

Rapport
de recherche
PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

**La mesure des inégalités sociales de santé:
au-delà de la description, le soutien à l'intervention**

Chercheur principal

Marie-France Raynault, U. de Montréal

Co-chercheur(s)

Louise Fournier, Richard Massé, Jean-Frédéric Levesque, Jean-Michel Cousineau, Lise Gauvin, Sylvana Côté et Paul Bernard (aujourd'hui décédé), U. de Montréal
Alex Battaglini, CAU Bordeaux-Cartierville
Robert Choinière (aujourd'hui retraité), Institut national de santé publique du Québec
Jérôme Martinez, Institut national de santé publique du Québec
Michel Rossignol, Université McGill

Autre(s) membre(s) de l'équipe

Marco De Nicolini, Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale
Michèle Stanton-Jean, UNESCO
Dominique Côté, agente de recherche

Étudiants et chercheur postdoctoral

Florence Déplanche, Jacynthe Dupuis, Jane Cunha Oliveira Morales,
Barry Mamadou Saidou et Anélie-Sarah Anesttin, Maîtrise, Université de Montréal
Alexandra Rouquette, Doctorat, Université de Montréal
Jean-Baptiste Pingault, Postdoctorat, Université de Montréal

Établissement gestionnaire de la subvention

U. de Montréal

Numéro du projet de recherche

2010-IG-136972

Titre de l'Action concertée

Inégalités sociales de santé

Partenaire(s) de l'Action concertée

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux
et le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)

PRINCIPALE HYPOTHÈSE DE RECHERCHE:

Nous proposons que cette stratégie prenne comme point de départ l'approche de Mackenbach (Kunst et Mackenbach, 1994 ; Mackenbach et Stronks, 2002), qui spécifie quatre « points d'entrée » pour les interventions réductrices des inégalités sociales de santé (ISS) : 1) réduire les désavantages socioéconomiques, 2) réduire les effets amplificateurs de la mauvaise santé sur les désavantages socioéconomiques, 3) réduire l'effet des facteurs qui servent de médiateurs (conditions et habitudes de vie), et enfin, 4) améliorer l'accès des individus désavantagés aux soins de santé.

Nous avons voulu élargir la perspective de Mackenbach en la conjuguant avec deux autres approches qui lui sont complémentaires : celle des parcours de vie et celle des règles d'accès aux ressources. En effet, les individus construisent leur avenir sur la base des contraintes et des occasions que leur fournit leur passé, en un processus itératif au fil du temps. Ces contraintes et occasions sont évidemment inégalement distribuées dans la population; qui plus est, ces inégalités tendent à s'amplifier au cours de la vie.

Cette perspective des parcours de vie nous conduit directement au dernier élément de cette stratégie conceptuelle : la notion de ressources pertinentes pour la santé et celle des règles d'accès à ces ressources. On peut voir les quartiers, les régions et les sociétés elles-mêmes comme des milieux où des ressources favorables ou défavorables à la santé sont diversement accessibles aux individus et aux familles. Il importe de tenir compte, au niveau local, de la présence physique de telles ressources à proximité : qualité de l'air, sécurité alimentaire, occasions de transport actif, parcs, ou, dans le registre négatif, débits de tabac vendant aux

mineurs, intersections dangereuses, appareils de loterie vidéo. Mais la simple proximité ne suffit pas à garantir l'accès. Un ensemble de règles régissent cet accès : règles économiques du prix (on a accès à ce qu'on peut se payer); règles institutionnelles (on a accès à ce à quoi on a un droit reconnu en tant que citoyen).

OBJECTIFS:

Ces trois ensembles de concepts nous ont permis de proposer une stratégie de mesure des ISS qui atteigne trois objectifs. En premier lieu, identifier les « causes fondamentales » (Willson, 2009) des ISS, celles qui traduisent les inégalités socioéconomiques (revenu, richesse, éducation, profession) en disparités de santé quelles que soient les causes proximales de la maladie. En deuxième lieu, insister sur les phénomènes de santé qui ont les effets de longue portée sur le parcours de vie des individus, entravant leurs chances d'échapper aux déterminations des ISS (par exemple le petit poids à la naissance, le stress chronique durant la petite enfance, ou les accidents de travail en début de vie professionnelle). En dernier lieu, identifier les ressources pertinentes pour la santé dans les milieux locaux et à l'échelle de la société et mesurer le degré d'accès à ces ressources qui caractérise les individus et les familles de différents niveaux socioéconomiques. En résumé, nous mesurons les ISS en vue de fonder les interventions locales et sociétales efficaces pour les réduire et de faire le suivi des effets de ces interventions.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Nous avons produit un tableau de bord d'indicateurs qui répondent aux critères du cadre conceptuel décrit plus haut dans les domaines suivants :

petite enfance, santé mentale, santé au travail, maladies infectieuses, ethnicité, maladies chroniques, services de santé de première ligne et inégalités économiques.

Ces indicateurs ont été choisis par les chercheurs en fonction de l'évidence scientifique portant sur les interventions susceptibles de réduire les inégalités sociales de santé au niveau local. Une liste de dix indicateurs par domaine a d'abord été constituée à partir de laquelle trois indicateurs ont été priorisés. Un travail subséquent a été réalisé pour articuler les indicateurs choisis avec les principes de la Déclaration universelle de bioéthique de l'UNESCO dans une optique d'éthique positive. Par exemple, l'indicateur de « stigmatisation pour les problèmes de santé mentale » fait appel au principe de responsabilité sociale puisqu'il permet d'augmenter la responsabilité sociale de l'état et des citoyens.

PRINCIPALES PISTES DE SOLUTION

En novembre dernier, nous avons présenté un résumé de nos travaux aux Journées Annuelles de Santé Publique du Québec. Nous y avons invité les chercheurs de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), responsables de la proposition d'une stratégie de surveillance des ISS pour le Québec. Comme nous nous étions tenus informés mutuellement de l'avancement de nos travaux, il s'est avéré facile de coordonner notre proposition avec celle de l'INSPQ. Il est donc prévu une intégration graduelle des indicateurs que nous avons proposés, en fonction de leur production, de leur disponibilité ainsi que des ressources humaines et financières disponibles.

CONTEXTE ET HISTORIQUE DU PROJET EN LIEN AVEC L'APPEL DE PROPOSITIONS

L'appel de propositions du FRQ-SC en lien avec le MSSS affirmait que « La persistance, voire l'augmentation, des inégalités sociales de santé entre les pays et au sein de chacun des pays, et ce, malgré l'accroissement de la richesse, constituent une préoccupation majeure pour plusieurs États ». Citant les travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS, le document réitérait le besoin de mesurer les inégalités sociales de santé afin de développer des interventions visant leur réduction, autant à l'intérieur du réseau public de la santé et des services sociaux dont la mission première est de réduire les écarts de santé entre les classes sociales, mais aussi dans de multiples actions intersectorielles mises en place dans le cadre du mandat de promotion de la santé du ministre de la santé et des services sociaux.

Le mandat officiel de développer une stratégie québécoise de surveillance des inégalités sociales de santé a donc été confié à l'INSPQ qui s'est adjoint pour ses travaux la Table de concertation nationale en surveillance, composée des responsables du MSSS et des Directions régionales de santé publique. Une première mouture de cette stratégie a été publiée en septembre dernier.

Les chercheurs de l'Action concertée ont voulu développer un projet original mais ont veillé à ce que leurs travaux n'entrent pas en compétition avec les travaux menés par les instances provinciales. Axés sur les déterminants précoces de la santé plutôt que sur la mesure des différences dans l'occurrence des problèmes de santé, la stratégie proposée s'intègre très bien à la stratégie globale.