certains participants les résultats de recherche sont présentés aux intervenants à travers l'organisation de conférence-midi dans leur établissement.
- **préparer** le transfert ou le partage de connaissances une fois la recherche terminée avec les partenaires du terrain ou les intervenants de l'établissement.

Le contenu de ces entretiens sera analysé en profondeur au cours de l'été et l'analyse produite servira à organiser un second atelier de plus grande envergure avec les partenaires.

[Retour au sommaire](#)

Note

\* Bulletin 9 <http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/Bulletin9.pdf>

## Étude communautaire sur les pratiques culinaires dans un groupe de jeunes femmes à faible revenu

Par Rachel Engler-Stringer  
Synthèse : Julie Bradette



De nos jours, on évalue que la population québécoise (et Nord-Américaine) consacre de moins en moins d'énergie à la préparation des repas à partir d'ingrédients de base et préfère plutôt des aliments transformés qui requièrent peu de préparation. Cette tendance s'avère d'autant préoccupante pour les personnes n'ayant pas les moyens d'acheter des aliments préparés de qualité qui connaissent des répercussions négatives sur leur santé, ce qui risque de creuser l'écart de santé entre les pauvres et les riches.

Une équipe composée de cinq jeunes femmes dont une chercheure postdoctorale et de quatre co-chercheures recrutées dans des organismes qui interviennent dans le champ de la sécurité alimentaire a mené une étude sur les pratiques culinaires chez un groupe de jeunes femmes à faible revenu de Montréal.

L'équipe de recherche a privilégié un mode de collecte d'informations interactif. Des jeunes femmes à faible revenu âgées de 18 à 33 ans, dont plus de la moitié avaient des enfants, ont été invitées à participer à six groupes pour discuter de leurs expériences quotidiennes concernant la nourriture, la préparation et l'achat des aliments. Les données recueillies dans ces groupes ont servi à l'élaboration de questions pour examiner de façon plus poussée les pratiques culinaires et alimentaires de ce groupe de jeunes femmes. Par la suite, 50 femmes ont été rencontrées en entrevue individuelle où ont été abordées les questions des repas en famille, de l'apprentissage culinaire, des épicereries, des aliments cuisinés et de la sécurité alimentaire.

Les données ont démontré que la sécurité alimentaire de plus de la moitié des 50 femmes ayant participé aux entrevues individuelles n'était pas assurée et la même proportion des femmes interrogées ont eu recours à une banque alimentaire au moins une fois au cours de la dernière année. Sur le plan des compétences culinaires, la majorité des femmes interviewées s'estimaient capables ou très capables de préparer une variété de repas à partir d'ingrédients de base, mais environ un quart d'entre elles le

faisaient deux fois ou moins par semaine, alors que 44% le faisaient de 3 à 6 fois par semaine. Au niveau de l'achat des aliments, 38% des jeunes femmes rencontrées ont déclaré faire leur marché deux fois par mois ou moins. Plus de la moitié des femmes interviewées ont déclaré acheter des denrées alimentaires dans un magasin à 1 \$ au moins une fois par mois, ce qui est indicatif d'une consommation d'aliments en conserve, déshydratés ou surgelés, au détriment de fruits et de légumes frais. Les participantes ont indiqué que les aliments préparés le plus souvent sont des pommes de terre, des pâtes, de la viande hachée, des morceaux de poulet et des œufs. 20% des femmes interviewées ont déclaré qu'elles préparaient des pâtes de type Lipton SideKicks ou Kraft Dinner au moins deux fois par semaine alors que 36% ont affirmé apprêter ces plats entre 3 et 4 fois par mois. Les participantes des groupes de discussion ont expliqué que ces plats leur plaisent en raison de la variété des goûts et des sauces offertes et parce qu'ils facilitent l'essai de nouvelles saveurs.

Les jeunes femmes à faible revenu interrogées dans cette recherche connaissent d'importantes contraintes économiques et font ce qu'elles peuvent pour s'adapter à leurs circonstances de vie et profiter de la nourriture et de la cuisine malgré leurs difficultés financières. Il est plus facile et souvent moins cher d'acheter et d'apprêter des aliments préparés, bien que la valeur nutritionnelle soit faible, que de manger des légumes et des fruits sains, des céréales entières, de la viande et des produits laitiers. Les femmes qui ont participé à l'étude font ce qui est considéré comme étant « normal » pour la plupart des personnes : elles achètent des aliments en fonction de leur budget, du temps dont elles disposent et des autres contraintes de leur vie quotidienne. Le danger se situe dans le fait que les aliments préparés qui sont disponibles à faible coût sont souvent pauvres en valeur nutritive sont caractérisés par une forte teneur en graisses et en sucres, et contiennent des agents de préservation. Il semble donc que les personnes à faible revenu risquent davantage d'être touchées par les conséquences de la diète nord-américaine « normale » sur la santé en raison de leurs moyens limités. Si nous vou-

lons que toutes les personnes soient en meilleure santé, y compris celles à faible revenu, c'est donc la

diète « normale » qui doit changer. [Retour au sommaire](#)

---

---

## Outils et expériences

### La théorie de l'action en partenariat qui a permis l'élaboration d'un outil diagnostique

Par Angèle Bilodeau, Marilène Galarneau

Synthèse : Julie Bradette

L'outil diagnostique de l'action en partenariat a été développé à partir d'une théorie de l'action en partenariat élaborée par l'analyse transversale d'initiatives partenariales en santé publique et qui repose sur les pratiques planificatrices et partenariales qui se sont avérées critiques pour la qualité des résultats atteints dans ces initiatives.

Dans cette analyse, les initiatives partenariales ont été considérées comme des innovations sociales. Au plan théorique, cette analyse a pris appui sur la sociologie de la traduction qui est élaborée par Michel Callon et Bruno Latour depuis 25 ans. Cette approche théorique comporte deux idées fondamentales: la mise en œuvre réussie d'une innovation repose sur la solidité du réseau sociotechnique qui la porte et; la construction d'un réseau solide nécessite un travail incessant de traduction, c'est-à-dire d'échanges continus et structurés entre les acteurs concernés sur le sens donné individuellement et collectivement aux actions entreprises.

Ce processus de traduction se construit par quatre opérations achevées: (1) la problématisation, qui est la mise en mouvement des acteurs autour d'un projet provisoire leur permettant de se présenter avec leurs intérêts, ce qui les divise et les relie à l'égard du projet proposé; (2) l'intéressement, qui se joue dans les stratégies des acteurs afin de rallier les autres à leur définition des rôles; (3) l'enrôlement, comme aboutissement de l'intéressement dans des rôles négociés et jugés acceptables par les acteurs pour eux-mêmes et l'avancée du projet; (4) la mobilisation, qui constitue l'atteinte d'une masse critique d'acteurs en alliance, rendant le projet crédible, voire indiscutable.

Dans les contextes de l'action en partenariat, la **dynamique de la participation instaurée** et les **arrangements de partenariat construits** sont les deux aspects qui conditionnent la qualité des résultats atteints.

La **dynamique de la participation** est le fruit de l'interaction entre le promoteur d'un projet et les acteurs qu'il cherche à mobiliser. Cette mise en mouvement des acteurs se fait autour d'une définition de la situation qui sera plus porteuse de succès si elle

s'annonce comme provisoire et si elle comporte non seulement des informations sur le problème et les solutions mais aussi sur les acteurs concernés, leur position sociale, leurs intérêts et les enjeux qui les lient. Une problématisation bien enclenchée identifiera les convergences et les principales controverses qui divisent les acteurs et cherchera à dégager des points d'arrimage possibles vers lesquels ils peuvent trouver intérêt à converger. La dynamique de la participation favorisera la qualité de l'action si elle permet :

1) une couverture large des perspectives ayant cours sur la question d'intérêt. (*Qui participe?*)

2) l'intéressement précoce des partenaires, la mobilisation des acteurs à l'étape des choix stratégiques et non seulement opérationnels. (*À quelle étape participe-t-on?*)

3) l'engagement des partenaires dans un rôle de négociation et d'influence sur la décision, dépassant la consultation. (*Qui contrôle la décision ?*)

4) l'engagement des acteurs stratégiques (requis pour entraîner la participation d'autres acteurs essentiels) et névralgiques (sans qui l'action ne peut être réalisée) pour le projet. (*Y a-t-il des acteurs incontournables?*)

Une telle dynamique de la participation, parce qu'elle donne accès et permet l'échange d'informations, agit sur la qualité de l'action en favorisant un élargissement des possibilités de convergence et d'action parmi les acteurs.

Quant aux **arrangements de partenariat**, ils découlent d'un travail de construction de la coopération par la résolution des controverses qui divisent les acteurs, celles-ci ayant généralement trait aux rapports de pouvoir ou aux rapports entre les différentes logiques d'action ou les différents savoirs. Des gains de qualité de l'action seront encourus si les arrangements de partenariat sont construits:

5) de sorte à favoriser l'égalisation des rapports de pouvoir, c'est-à-dire la réduction de la subordination découlant de l'inégalité structurelle parmi les acteurs, et

6) s'ils supportent la co-construction des actions.

Les convergences qui rallient les acteurs et les controverses qui les divisent sont les matériaux pour la construction de l'action. Elles sont les matériaux premiers

de l'innovation. Devant la controverse, amener les acteurs, progressivement, à délibérer sur la base de l'explicitation et de la confrontation des positions respectives et sur la base d'informations nouvelles leur permet de progresser sur la voie de l'innovation. Pour travailler en partenariat, la résolution de toutes les zones de controverses, historiques et nouvelles, qui divisent des acteurs n'est pas nécessaire. L'action en partenariat ne vise pas une vision commune partagée par tous les acteurs, mais bien un projet réaliste, partagé. Construire le partenariat est un travail de négociation et de délibération autour des principales controverses qui divisent les acteurs, cherchant des arrangements qui leur permettent de coopérer. Les compromis ainsi négociés sont une sorte de dosage entre les registres d'action des acteurs concernés, visant l'intérêt supérieur des populations qu'ils ont à desservir en commun.

La qualité du processus se reconnaît dans la force d'entraînement du partenariat, sa capacité à maintenir et rallonger le réseau d'acteurs qui porte le projet. Cette force d'entraînement est favorisée par un effort d'ancrage, d'enracinement du projet dans la communauté qui, elle-même, dépend de sa pertinence aux yeux de ses membres et de son adéquation au contexte et aux problématiques visées. L'action en partenariat est pragmatique. Elle part d'un objectif réaliste que les acteurs parviennent à définir ensemble et autour duquel ils bâtissent l'action. Le partenariat doit être productif pour être viable.

L'action en partenariat ne peut produire de nouvelles solutions sans un effort réussi d'*égalisation* des rapports entre les acteurs, sans la création d'espaces communs, même temporaires, où les acteurs peuvent repérer des signes concrets de leur influence et de leur interdépendance. La qualité de l'action est favorisée par des structures et mécanismes qui tendent à réduire l'effet de subordination découlant du

déséquilibre structurel du pouvoir entre les acteurs.

En contrepartie, des structures partenariales non représentatives de la composition des acteurs, la prédétermination des structures et des rôles des acteurs, le contrôle sur la décision par un acteur en position de contrôle sont associés à des pertes de qualité de l'action. Cela, parce qu'un acteur empêché de se positionner et de faire valoir ses savoirs et ses atouts prive le projet d'atouts et de ressources et restreint l'étendue des possibilités d'action. Les acteurs disposant davantage d'atouts ne sont pas tenus de les mobiliser TOUS tout le temps, bien que cela puisse servir leurs intérêts propres, si cela ne sert pas l'intérêt des populations.

Sans un tel renouvellement des rapports de pouvoir, le processus résulte en une reconduction des logiques d'action antérieures, souvent sectorisées, ou en une extension de la logique d'action de l'acteur qui dispose initialement des bases de pouvoir.

L'égalisation des rapports de pouvoir parmi les partenaires est une condition nécessaire pour qu'ils parviennent à conjuguer leurs savoirs et leurs logiques d'action pour produire des solutions plus adéquates. Les compromis ainsi négociés sont une sorte de dosage entre les pratiques des acteurs concernés, visant l'intérêt des populations qu'ils ont à desservir en commun. Ce travail de conjugaison dépasse l'effort de coordination administrative et opère dans le renouvellement des façons d'intervenir. C'est la conjugaison des paradigmes d'action qui crée la plus-value du travail en partenariat. En contrepartie, la domination paradigmatique de l'acteur en position de contrôle ou encore la juxtaposition des paradigmes conduisent plutôt à des pertes au plan de qualité de l'action.

[Retour au sommaire](#)

Note

Texte tiré d'une animation scientifique de la CACIS présentée à l'automne 2008 :

[http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/Animation\\_Outildx.pdf](http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/Animation_Outildx.pdf)

## L'outil diagnostique de l'action en partenariat

Par Angèle Bilodeau, Marilène Galarneau et coll. L'élaboration de l'outil diagnostique de l'action en partenariat a été réalisée et validée grâce à la collaboration des Tables de quartier en développement social et de tables de concertation sectorielles (sécurité alimentaire, revitalisation urbaine intégrée, concertation jeunesse etc.) dans les régions de Montréal, Laval et Sherbrooke.

Dans sa version finale, après 2 phases de validation, l'outil comporte 18 items ou énoncés qui mesurent le degré d'atteinte de 6 conditions d'efficacité des par-

tenariats : (1) la couverture large des perspectives ; (2) l'intéressement précoce ; (3) rôle de négociation et influence ; (4) acteurs et ressources stratégiques et névralgiques ; (5) égalisation des rapports de pouvoir ; et (6) co-construction de l'action. Il se répond en choisissant, pour chaque item, parmi 3 situations reflétant 3 niveaux d'atteinte des conditions.

Pour tirer profit de l'outil, le partenariat doit être plus qu'un lieu de partage d'information et de réseautage; il doit être le lieu d'une collaboration sur un projet

précis, défini dans le temps, et bénéficiant d'une allocation de ressources.

La procédure d'utilisation de l'outil est l'auto-évaluation collective, insérable dans la gestion courante des partenariats. La discussion des différents énoncés et le partage d'information entre les membres d'un partenariat s'avère la meilleure voie pour arriver à poser un diagnostic juste sur leurs pratiques partenariales. Cet outil n'est pas un instrument de gestion par résultat ou de reddition de compte. Il est destiné à être utilisé par les membres d'un partenariat s'investissant volontairement dans une démarche d'évaluation. Certains items peuvent ne pas s'appliquer à la situation de certains partenariats.

Trois options sont possibles pour effectuer le diagnostic :

- 1) Répondre au questionnaire individuellement (environ 30 minutes), puis enclencher une discussion collective sur la base des évaluations individuelles;
- 2) Répondre au questionnaire individuellement, compiler les réponses de tous les partenaires, puis enclencher une discussion collective en portant une attention particulière aux items comportant le plus de réponses faibles;
- 3) Enclencher une discussion de groupe sur chacun des items afin de poser un diagnostic collectif.

L'outil fournit un diagnostic référant aux **meilleures pratiques**, plutôt qu'à des principes, puisqu'il est fondé sur des études empiriques. Notez que la distance entre les échelons est inégale: il est parfois relativement facile d'atteindre la marche supérieure

sur un aspect alors que cela peut être relativement difficile dans d'autres cas.

L'outil permet de poser 2 types de diagnostic:

- Les items non répondus indiquent que des aspects importants de leur partenariat échappent à une partie des répondants;
- L'identification des faiblesses découle d'un nombre appréciable de personnes dans un même partenariat qui identifient des problèmes autour des items reliés à une même condition, indiquant que le partenariat a un problème autour de cette condition. Idem pour l'identification des forces.

Les diagnostics produits peuvent être ponctuels; ils peuvent aussi être comparés de façon longitudinale pour le même partenariat ou de façon transversale entre plusieurs partenariats.

Si plusieurs partenariats dans un contexte donné (ex: une région sociosanitaire) rencontrent des problèmes autour des mêmes items, cela conduit à identifier des enjeux collectifs. Exemple de l'item #16 de l'outil relativement à la gouverne : « *Dans notre partenariat, les critères et mécanismes de la reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi rendre compte) entre les organismes communautaires et les bailleurs de fonds sont négociés* ». S'il ressort que la reddition de comptes négociée pose problème, cela interpelle le niveau supérieur de la gouverne publique au palier régional, voire central. [Retour au sommaire](#)

Note

L'outil est disponible en ligne :

[http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/Outil\\_DX\\_%20partenariat.pdf](http://www.cacis.umontreal.ca/pdf/Outil_DX_%20partenariat.pdf)

---

---

## Publications et conférences

### Pour éviter d'accroître les inégalités sociales de santé, il faut mettre leur réduction au premier plan des objectifs de prévention

Tiré de Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). The inequality paradox : The population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health, 98*, 216-221. Synthèse de Louise Potvin

La Loi sur la santé publique du Québec adoptée en 2001<sup>1</sup>, est très claire : le seul objectif poursuivi par le système et les mesures de santé publique consiste dans le maintien et l'amélioration de la santé physique et de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu. Cet objectif est opéré par un programme national de santé publique qui doit encadrer l'ensemble des activités de santé publique aux niveaux national, régional et local. Le chapitre 2 du « Programme national de santé publique 2003-2012 »<sup>2</sup> fait état de la situation sanitaire et constate qu'il existe des inégalités de santé au Québec et que certains groupes, comme les personnes

ayant un revenu faible ou qui sont sous-scolarisées, font l'expérience d'un déficit sanitaire. En dépit de ce constat, rien dans le programme n'incite les acteurs et décideurs de santé publique à orienter leurs actions de façon à réduire les inégalités sociales de santé. Or, comme nous tenterons de le montrer dans cet article, une programmation de santé publique qui ne vise pas aussi la réduction des inégalités de santé risque fort de contribuer à les aggraver.

Le terme inégalités sociales de santé renvoie aux observations maintes fois confirmées à travers les pays occidentaux que l'appartenance à certains groupes sociaux se traduit par un déficit de santé. Par

exemple, il existe un écart de dix ans dans l'espérance de vie des citoyens montréalais qui habitent les quartiers centraux et défavorisés de la ville comparativement à leurs concitoyens de certains quartiers plus favorisés<sup>3</sup>. La hiérarchie entre les classes sociales qui caractérise la structure de nos sociétés se répercute dans l'expérience de santé des individus qui forment ces classes.

De plus, on observe de manière consistante pour la plupart des indicateurs de santé, dans la plupart des pays industrialisés et pour la majorité des indicateurs de statut socio-économique, une relation linéaire directe entre la position dans la hiérarchie sociale et l'expérience de santé. On nomme ce phénomène « gradient de santé ». Ainsi, dans une population la distribution des indicateurs qui décrivent l'état de santé de la population est socialement structurée.

### **L'approche populationnelle en prévention**

En identifiant les environnements physiques et sociaux de même que les habitudes de vie comme des déterminants de la santé de la population, le Rapport Lalonde (1974)<sup>4</sup>, consacrait la reconnaissance politique que l'action du système de soins n'est pas suffisante pour améliorer la santé de la population, donnant du même coup à la prévention et à l'action sur les facteurs de risque une légitimité politique qui ne s'est jamais démentie. Cependant, la faiblesse de ce rapport fut d'orienter les actions de prévention hors dépistage presque exclusivement vers des groupes à risque pour des facteurs de risque spécifiques, menant souvent à une attitude qui accuse les malades. Près de 20 ans plus tard, l'épidémiologiste britannique Geoffrey Rose élaborait la critique d'une telle approche par groupes à risques et proposait une stratégie populationnelle pour la médecine préventive dans le but d'améliorer la santé de la population<sup>5</sup>. Parmi les hypothèses qui soutiennent cette stratégie, on retrouve :

- 1) Une stratégie de prévention populationnelle doit viser à modifier les conditions environnementales qui façonnent la distribution du risque dans une population, déplaçant ainsi l'ensemble de la distribution vers une diminution du risque.
- 2) Un tel déplacement d'une distribution de risque a aussi comme effet de diminuer l'exposition chez les groupes les plus à risque. Ainsi, des résultats d'évaluation montrent que lorsque le nombre de fumeurs dans une population diminue, la quantité de cigarettes fumées par ceux qui continuent à le faire diminue aussi<sup>6</sup>.

Sous certaines conditions, la stratégie populationnelle de prévention apparaît comme une stratégie efficace d'augmentation de la santé dans la popula-

tion. Ainsi, plusieurs auteurs attribuent une grande partie de l'augmentation de l'espérance de vie observées au cours des dernières années aux stratégies populationnelles de prévention, telles les lois régissant la production, la vente et l'usage du tabac. Peu de personnes cependant se sont intéressées à l'impact de ces stratégies sur les inégalités sociales de santé.

### **Stratégies populationnelles et inégalités sociales de santé**

Il faut tout d'abord clairement établir qu'il est très difficile de statuer hors de tout doute sur l'accroissement ou la diminution des inégalités sociales de santé pour une période donnée. En effet, non seulement les statistiques vitales ne sont-elles pas colligées en fonction d'indicateurs de statut socio-économique, mais aussi, l'interprétation des changements dans les écarts entre des groupes pour un indicateur donné n'est pas univoque et fait toujours référence à une conception normative de ce qui constitue une inégalité<sup>7</sup>.

L'une des faiblesses importantes du raisonnement de Rose est qu'il repose sur une logique et des données transversales. On ne pose pas la question sur les dynamiques qui ont généré la forme de la distribution du risque à un moment donné. Il existe en effet très peu d'études qui évaluent systématiquement les effets des interventions de santé publique en fonction des strates sociales. Cela pose plusieurs difficultés méthodologiques qui s'accumulent tout au cours d'une étude dont, la participation moindre des personnes à faible revenu dans des études et une plus grande perte au suivi, la plus grande difficulté à rejoindre les populations plus démunies par nos programmes, ce qui se traduit souvent en incapacité de tester les interactions statistiques qui permettraient d'évaluer les effets différentiels des programmes en fonction de certaines caractéristiques sociales. Il est cependant difficile de rejeter l'hypothèse que les personnes qui sont le plus à risque dans une distribution sont aussi celles pour qui l'intervention aura le moins d'effet. Ce qui mènerait donc à un accroissement des inégalités sociales de santé. Trois phénomènes militent en faveur d'une telle hypothèse.

Le premier est mis en évidence par l'ensemble des études sur les trajectoires de vie. Tout au cours de la vie, les risques sociaux et sanitaires, tout comme les facteurs protecteurs s'accumulent et se renforcent. Ainsi, à tout moment de la vie, l'état de santé d'un individu reflète et résulte de l'ensemble de ses expériences antérieures. Ceux qui partent avec un déficit ont souvent plus de difficultés à transformer les res-

sources de l'environnement en santé, et ce, très tôt dans la vie<sup>8</sup>.

Le deuxième phénomène est la concentration des risques. Les risques ne viennent pas seuls. Pour beaucoup d'individus les menaces à la santé sont multiples et les études montrent que les personnes à faible revenu ou celles qui sont moins scolarisées sont plus à risque d'être exposées à plus d'un facteur de risque<sup>9</sup>. D'ailleurs les intervenants de première ligne savent bien que ce sont souvent les mêmes personnes qui ont besoin d'une diversité de services.

Enfin, des études récentes tendent à montrer que les facteurs de risque et la maladie sont l'expression de causes plus fondamentales qui sont liées à l'appartenance à certains groupes sociaux et qui déterminent l'accès aux ressources et la capacité de les transformer en santé. Ces causes fondamentales agiraient de façon telle que même lorsque l'exposition à un facteur de risque spécifique cesse, les gains de santé ne sont pas équivalents. Ce sont ces mêmes causes fondamentales qui influencent la position des groupes dans la distribution du risque et leur capacité de tirer le maximum de bénéfices des interventions de santé publique. Une étude récente a montré que les taux d'abandon de tabagisme dans les pays européens suite aux diverses législations anti-tabac sont fortement stratifiés; dans tous les pays, et quel que soit le taux d'abandon il existe un gradient significatif; les personnes ayant une éducation universitaire ont les taux d'abandon les plus élevés, suivis par celles qui ont une formation technique avancée, et ainsi de suite jusqu'aux moins éduquées<sup>10</sup>.

### **La nécessité de fixer deux objectifs aux interventions de santé publique**

La prévention constitue un puissant outil pour améliorer l'état de santé d'une population et les pouvoirs publics tout comme les intervenants de première ligne ont raison d'en user dans un objectif d'amélioration de la santé de la population. Il apparaît cependant illusoire de croire que les effets des politiques et programmes de prévention sont homogènes pour tous les niveaux de risque. Tout comme le risque est socialement structuré, la capacité de tirer profit des interventions préventives apparaît aussi comme étant liée à l'appartenance à certains groupes sociaux. En fait, ne pas reconnaître cette possibilité c'est faire le choix implicite de contribuer à augmenter les inégalités de santé. D'où l'importance de toujours jumeler l'objectif d'augmentation de la santé d'une population avec un objectif explicite de diminution des inégalités sociales de santé. C'est le message fondamental du récent rapport de la Commission de l'OMS sur les détermi-

nants sociaux de la santé, présidée par Sir Michael Marmot<sup>11</sup>, et dont le Canada a soutenu les travaux d'une manière importante.

Il existe très peu de données probantes sur la façon d'intervenir pour diminuer les inégalités sociales de santé. Certaines stratégies comme l'action intersectorielle et les approches participatives qui permettent la prise en compte des savoirs que les personnes en situation de vulnérabilité ont de leur propre condition, sont souvent mentionnées comme potentiellement pertinentes pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Cette pauvreté des données probantes ne devrait cependant pas empêcher les décideurs et opérateurs du Programme national de santé publique du Québec de formuler des objectifs de réduction des inégalités sociales de santé et de mettre en œuvre, aux niveaux national, régional et local des actions et leur évaluation qui permettront éventuellement de constituer un corpus de données pour soutenir la lutte aux inégalités sociales de santé.

### **Notes**

1. Éditeur officiel du Québec. (2009). *Loi sur la santé publique* : [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_2\\_2/S2\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html)
2. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2002). *Programme national de santé publique 2003-2012*. [http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme\\_nationale\\_sante\\_pub.pdf](http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf)
3. Direction de la santé publique de Montréal. (2002). *La santé urbaine, une condition nécessaire à l'essor de Montréal. Rapport annuel 2002 sur la santé de la population*. <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/rapportannuel/2002/Chap02-Final.pdf>
4. Gouvernement du Canada (1974). *Nouvelles perspectives sur la santé des Canadiens*. Téléchargé en janvier 2009 de : [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-fra.pdf)
5. Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford UK: Oxford University Press.
6. Laugesen, M., & Swinburn, B. (2000). New Zealand's tobacco control programme 1985-1998. *Tobacco Control*, 9, 155-162
7. Pour une discussion approfondie de ce qui se cache derrière les mesures d'inégalités voir : Gakidou, E. E., Murray, C. J. L., & Frenk, J. (2000). Définir et mesurer les inégalités de santé : approche basée sur la distribution de l'espérance de santé. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78, 42-54.
8. Séguin, L., Kantiébo, M., Xu, Q., Frohlich, K. L., Zunzunegui, M-V., Dumas, C., Potvin, L. *Pauvreté, conditions de naissance et santé des nourrissons*. Rapport Santé-Québec, 2001.
9. Sharma, S., Malarcher, A. M., Giles, W. H., & Myers, G. (2004). Racial, ethnic and socio economic disparities in the clustering of CVD risk factors. *Ethnicity and Disease* 14, 43-48.
10. Schaap, M. M., Kunst, A. E., Leinsalu, M., Regidor, E., Ekholm, O., Dzurova, D., Helmert, U., Klumbiene, J., Santana, P., & Mackenbach, J. P. (2008). Effect of nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries. *Tobacco Control*, 17, 248-255.
11. Organisation mondiale de la santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (résumé). [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf)



## Colloque de l'Association des étudiant(e)s de santé publique de l'Université de Montréal

Par Martine Shareck



La 4<sup>ème</sup> édition du Colloque de l'Association des étudiant(e)s en santé publique s'est tenue le 20 février dernier au Hall d'Honneur du Pavillon Roger-Gaudry. Quelques 120 participants, conférenciers invités, étudiants, professeurs et professionnels de la santé publique ont pris part à ce colloque qui avait pour thème « Mondialisation et inégalités : les défis de la recherche et des politiques publiques ». Dans sa conférence d'ouverture, le Dr. Ronald Labonté, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la mondialisation contemporaine et l'égalité en matière de santé (Université d'Ottawa), a discuté des effets néfastes de la mondialisation sur la santé. Il a également souligné des pistes d'action pouvant contribuer à diminuer la pauvreté et à freiner l'accroissement des écarts de santé entre les pays. Les présentations étudiantes, orales et écrites, ont su intéresser le public grâce à leur

diversité. Quatre prix ont été attribués lors du cocktail de fermeture aux meilleures présentations étudiantes, suite à un vote du jury et du public. L'après-midi fut consacré à une table ronde portant sur l'utilisation des données probantes dans un contexte de mondialisation, à laquelle ont participé Dr. Richard Massé (Directeur de l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal), Dr. Pierre Bergeron (Directeur scientifique, INSPQ) et Dr. Maria Victoria Zunzunegui (Professeur au département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal). La discussion, animée par M. Armand Dubois, animateur à Radio Ville-Marie, a encouragé les invités et les gens du public à réfléchir plus profondément à ce thème d'actualité. Les organisateurs sont ravis du succès du colloque qui s'inscrit désormais comme un événement annuel incontournable pour la relève en santé publique.

---

### À surveiller

**Numéro spécial du Journal de l'Association canadienne de santé publique sur *L'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada***

<http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/issue/view/270>

**Colloque annuel de l'Association canadienne de santé publique  
La santé publique au Canada : Renforcer les liens**

<http://www.cpha.ca/en/conferences/conf2009.aspx>

[Retour au sommaire](#)

<b>Chaire Approches communautaires et inégalités de santé</b>
---

GRIS / Université de Montréal C.P. 6128, Succursale Centre-ville Montréal (Québec) H3C 3J7 Téléphone : (514) 343-6111, poste 1 - 3778 Télécopie : (514) 343-2207 Courriel : <a href="mailto:inegalites-sante@umontreal.ca">inegalites-sante@umontreal.ca</a> Web : <a href="http://www.cacis.umontreal.ca">www.cacis.umontreal.ca</a>
---