



HAL
open science

Réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis

Valery Ridde, Anne Guichard

► **To cite this version:**

Valery Ridde, Anne Guichard. Réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis. 2008. hal-01585765

HAL Id: hal-01585765

<https://hal.science/hal-01585765>

Preprint submitted on 12 Sep 2017

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

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

Titre :

Réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis¹.

Auteurs :

Ridde, Valéry, *Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal, Canada*

Guichard, Anne, *Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Paris, France*

Introduction

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

¹ Nous tenons à remercier chaleureusement Pierre Aïach pour ses commentaires fort utiles d'une version préliminaire de ce texte.

de telles interventions (épistémologie). En dernier lieu, nous ferons une synthèse, non exhaustive, des connaissances acquises sur la manière dont il faudrait agir (défis).

1-L'aporie : la cible des interventions

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

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

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

Tableau 1 : Les neuf composantes d'un problème public

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

Or en France, malgré certains travaux précurseurs (Aïach, Carr-Hill et al., 1987), les inégalités sociales de santé sont demeurées quasi absentes du débat public (Drulhe, 2000; De Koninck et Fassin, 2004), les décideurs se focalisant bien souvent sur la seule problématique des inégalités d'accès au système de santé (Pascal, Abbey-Huguenin et al., 2006). Si l'on reprend les étapes du continuum d'actions liées à la réduction des inégalités sociales de santé (Whitehead, 1998), la France figure parmi

les pays où il est possible d'identifier certaines mesures pouvant contribuer à réduire les inégalités sociales de santé, mais qui ne sont pas intégrées dans un plan d'ensemble. En effet, s'il existe bel et bien en France des politiques de lutte contre la pauvreté ou les inégalités économiques, aucune n'est envisagée comme un levier au regard de la problématique des inégalités de santé (Mackenbach et Bakker, 2002; Ridde, 2004; Couffinhal, Dourgnon et al., 2005).

Le problème est mesuré, plus ou moins reconnu et certains ont attiré l'attention de la population sur cette question, mais la volonté de trouver une solution n'est pas véritablement à l'ordre du jour politique. Un cap — terminologique en tous cas — a été franchi lors de la loi de santé publique du 11 août 2004 qui parle désormais « d'inégalités de santé ». Il a été inscrit parmi ses objectifs celui de réduire les inégalités de santé « *par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics* » (Sénat, 2004, Art 1er). Parmi les 100 objectifs définis, deux concernent directement les inégalités². Si le second objectif traduit un premier pas vers une politique de réduction des inégalités de santé, la vision reste essentiellement centrée sur les inégalités d'accès aux systèmes de soins, laissant de côté les déterminants sociaux de la santé. Ainsi, il reste du chemin à parcourir s'agissant des indicateurs transversaux sans cible à atteindre, cibles « *dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques* » (Sénat, 2004, Art 1er).

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

² 33 : Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes aux revenus légèrement supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU ; 34 : Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires

dont nous disposons concernant les stratégies d'action seront abordées plus loin dans ce chapitre.

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

Aussi, la manière dont le problème sera posé à l'égard des membres de la société — et les enjeux que cela met en cause — aura une incidence sur le type d'action à entreprendre. Il est par exemple courant de penser qu'il faut agir en priorité en direction des groupes de statuts socioéconomiques les plus faibles et présentant les

moins bons indicateurs de santé. Une autre approche des inégalités de santé avance, quant à elle, des inégalités traversant l'ensemble du spectre social suivant un gradient de santé maintes fois illustré par les études épidémiologiques. En France, comme au Québec, si de timides réflexions ont eu lieu sur les inégalités sociales de santé, les mesures entreprises sont demeurées centrées sur la lutte contre la pauvreté au Québec, la lutte contre la précarité et l'exclusion en France. Une banque de données en santé publique (<http://www.bdsp.tm.fr>) propose « 54 recherches prédéfinies sur des sujets d'actualité, réalisées par des professionnels de l'information ». Le thème des inégalités sociales de santé n'est pas indexé et ceux qui s'y intéressent devront l'étudier à travers le thème « Santé et précarité », ce qui est révélateur d'une approche du phénomène en France, amorcée dans un ouvrage collectif de chercheurs en santé publique (Joubert, Chauvin et al., 2001). Un autre ouvrage de référence sur les inégalités de santé paru au même moment, prenait une vision diamétralement opposée en s'éloignant de la seule précarité et en se rapprochant du gradient social (Leclerc, Fassin et al., 2000). Dans le même ordre d'idées, l'Institut National de Santé Publique du Québec vient de publier un bilan des travaux de recherche en santé publique entre 1999 et 2004 (Laurendeau et al. 2007). Or, la manière dont est organisée la banque de donnée du ministère de la Santé et des Services sociaux fait en sorte qu'il a été impossible aux rédacteurs de cette recension de repérer les recherches qui auraient pu porter sur les inégalités sociales de santé.

b- Le choix du public concerné par les interventions

La problématique du public concerné dont nous venons de parler n'est pas qu'une lubie conceptuelle et théorique, car elle a des implications pratiques non négligeables sur la cible³ des interventions. Doit-on mettre en œuvre les interventions en direction de l'ensemble de la population ou bien des seuls individus ? Doit-on adopter des politiques universelles ou catégorielles ? Ces questions sont relativement familières pour ceux qui définissent les programmes de santé publique et elles présentent un caractère décisif lorsqu'il s'agit d'intervenir pour résorber les écarts face à la vie et la mort.

³ Dans le langage (ou dans l'économie politique dirait Sen (1995)) de l'évaluation de programme ou des politiques publiques, le terme de cible (*reach* ou *target*) peut prêter à confusion, voire introduire une analogie soit « guerrière » soit passive. Ce n'est évidemment pas le sens que nous adoptons ici puisque nous l'employons comme un mot générique de multiples termes utilisés selon les contextes, comme participants, bénéficiaires, clients, usagers, etc.

Dans un article célèbre, Rose (1985) s'applique à faire la démonstration de la différence d'approche (individuelle vs collective) face aux facteurs de risque d'être malade. Pour commencer, il avance que si les risques individuels sont relativement bien repérés, notamment par les cliniciens, ceux affectant la population dans son ensemble le sont beaucoup moins, surtout parce qu'ils sont plus abstraits. La distinction que souhaite expliciter Rose est que les déterminants des taux d'incidence d'une maladie dans une population sont différents de ceux des cas individuels de cette même population. Pour illustrer cette proposition théorique, Evans (2002) a repris une figure de Cronin (figure 1). Ce graphique représente les taux d'homicide par âge et par sexe à Chicago et au Royaume-Uni. Ce qui frappe d'abord, c'est la disparité entre les hommes et les femmes, le taux d'homicide perpétré par les premiers grimpant au début de la vie puis chutant ensuite, le taux pour les femmes étant relativement stable. Ensuite, on remarque que la probabilité de commettre un meurtre varie systématiquement avec les caractéristiques individuelles. Mais il faut maintenant être attentif à l'échelle des ordonnées. La probabilité qu'un homme tue une personne est trente fois plus importante lorsqu'il vit à Chicago qu'au Royaume-Uni. L'effet produit par les caractéristiques individuelles est inmanquablement influencé par des facteurs environnementaux et liés à la société locale.

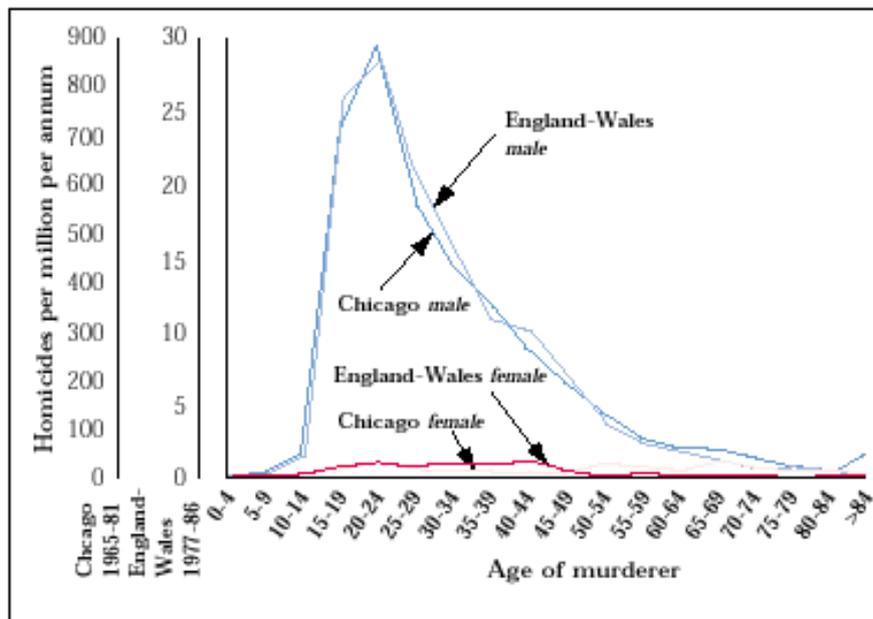


Figure 1 : Taux d'homicide par âge et par sexe à Chicago et au Royaume-Uni

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

Dans son ouvrage du début des années 90 Rose démontre l'importance, dans les activités de prévention, de cibler la population dans son ensemble plutôt que les groupes à risques élevés. Il nous dit que lorsqu'un facteur de risque est normalement distribué, réduire le niveau de ce dernier pour l'ensemble de la population apportera plus de changement dans l'état de santé de la population que si l'on dirige l'intervention uniquement sur les groupes dits à risques élevés. En agissant ainsi, Rose nous explique que cela permet, d'abord, de réduire le risque chez les personnes du groupe à risque. Ensuite, lorsque de nombreuses personnes réduisent leur niveau d'exposition au risque, y compris dans de faibles proportions, le bénéfice global pour la population sera plus grand que lorsque le groupe à risques élevés réduit son exposition, même d'une façon très importante. Enfin, en s'attaquant aux facteurs de risques des seuls groupes dit à risques élevés, cela ne change en rien la distribution de la maladie dans la population générale puisque les causes fondamentales sont demeurées inchangées.

Marmot (2001) transpose les propositions de Rose aux inégalités sociales de santé. Pour lui, les déterminants des différences entre individus sont différents de ceux expliquant les écarts entre sous-groupes de la population. Pourtant, Arblaster et al (1996) affirment qu'il n'existe pas encore de données probantes à propos de l'intérêt ou non d'agir sur des groupes ou sur des individus pour réduire les inégalités de santé. Un rapport du Department of Health (2002) anglais ajoute de la confusion en expliquant qu'il est essentiel de prendre en compte la distribution de la population. En effet, il est montré dans ce rapport que le taux de mortalité, toutes causes confondues, est bien plus important pour la catégorie des travailleurs manuels (V), mais le nombre de mort est plus important dans la catégorie des travailleurs manuels qualifiés (IIIM). Ainsi, il est suggéré que les interventions ciblent non seulement les plus désavantagés,

mais également, les travailleurs manuels qualifiés pour être en mesure de réduire les inégalités de santé. Cela nous ramène au débat récurrent dans ce domaine et évoqué en début de chapitre où, par exemple, Mooney (1999) critique la position rawlsienne qui ne prend en compte que les besoins spécifiques des plus désavantagés. Or, pour Mooney, l'équité en général, et l'équité verticale en particulier, imposent de trouver une juste solution à l'égard des inégalités, pas seulement pour les plus pauvres, mais pour tout le monde et à tous les niveaux.

Et pourtant, la majeure partie des interventions visant à réduire les inégalités de santé sont encore mobilisées pour agir sur des déterminants individuels et non sur des déterminants en amont (Whitehead, 1995; Gepkens et Gunning-Schepers, 1996). L'une des explications à cette « focalisation » de l'action sur l'individu est que les données probantes dont on dispose portent quasi-exclusivement sur des interventions menées en direction des personnes (downstream) et exceptionnellement sur celles agissant à un niveau plus macroscopique (upstream) (Macintyre, Chalmers et al., 2001). Même les responsables de l'analyse des stratégies d'interventions pour le compte du fameux projet Eurothine, faute de données au plan européen, ont été contraint à étudier les actions centrées uniquement sur les comportements individuels et l'utilisation des services de santé (Mackenbach et al. 2007). En outre, ces interventions auprès des individus ne nous permettent pas d'accroître nos connaissances quant à leur efficacité pour réduire les inégalités de santé, car elles ne fournissent que très rarement des données différenciées entre sous-groupes (sexe, groupes sociaux, etc.). Cela étant dit, ce n'est pas parce qu'il n'y pas suffisamment de preuves⁴ pour les interventions plus globales qu'elles ne sont pas efficaces ; cela montre tout simplement, disent Macintyre et al (2001), que ces dernières ne sont pas assez bien évaluées. Voilà pourquoi les responsables anglais des « Health Impact Assessment » affirment qu'il est nécessaire de rendre explicite cette aporie des interventions et qu'il faut prendre en compte tant l'impact sur les plus désavantagés que sur l'ensemble de la population (Douglas et Scott-Samuel, 2001).

Les spécialistes des inégalités de santé insistent également sur la nécessité d'organiser, parallèlement à des interventions globales en faveur de la société dans

⁴ Le manque de preuves peut aussi s'expliquer par la rareté de telles interventions qui mettent assurément en cause les structures sociales et politiques d'un pays

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

pouvoir rendre compte de l'adéquation du choix des bénéficiaires et des non bénéficiaires de l'intervention ciblée. On distingue ainsi : (a) les bénéficiaires éligibles à l'intervention (vrais positifs); (b) les bénéficiaires non éligibles (faux positifs); (c) les non bénéficiaires éligibles, qui auraient donc dû en profiter (faux négatifs) et (d) les non bénéficiaires, non éligibles (vrais négatifs)⁵.

Tableau 2 : Critères d'évaluation du ciblage

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

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

Choisir le public cible d'une politique ou décider de la rendre accessible à l'ensemble de la population aura aussi des conséquences sociales. Il s'agit là de la problématique classique de la construction sociale des groupes cibles des politiques publiques (Ingram, Schneider et al., 2007), autrement dit de l'économie politique du ciblage (Sen, 1995). Ces travaux nous apprennent que les effets des politiques ne sont pas que d'ordre instrumental mais qu'ils recouvrent une dimension symbolique qui façonne les représentations sociales. La manière dont les décideurs formulent les politiques et déterminent leurs bénéficiaires participe à la construction sociale (positive ou négative) de ces derniers. Dans le même ordre d'idée, la façon dont les bénéfices ou les contraintes associés à ces politiques se répartissent entre les sous groupes de la population contribuera à faire émerger une nouvelle réalité sociale. Les groupes sociaux qui reçoivent des messages clairement positifs de l'État ainsi que des

⁵ Merci à Slim Haddad pour les recommandations de lectures sur le ciblage.

ressources publiques ont une tendance à être plus engagés socialement et politiquement. La manière dont les personnes vivent leur situation de pauvreté différemment au Royaume-Uni (considérés comme individuellement responsables) et en Suède (la société est tenue pour responsable) en est une belle illustration (Jones, Burström et al., 2006). Au Burkina Faso, on a montré que le fait que les indigents, dans l'impossibilité de supporter les frais des soins de santé, n'aient jamais été inclus dans la catégorie administrative des « groupes vulnérables », telle que définie par les politiques publiques, a contribué à les exclure du système de santé (Ridde, 2007a). Au sein d'un groupe social de ce même pays (les Mossi), nous avons aussi montré que l'on valorise la totalité sociale et on néglige les individus, ce que Louis Dumont (1985) avait défini conceptuellement comme étant le holisme, principe qui sous-tend que les membres d'une même communauté entretiennent des relations respectueuses, se conforment à l'organisation sociale et vivent en harmonie. Dans ce type d'organisation sociale, il n'est pas envisageable de priver les plus fortunés des bénéfices d'un programme sous prétexte que seuls les plus pauvres nécessiteraient d'en bénéficier. Ajoutons à l'aporie que, selon le fameux « paradoxe du ciblage », plus les programmes s'adressent à un public très circonscrit, moins ils bénéficient de soutien politique et plus leur pérennité est compromise (Hanson, Worrall et al., 2007). De fait, les politiques de ciblage tendent à favoriser la segmentation de la population plutôt que sa cohésion.

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

2-L'épistémologie : évaluer les interventions

La difficulté de disposer de connaissances concernant la manière de formuler les interventions et de définir leur cible en vue de réduire les inégalités sociales de santé nous semble devoir être étudiée à l'aune des aspects épistémologiques des méthodes d'évaluation. Au Royaume-Uni par exemple, le groupe d'évaluation des propositions de projets visant la réduction des inégalités, à la suite de la commission Acheson, s'était montré quelque peu déconcerté par la quasi-absence de fondements empiriques des actions proposées (Macintyre, Chalmers et al., 2001). Plusieurs raisons peuvent expliquer cette absence significative de données probantes : i) les données ne sont pas

différenciées par catégories, ii) les moyens sont plus focalisés sur la recherche et la définition des problèmes que sur la résolution de ces derniers, iii) le niveau d'attente (le *gold standard* des études randomisées) des résultats d'évaluation des interventions favorise le *statut quo* évaluatif, iv) le suivi (monitoring) n'est pas organisé; v) le rapport d'évaluation d'interventions efficaces dans les bases de données classiques est absent (Macintyre, 2003; Mackenbach, 2003).

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

Ainsi, il est possible de dire que l'évaluation des actions visant à réduire les inégalités de santé est relativement délicate à mettre en œuvre. Cela explique certainement les récentes propositions en faveur d'évaluations moins positivistes et fondées sur la

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

Goodstadt et al., 2001; McQueen et Jones, 2007), des colloques ont été organisés, notamment en France (IUHPE, 2004) et des cadres d'analyses ont été proposés (Nutbeam, 1999; Cloetta, Spencer et al., 2005).

Mais si cette évolution est importante, elle bute toujours sur une impasse paradigmatique : comment évaluer des interventions de promotion de la santé qui, par nature, sont globales et contextuelles, et pour lesquelles il n'y aurait aucun sens à s'efforcer de contrôler tous les paramètres susceptibles de produire des effets comme la situation de laboratoire le permet ? Ainsi, s'appuyant sur un développement théorique issu du champ de l'évaluation de programme (Pawson et Tilley, 1997) — ces auteurs se référant explicitement aux approches évaluatives « theory-driven » qui accordent une place prépondérante à la logique des programmes⁶ — les experts de l'évaluation en promotion de la santé se sont rendus compte de l'incapacité structurelle d'importer les méthodes des sciences positivistes pour faire la démonstration de l'efficacité des actions (Hills, Carroll et al., 2004; Ridde, Delormier et al., 2007). Cette approche évaluative avance que, pour rendre compte de l'efficacité d'une intervention, il faut être en mesure de relever les mécanismes causaux qui, dans un environnement donné, produisent des effets spécifiques. L'analyse de l'efficacité des interventions doit donc tenter de démontrer l'équation suivante : $M + C = E$; ce qui correspond dans le vocabulaire des auteurs à une configuration particulière.

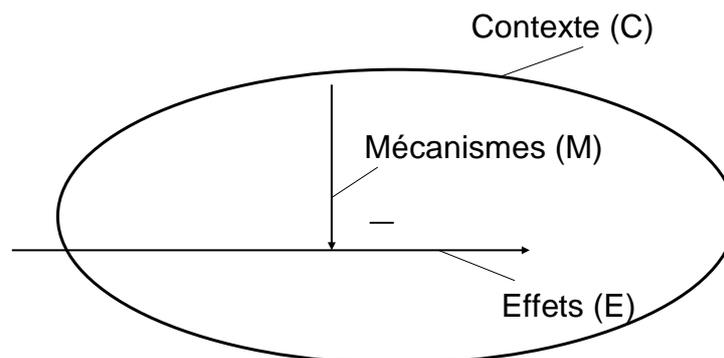


Figure 2 : Les éléments de l'approche réaliste en évaluation

⁶ Mais Pawson (2006) ajoute que le succès des interventions s'explique moins par la théorie du programme que par un effet cumulatif d'une succession de plusieurs théories. Le terme de théorie est à prendre au sens trivial (ni théorie à portée restreinte, ni théorie à grande échelle) car dans le domaine de l'évaluation de programme, ce mot est souvent galvaudé. Il correspond en fait à la description des composantes d'un programme et de leurs liens logiques permettant de produire des effets, le terme à préférer serait « la logique d'intervention ».

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

Ainsi, face aux défis méthodologiques pour évaluer des actions visant la réduction des inégalités sociales de santé et encouragés par l'avancée théorique inspirée de l'approche de l'évaluation réaliste, nous avons démarré une étude exploratoire, fin 2007, en France (Guichard et Ridde 2007). Cette étude prendra en compte les travaux antérieurs effectués par le Consortium Canadien de la Recherche en Promotion de la Santé ainsi que ceux du projet européen « Closing the gap » — que nous évoquons plus en détail plus bas — dont un des objectifs visait à référencer, au sein d'une base de données, les pratiques les plus prometteuses pour réduire les inégalités sociales de santé.

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

3-Le défi de la mise en œuvre des actions

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

unique, d'autant que le caractère transférable de leurs conclusions reste problématique.

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

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

Comme le souligne Graham (2004), il n'existe pas de stratégie d'intervention meilleure qu'une autre; les stratégies ne devraient pas être considérées de façon concurrentielle. En fait, plusieurs points d'entrée sont possibles pour tenter de réduire les inégalités sociales devant la mort et la maladie, même si, ou parce qu'on ne dispose encore que de données très sommaires quant à l'efficacité des politiques et des actions mises en place à cet effet. Par ailleurs, ces données peinent à intégrer le cercle des décideurs publics (Mackenbach et Bakker, 2002). Le recours préférentiel à l'une ou l'autre de ces approches ou encore, la combinaison des trois, est étroitement lié aux contextes nationaux et locaux ainsi qu'aux besoins des populations. Ces stratégies impliquent, comme nous l'avons vu plus haut, des modes et des difficultés d'évaluation distincts et non négligeables. Mais quelle que soit l'approche retenue, il importe de travailler en priorité sur la distribution des déterminants sociaux de la santé, de façon à faire en sorte que tous les individus de toutes les couches sociales puissent disposer d'une réelle égalité équitable des chances pour atteindre leur niveau

de santé optimal (potentiel) (Ridde, Guichard et al., 2007). Cela étant dit, « *levels of health experienced by those who are most socially advantaged can suggest what is possible for everyone* » (Braveman, 2003, p.185). Pour un meilleur impact, les modes d'intervention intégrés (*comprehensive package*) dans une stratégie d'actions intersectorielles et combinant les actions tant en "amont" (sur les causes) qu'en "aval" (sur les conséquences) des inégalités sont à privilégier en même temps que l'on vise des objectifs ciblés et réalistes et que l'on mise sur des résultats à long terme (Judge, Platt et al., 2005; Mackenback et al. 2007). C'est aussi l'approche que vient d'adapter la commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé dans son rapport intermédiaire de l'automne 2007. Mais il faudra attendre 2008 pour connaître les détails des interventions qu'elle préconisera.

Partant de ces grands axes d'organisation de la lutte contre les inégalités sociales de santé, l'OMS a produit un ouvrage synthétisant les principales stratégies d'actions européennes pour infléchir la tendance (Dahlgren et Whitehead, 2006). Si l'évolution du contexte européen, les nouvelles connaissances liées aux déterminants sociaux de la santé et le renouveau des débats autour des enjeux de l'évaluation des politiques et des interventions justifiaient une nouvelle version de l'ouvrage de 1992, force est de constater le peu de progrès accomplis en pratique. Les recommandations formulées dans cet ouvrage (et plus généralement dans les écrits scientifiques) demeurent très généralistes et rarement étayées par des exemples concrets d'interventions s'appuyant sur des mesures d'impacts (figure 3).

Figure 3 : Principales expériences et stratégies d'intervention politiques recommandées

- | |
|---|
| <p>*au niveau macroscopique, les principales options politiques sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La croissance économique (considérée comme une ressource au service du développement humain, en particulier parmi les groupes désavantagés) - La lutte contre les inégalités de revenus et de santé (santé considérée comme un déterminant de la croissance économique et un moyen de sortir de la pauvreté) - La lutte contre la pauvreté et l'exclusion (à l'origine d'un état de santé altéré) - La politique de logement <p>*une action intersectorielle indispensable dans les domaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De l'éducation (ex : soutien scolaire, développement des compétences psychosociales, etc.) - De l'environnement professionnel (ex : mesures législatives et promotion de la santé en milieu professionnel) - Du chômage (ex : politiques de l'emploi et de sécurisation du plein emploi) - Des services de santé (ex : mesures favorisant l'accès et la qualité des services, politiques de taxation et financement public) <p>*des mesures de développement social et communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement des communautés situées dans des zones défavorisées (renforcer les services de soin/santé primaires, développer les services sociaux) - Développement des liens et de la mobilisation des communautés (développer les infrastructures |
|---|

communautaires favorisant les sociabilités, initiatives mettant en œuvre les principes d'une démocratie participative)

*promouvoir des modes de vie plus « équitables »

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

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

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

*fixer des objectifs quantifiables à atteindre

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

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

La première, celle de Gepkens et Gunning-Schepers (1996) a porté sur l'analyse de 98 articles scientifiques et 31 rapports produits jusqu'en juin 1993. Plus de la moitié des articles relatent des expériences américaines, 20% anglaises et 20% hollandaises. Les rapports, quant à eux, proviennent des Pays-bas (23) et du Royaume Uni (8). Soulignons que dans la plupart des publications, les résultats étaient mesurés en fonction de l'efficacité absolue et non pas relative. Autrement dit, les chercheurs s'intéressaient plus aux résultats pour les populations cibles des interventions et moins à la réduction des écarts entre les sous-groupes de la population générale. Les interventions classées comme efficaces par les auteurs de cette revue sont celles dont les résultats ont été positifs concernant l'état de santé et lorsqu'elles ont été au

minimum aussi efficaces pour les plus économiquement pauvres et pour les plus riches. Ce qu'il convient de retenir, c'est que la majeure partie des interventions s'adresse à des déterminants individuels (comportements) ou au système de santé (accès aux soins). Les auteurs ont classé l'efficacité des interventions en fonction de trois niveaux : efficace, inefficace, douteuse. Toutes proportions gardées, ce sont les actions agissant sur le système de santé (45%) qui se sont montrées le moins efficace, confirmant, par là, le rôle secondaire du système de soins dans la problématique des inégalités sociales de santé. Les résultats comparés des actions d'éducation pour la santé confirment que l'action éducative restreintes à la seule délivrance d'information favorise les populations les plus nanties, mais qu'en revanche, les mesures combinant un accompagnement personnalisé (ex : visites à domicile) à de l'information produisent de meilleurs résultats pour les populations désavantagées (Whitehead, 1995). Les mesures structurelles qui se sont montrées les plus efficaces visaient l'amélioration de l'accès financier aux services de santé, mais il faut garder à l'esprit que ces mesures ont été mises en place aux États-Unis d'Amérique.

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

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

- de former et de soutenir les intervenants (bénévoles, pairs, réseau local) ;
- de renforcer les compétences psychosociales des populations cibles.

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

Dans ce contexte, l'initiative européenne du projet « *Closing the gap : strategies for action to tackle health inequalities* » visant à analyser puis à répertorier les bonnes pratiques pour lutter contre les inégalités de santé mérite qu'on s'y attarde pour terminer cette section. Ce projet initié en 2004 en collaboration avec les agences de santé publique et de promotion de la santé de 22 pays européens a permis de recenser près de 90 projets (voir <http://www.health-inequalities.org>). L'analyse des projets a été conduite au niveau national par les représentants institutionnels des pays à partir d'une liste de 11 critères de qualité (participation du public, accessibilité de l'action, approche par lieux, diagnostic des besoins, pouvoir d'agir, partenariats, évaluation, pérennisation, etc.). Ont été retenus les projets qui pouvaient justifier du caractère exemplaire de leur action sur certains de ces critères. L'accent est mis sur la qualité de la démarche (du processus) plutôt que sur la preuve de l'efficacité. Parmi les projets retenus, la très grande majorité ciblait les publics de faible statut socio-économique, en situation familiale qualifiée de « difficile » (ex : familles monoparentales) ou résidant dans des quartiers défavorisés. Il s'agissait principalement d'actions mettant en oeuvre une démarche d'éducation pour la santé, ciblant les déterminants individuels (ex : comportements liés à la nutrition, le tabac, l'alcool...), le système de

santé ou l'insertion sociale. Parmi les constats à faire, on retiendra le peu de projets répertoriés sur des déterminants de la santé plus macroscopiques comme les conditions environnementales, l'environnement physique au travail ou à l'école, le logement. Aucune action n'avait prévu la réalisation d'études économique (coût-efficacité). Si la méthodologie de ce projet européen est discutable à certains égards, elle a le mérite d'amorcer une démarche de mutualisation des connaissances et des expériences à travers l'Europe, directement utilisables par les promoteurs d'actions. Au-delà de la question récurrente du caractère transférable des pratiques, ce type de dispositif constitue un véritable outil d'aide à l'action susceptible de contribuer à améliorer la qualité des actions mises en place.

Conclusion

Au terme de ce chapitre et au regard de la complexité des déterminants et des processus de construction sociale des inégalités de santé, il importe de rappeler toute l'importance de mettre en œuvre des interventions agissant en amont sur les déterminants sociaux de la santé et de se donner les moyens de faire la preuve que les mesures entreprises ont bien eu les effets escomptés. Des interventions complexes comme celles visant la réduction des inégalités sociales de santé ne peuvent assurément être évaluées par des méthodes classiques. Le recours à une approche transdisciplinaire et l'usage de méthodes mixtes sont à considérer sérieusement.

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

reposant que sur des solutions expérimentales. Des approches plus inductives, utilisant notamment des techniques d'observation et la stratégie méthodologique des études de cas, peuvent s'avérer utiles et efficaces dans cette perspective.

En France et malgré un regain d'intérêt du secteur de la recherche pour le sujet depuis une dizaine d'années, les travaux conduits sont demeurés très descriptifs et investis par les épidémiologistes. Peu de spécialistes des sciences sociales en ont fait un axe de travail privilégié, la recherche opérationnelle n'est guère développée, et cela est loin de signifier qu'il ne se fait rien sur le territoire pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé. Il faudra peut être compter sur la dynamique lancée par le récent appel à projets de recherche « Prévention - Promotion de la santé- Éducation pour la santé » de l'Institut de recherche en santé publique (GIS-IRESP) qui a fait de l'analyse de l'impact des actions préventives sur les inégalités sociales de santé un des axes prioritaires.

Références :

- Aïach, P. (2004). "Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale." *Santé, Société et solidarité* 2: 39-49.
- Aïach, P., R. Carr-Hill, S. Curtis et R. Illsley (1987). *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne*. Paris, INSERM. La documentation française.
- Arblaster, L., M. Lambert, V. Entwistle, M. Forster, D. Fullerton, T. Sheldon et I. Watt (1996). "A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health." *J Health Serv Res Policy* 1(2): 93-103.
- Braveman, P. (2003). "Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework." *Journal of Health Population Nutrition* 21(3): 181-192.
- Braveman, P. (2006). "Health disparities and health equity: concepts and measurement." *Annu Rev Public Health* 27: 167-94.
- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation : assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, Calif., Sage.
- Cloetta, B., B. Spencer, A. Sporri, B. Ruckstuhl, U. Broesskamp-Stone et G. Ackermann (2005). "Un outil pour la catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé." *Promot Educ* 12(2): 88-93.
- Coady, D., M. Grosh et J. Hoddinott (2004). *Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Lessons and Experience*. Washington, World Bank, IFPRI.
- Collins, P. A., J. Abelson et J. D. Eyles (2007). "Knowledge into action? Understanding ideological barriers to addressing health inequalities at the local level." *Health Policy* 80: 158-171.
- Conning, J. et M. Kevane (2002). "Community Based Targeting Mechanisms for Social Safety Nets : A Critical Review." *World Development* 30(3): 375-394.
- Couffinhal, A., P. Dourgnon, P.-Y. Geoffard, M. Grignon, F. Jusot, J. Lavis, F. Naudin et D. Polton (2005). "Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes. ." *Questions d'économie de la santé* n° 92 - Février 2005: 8.
- Crozier, M. et E. Friedberg (1977). *L'acteur et le système*. Paris, Éditions du Seuil.
- Dahlgren, G. et M. Whitehead (2006). *Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No.3).
- De Koninck, M. et D. Fassin (2004). "Les inégalités sociales de santé, encore et toujours." *Santé, Société et Solidarité* 2: 5-12.
- Department of health (2002). *Tackling health inequalities 2002 Cross-Cutting Review*. London, Department of health: 63.
- Douglas, M. et A. Scott-Samuel (2001). "Addressing health inequalities in health impact assessment." *Journal Epidemiol Community Health* 55: 450-451.
- Drulhe, M. (2000). Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat ? *Les inégalités sociales de santé*. A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang. Paris, Inserm - La découverte: 41-51.
- Dubet, F. (2006). *Injustices : l'expérience des inégalités au travail*. Paris, Seuil.
- Dumont, L. (1985). *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Paris, Seuil.

- ESRC (2007). *Developping the evidence base for tackling health inequalities.*, Economic and Social Research Council.
- Evans, G. W. (2002). *Interpreting and addressing inequalities in health : from Black to Acheson to Blair to ... ?* London, OHE - CIAR: 92.
- Gepkens, A. et L. J. Gunning-Schepers (1996). "Interventions to reduce socioeconomic health differences : a review of the international literature." *European Journal of Public Health* 6: 218-26.
- Graham, H. (2004). "Tackling health inequalities in England: remedying health disadvantages, narrowing gaps or reducing health gradients." *Journal of Social Policy* 33(115-131).
- Guichard, A. et V. Ridde (2007). *L'adaptation au contexte français d'un modèle canadien d'évaluation de l'efficacité des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé.* Poster The 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education. 10-15 june Vancouver. Canada.
- Hanson, K., E. Worrall et V. Wiseman (2007). Targeting services towards the poor : A review of targeting mechanisms and their effectiveness. *Health, Economic Development and Household Poverty From Understanding to Action.* A. Mills, S. Bennett et L. Gilson, Routledge 256.
- Hills, M. D., S. Carroll et M. O'Neill (2004). "Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements nord-américains récents." *Promotion & Education Spec* no 1: 17-21, 49.
- Ingram, H., A. L. Schneider et P. DeLeon (2007). Social Construction and Policy Design. *Theories of the policy process.* P. A. Sabatier. Boulder, Colo., Westview Press: 93-126.
- IUHPE, Ed. (1999). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a new Europe. Part Two.* Brussels - Luxembourg, ECSC-EC-EAEC.
- IUHPE, Ed. (2004). *Efficacité de la promotion de la santé. Actes du colloque organisé par l'Inpes avec la collaboration de l'UIPES.* Paris, IUHPE.
- Jones, C., B. Burström, A. Marttila, K. Canvin et M. Whitehead (2006). "Studying social policy and resilience to adversity in different welfare states : Britain and Sweden." *International Journal of Health Services* 36(3): 425-442.
- Joubert, M., P. Chauvin, F. Facy et V. Ringa, Eds. (2001). *Précarisation, risque et santé.* Paris, Inserm - Questions en santé publique.
- Judge, K. et M. Mackenzie (2002). Theory-based evaluation. New approaches to evaluating complex community-based initiatives. *Reducing inequalities in health. A european perspective.* J. P. Mackenbach et M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 300-312.
- Judge, K., S. Platt, C. Costongs et K. Jurczak (2005). *Health Inequalities: a Challenge for Europe.* London, An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU: 52.
- Kelleher, K. (2007). "Personal communication. Health Equity Network Email list, 09/03/07."
- Kelly, M. P., J. Bonnefoy, A. Morgan et F. Florenzano (2006). *The development of the evidence based about the social determinants of health. WHO: Commission on social determinants of health / Measurement and evidence knowledge network, NICE and UDD.*
- Laurendeau, M.-C., Hamel, M., Colin, C., Disant, M.-J. (2007). *Bilan de la recherche en santé publique au Québec (1999-2004).* Québec, Institut national de santé

- publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Leclerc, A., D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang, Eds. (2000). *Les inégalités sociales de santé*, Inserm - La découverte.
- Macintyre, S. (2003). "Evidence based policy making." *BMJ* 326(7379): 5-6.
- Macintyre, S., I. Chalmers, R. Horton et R. Smith (2001). "Using evidence to inform health policy: case study." *BMJ* 322(7280): 222-5.
- Mackenbach, J. Judge, K., Navarro V., Kunst, A. Strategies to reduce socio-economic inequalities in health in Europe : lessons from the Eurothine project, in *Tackling Health Inequalities in Europe: EUROTHINE Final Report* . Rotterdam, EUROTHINE:587-603
- Mackenbach, J. et M. Bakker (2002). *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. London and New York, Routledge.
- Mackenbach, J. et K. Stronks (2004). "The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands." *International Journal of Equity Health* 3(1): 11.
- Mackenbach, J. P. (2003). "Tackling inequalities in health: the need for building a systematic evidence base." *J Epidemiol Community Health* 57(3): 162.
- Mackenbach, J. P., M. J. Bakker, M. Sihto et F. Diderichsen (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. *Reducing inequalities in health. A european perspective*. J. P. Mackenbach et M. J. Bakker. London and New York, Routledge: 25-49.
- Mackenbach, J. P. et L. J. Gunning-Schepers (1997). "How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated?" *J Epidemiol Community Health* 51(4): 359-64.
- Marmot, M. (2001). "Economic and social determinants of disease." *Bull World Health Organ* 79(10): 988-9.
- McQueen, D. V. et C. M. Jones, Eds. (2007). *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York, Springer Science & Business Media.
- Mooney, G. (1999). *Vertical equity in health care resource allocation*. Sydney, Department of public health and community medicine, University of Sydney.
- Navarro, V., Ed. (2004). *The political and social contexts of health*. Amityville-NY, Baywood.
- Nutbeam, D. (1999). Health promotion effectiveness - The questions to be answered. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a new Europe. Part Two*. IUHPE. Brussels - Luxembourg, ECSC-EC-EAEC: 1-11.
- O'Neill, M. (2003). "Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ?" *Soz Praventivmed* 48(5): 317-26.
- Pascal, J., H. Abbey-Huguenin et P. Lombrail (2006). "Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ?" *Lien social et Politiques* 55(Printemps): 115-124.
- Paugam, S. (2005). *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Paris, PUF.
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based Policy. A Realist Perspective*. London, Sage Publications.
- Pawson, R. et N. Tilley (1997). *Realistic evaluation*. London ; Thousand Oaks, Calif., Sage.
- Ridde, V. (2004). "Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé." *Recherches Sociographiques* XLV(2): 343-364.

- Ridde, V. (2006a). "Appréhender les conceptions locales de l'équité pour formuler les politiques publiques de santé au Burkina Faso." *Promotion & Education* XIII(4): 252-256.
- Ridde, V. (2006b). "L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ?" *Lien social et Politiques* 55: 149-163.
- Ridde, V. (2007a). *Équité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris, L'Harmattan.
- Ridde, V. (2007b). "Reducing Social Inequalities in Health: Public Health, Community Health or Health Promotion?" *Promotion & Education* XIV(2): 63-67.
- Ridde, V., T. Delormier et L. Gaudreau (2007). Evaluation of Empowerment and Effectiveness: Universal Concepts ? *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. Volume I* D. V. McQueen et C. M. Jones. New York, Springer Science & Business Media: 389-403.
- Ridde, V., A. Guichard et D. Houéto (2007). "Social Inequalities in Health from Ottawa to Vancouver: Action for Fair Equality of Opportunity." *Promotion & Education* Supplément Hors Série 2: 12-16.
- Rocheftort, D. A. et R. W. Cobb (1994). Problem Definition : An Emerging Perspective. *The politics of Problem Definition. Shaping the Policy Agenda*. D. A. Rocheftort et R. W. Cobb, University Press of Kansas: 1-31.
- Rootman, I., M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et E. Ziglio, Eds. (2001). *Evaluation in health promotion : principles and perspectives*, WHO Regional Publications. European Series, No. 92.
- Rose, G. (1985). "Sick individuals and sick populations." *Int J Epidemiol* 30(3): 427-32; discussion 433-4.
- Sen, A. (1995). The Political Economy of Targeting. *Public spending and the poor : theory and evidence*. D. Van de Walle et K. Nead. Baltimore, published for The World Bank by the Johns Hopkins University Press: 11-24.
- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*. Paris, Odile Jacob.
- Sénat (2004). *Projet de loi modifié par le Sénat relatif à la politique de santé publique*. Paris, République Française - Sénat: 101.
- Van de Walle, D. et K. Nead (1995). *Public spending and the poor : theory and evidence*. Baltimore, published for The World Bank by the Johns Hopkins University Press.
- Whitehead, M. (1995). Tackling inequalities : a review of policy initiatives. *Tackling inequalities in health. An agenda for action*. M. Benzeval, K. Judge et M. Whitehead, King's Fund: 22-52.
- Whitehead, M. (1998). "Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective." *Milbank Q* 76(3): 469-92, 306.
- Whitehead, M. (2007). "A typologie of actions to tackle social inequalities in health." *Journal of Epidemiology and Community Health* 61: 473-478.