

**Conseil
supérieur
de promotion
de la santé**

**Date du texte
avril 2011**

**Publication
novembre 2011**

La réduction des inégalités sociales de santé

Un défi pour la promotion de la santé

**Avec l'appui
du groupe de travail
« Réduction
des inégalités
sociales de santé »**



Introduction

Le Groupe de travail « Réduction des inégalités sociales de santé » du Conseil supérieur de promotion de la santé, présidé par Bernadette Taeymans, était composé des membres suivants:

Martine Bantuelle, Emmanuelle Caspers, Jean-Luc Collignon, Lawrence Cuvelier, Alain Deccache, Cristine Deliens, Michel Demarteau, Viviane Demortier, Myriam Despiegelaere, Carol Etienne, Marie-Françoise Fogel, France Gérard, Jean Laperche, Chantal Leva, Michel Mercier, Laurence Nick, Michel Pettiaux, Lydia Polomé, Inge Robijn, Bernadette Taeymans, Chantal Vandoorne, Catherine Vegairinsky.

Le Groupe de travail a bénéficié du soutien de la DG Santé de la Communauté française :

Jean-Michel Antonutti et Patricia Piron.

« Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé » est le premier des principes d'action prioritaires fixés par le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008, prolongé jusqu'en décembre 2011. La réduction des inégalités devant la santé devient la finalité du plan communautaire opérationnel 2008-2009. En référence au rapport de la Fondation Roi Baudouin publié en 2007, il y est précisé que *« les personnes défavorisées (difficultés économiques, psychosociales...) sont davantage confrontées à la maladie que d'autres. Mis à part quelques très rares exceptions, les gradients sociaux de santé se retrouvent pour chaque problématique de santé, et sont visibles tant en termes de mortalité (dont par exemple l'espérance de vie) que de morbidité (santé physique mais aussi santé mentale et bien-être). »*

En 1991, le rapport « Dalhgren et Whitehead » permet une première diffusion du concept d'inégalités sociales de santé. En 2008, l'OMS publie le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé et rappelle que *« les inégalités sociales de santé sont le fruit de l'injustice sociale »*. La réduction des inégalités sociales de santé devient une priorité politique pour de nombreux

pays, les publications et groupes de travail régionaux, nationaux ou internationaux se multiplient. L'Union Européenne développe ses propres groupes de travail (Closing The Gap et Consortium Determine) qui tentent de recenser des projets issus de différents pays ou régions et d'en tirer des lignes de force et des recommandations.

C'est dans ce contexte que le Conseil supérieur de promotion de la santé a rédigé ce document avec l'appui d'un groupe de travail spécifique, à l'intersection entre promotion de la santé et inégalités sociales de santé.

Ce document vise à **montrer en quoi la promotion de la santé – et plus spécifiquement le secteur promotion de la santé en Communauté française – peut participer à la réduction des inégalités sociales de santé ou du moins, comment elle peut éviter de les augmenter**. En d'autres termes, quelles sont les réponses que la promotion de la santé apporte en vue de réduire les inégalités sociales devant la santé ?

Notamment, il s'agit :

- d'identifier et d'expliciter les enjeux sous-jacents à la réduction des inégalités dans

les différents contextes d'intervention des acteurs de promotion de la santé en Communauté française (y compris en médecine préventive) ;

- de mettre en évidence la diversité des approches et des méthodes qui tendent à réduire les inégalités (diversité, qualité, caractère innovant...);
- d'identifier les leviers que la promotion de la santé peut mettre en œuvre afin de réduire les inégalités sociales de santé en distinguant et en articulant les divers territoires d'intervention (local, loco-régional, communautaire...).

Il paraît également indispensable, en introduction à ce document, de rappeler que la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé, énoncés dans la Charte d'Ottawa.



1. Les inégalités sociales de santé : quelques clés ?

1.1. De véritables iniquités de santé

Les inégalités sociales de santé réfèrent aux disparités observées quant à l'état général de santé entre des groupes sociaux (De Koninck *et al.*, 2008). Les « inégalités sociales de santé » sont donc de véritables **iniquités** de santé (Braverman et Gruskin, 2003). En effet, les personnes de diverses couches sociales ne disposent pas d'une réelle égalité des chances pour atteindre leur niveau de santé optimal (Ridde *et al.*, 2007)

Les inégalités **sociales** de santé se distinguent des « inégalités de santé » qui ne relèvent pas de la justice sociale (les inégalités de santé entre jeunes et personnes âgées par exemple)..

Les disparités observées dans l'état de santé entre les groupes sociaux sont la conséquence d'une distribution inégale et injuste des déterminants sociaux de la santé. Cette distribution inégale et ses différentes manifestations de fragilité sociale ne sont ni naturelles, ni inévitables. Ainsi les variations des taux de mortalité et de morbidité, par rapport aux différentes situations liées à la

santé dans le monde, peuvent être attribuées à l'organisation sociopolitique. (Consortium DETERMINE, 2008)

1.2. L'impact des déterminants sociaux et de la position sociale

L'utilisation du terme « inégalités sociales de santé » met en évidence l'impact des déterminants sociaux sur la santé des populations.

En Communauté française de Belgique, le concept d'inégalités sociales de santé se concrétise très clairement dans la réalité de travail de nombreux acteurs de terrain : ils y associent des déterminants sociaux qui influencent la santé des personnes et des populations qu'ils rencontrent.

Les principaux déterminants mis en évidence sont :

- **liés aux ressources personnelles principalement les ressources financières, les revenus, le statut socio-économique, le niveau d'instruction;**
- **d'ordre structurel : l'accès aux offres de (soins de) santé, à la culture et à un environnement matériel favorable;**

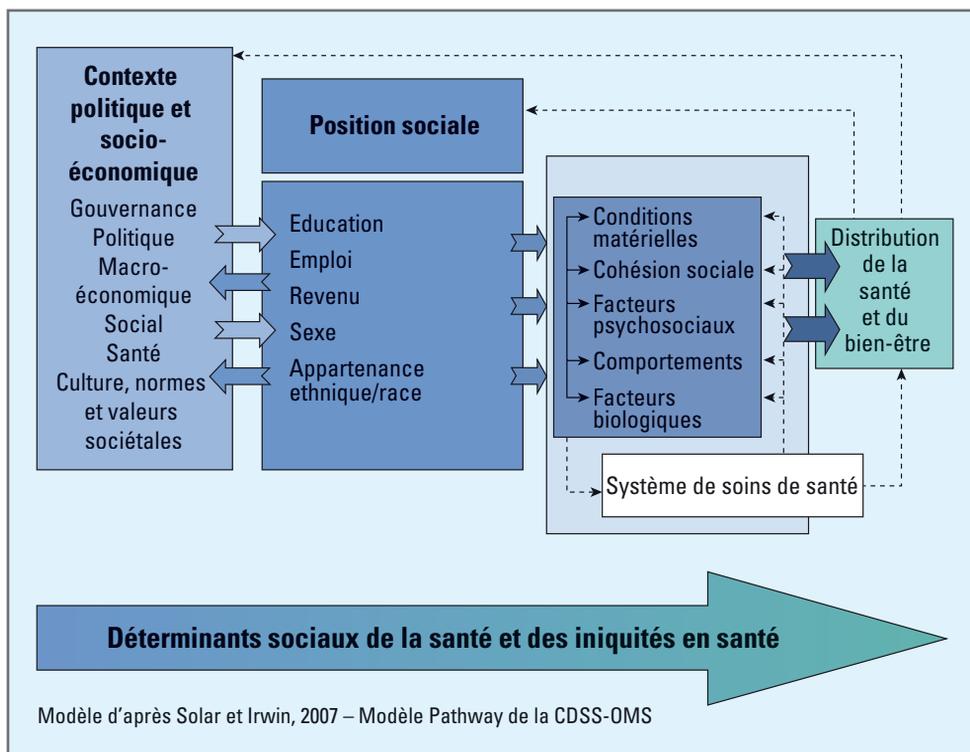
de conditions de vie entre les individus ne peuvent expliquer les inégalités si elles sont considérées individuellement. Par contre, leur cumul peut créer une dégradation de l'état de santé (et du statut social).

Le concept de position sociale est également central dans la compréhension des inégalités. Les conditions sociales agissent sur la santé dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, modifiant tout autant sa qualité que sa durée. Les inégalités sociales de santé se développent, et souvent s'accroissent, tout au long du parcours de vie des individus. Elles résultent de l'interaction entre les différentes

conditions quotidiennes de la vie, qui sont autant de déterminants sociaux de la santé. La position sociale est fondée à la fois sur les revenus, la scolarité, l'emploi et le prestige de la profession, ainsi que sur le genre et l'appartenance ethnique. Les trajectoires de vie et une longue exposition à la précarité sociale créent des situations persistantes de faible position sociale (figure 2).

1.3. Le concept de gradient social

Pourquoi parler d'inégalités sociales de santé plutôt que de pauvreté ? Les inégalités



sociales de santé ne sont pas un synonyme de pauvreté, elles se distribuent selon le gradient social. C'est pourquoi, « **l'équité** en général impose une juste solution à l'égard des inégalités, pas seulement pour les plus pauvres, mais pour tout le monde et à tous les niveaux » (Mooney, 1999).

« Si [par nos interventions] nous ciblons seulement les 10 % les plus pauvres, nous passons à côté de l'essence du problème que sont les inégalités sociales de santé » (Marmot, 2009).

Le terme « gradient » évoque un continuum, le fait que la fréquence (p.ex. d'un problème de santé) augmente régulièrement en fonction d'une caractéristique (revenu, niveau d'études, etc.). On parle de gradient social lorsque la fréquence (p. ex : d'un problème de santé) augmente régulièrement des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées.

Le terme de gradient social sert peu de référence aux professionnels interrogés. Il est parfois jugé comme relevant d'un débat d'experts, mais il fait cependant écho à la réalité qu'ils rencontrent sur le terrain.

Cette référence au gradient social, devrait être davantage explicitée et illustrée dans les documents de référence professionnels produits par la Communauté française.

Dans les pratiques professionnelles, on rencontre plusieurs façons de qualifier la population concernée par les inégalités sociales de santé. Dans quelle mesure les concepts

de « population vulnérable », « défavorisée », « précarisée » sont-ils cohérents avec une approche qui vise la réduction des inégalités sociales de santé ? Comment éviter le risque de stigmatisation lorsque l'on vise à réduire les inégalités sociales de santé ?

D'après les professionnels interrogés, le terme de « population précarisée » permet de qualifier la population en lien avec les inégalités sociales de santé. Il dessine une vision plus globale de la santé de la population, en insistant sur les personnes ayant des ressources financières insuffisantes, sans contact avec des services et structures, ayant des troubles somatiques et/ou psychiques... Les termes de « population fragilisée » ou « vulnérable » sont moins associés aux inégalités sociales de santé et davantage mis en lien avec des difficultés personnelles d'ordre psychologique et relationnel. On a donc chez les plus démunis une double vulnérabilité : une vulnérabilité sociétale du fait de nombreuses précarités dont ils sont victimes, et une vulnérabilité sanitaire. Ces deux vulnérabilités s'influencent l'une l'autre, se cumulent, et tendent à se maintenir.

Les populations en situation de précarité ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour répondre ou faire face aux ruptures, aux incidents de vie. Soit elles n'ont pas accès aux ressources financières mais aussi sociales (cf. liens et réseaux sociaux), environnementales, culturelles, etc. Soit elles

n'ont pas toujours la capacité d'utiliser les ressources existantes.

Si l'adhésion au concept d'inégalités sociales de santé semble acquise, la réduction des inégalités sociales de santé ne peut cependant se réduire à la lutte contre la pauvreté. Les autres termes échouent aussi à refléter la réalité du gradient social. La réduction des inégalités sociales de santé exige un changement de pratiques en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé le plus tôt possible, pour éviter ou enrayer le cumul de précarités.

La promotion de la santé vise cette globalité et cette précocité. La promotion de la santé s'adresse à tout le monde quelle que soit sa position relative dans l'échelle sociale (l'ensemble du gradient social) tout en

prenant en compte les différences, pour que chacun, chaque groupe de population, avec ses atouts et ses difficultés, ait les compétences, les ressources et les outils pour agir sur sa santé.

Ces valeurs de référence soutiennent les pratiques des acteurs de terrain interrogés :

- **avoir une vision globale et positive de la santé (dimension sociale, physique, psychique, relationnelle, environnementale...);**
- **viser une cohésion sociale;**
- **combattre la stigmatisation qui touche des personnes et des populations;**
- **être porteur de changement social;**
- **adopter des stratégies de discrimination positive.**



2.

Réduire les inégalités sociales de santé : quelles stratégies ?

Pour agir en faveur de la santé tout au long du gradient social, il faut sortir de la seule dimension sanitaire pour arriver à une prise en compte de tous les facteurs environnementaux qui agissent défavorablement en amont. Des actions dans les champs du logement, de l'emploi,

de l'éducation, de tout ce qui concerne l'autonomie sociale auront un impact sur la santé. Par ailleurs, des actions dans le domaine de la santé en général, sont à mener pour réduire les inégalités sociales de santé : amélioration de l'accès aux soins de santé (couverture sociale et coût des soins), aux

offres de prévention et de promotion de la santé. C'est de ces actions et stratégies de promotion de la santé dont il sera question dans la suite du document.

Ainsi, en réponse aux causes macro- ou micro-sociales des inégalités sociales de santé, les pistes d'intervention peuvent aussi concerner les niveaux macro- et/ou microsocial.

- Stratégies macro-sociales : la sensibilisation et le plaidoyer politique, l'obtention de mandats pour un travail intersectoriel, l'adoption d'un rôle de leader par le secteur de la santé, la démocratisation de l'éducation, la création de services universels, la couverture sociale, le renforcement de ressources et des capacités pour l'action locale...
- Stratégies micro-sociales : l'empowerment (capacité à dire et à agir), les approches participatives centrées sur les citoyens, l'ancrage sur les besoins évolutifs de publics cibles, les approches fondées sur les atouts plutôt que sur les déficits, le renforcement des capacités de collaboration, ...

Les groupes de travail (Closing The gap et Consortium Détermine) mis en place par l'Union européenne proposent ainsi des lignes de force et des recommandations qui combinent généralement des pistes d'intervention de ces deux types. Cette combinaison se retrouve aussi dans les exemples de stratégies fournis par les professionnels interrogés en Communauté française de Belgique.

Au niveau macro-social, les illustrations ci-dessous font prévaloir la nécessité de

- Renforcer l'universalité de l'offre et de la pérenniser,
- Communiquer sur l'offre ;
- Accentuer la cohérence des objectifs et des actions entre différents niveaux de pouvoirs ;
- Intégrer structurellement la question des inégalités dans les services ;
- Organiser des échanges et des coopérations entre services ;
- Organiser un plaidoyer sur la question de la réduction des inégalités sociales (de santé)

Au niveau micro-social, on rencontrera des recommandations plus familières aux acteurs de promotion de la santé en Communauté française

- Mettre en lien les publics et les professionnels
- Augmenter les compétences des professionnels
- Encourager la participation du public,
- Intégrer la voix des personnes concernées,
- Favoriser l'empowerment et le développement des compétences
- Mobiliser et enrichir les représentations
- Développer les connaissances

2.1. Préserver, voire renforcer, l'universalité des offres de santé sur le continuum des soins à la promotion de la santé

« L'organisation du programme de vaccination comme un programme de santé publique cohérent vise à permettre l'accès de tous aux recommandations vaccinales inscrites dans un calendrier vaccinal et ainsi éviter

l'instauration d'inégalités sociales de santé. L'expérience montre qu'en l'absence de gestion globale et cohérente du programme, la mise sur le marché d'un nouveau vaccin génère des inégalités sociales d'accès à la vaccination. Les dernières enquêtes de couverture vaccinale des nourrissons (2003, 2006 et 2009) montrent, de façon récurrente, que la gratuité des vaccins et le recours aux structures préventives permettent de neutraliser les inégalités sociales de santé. »

L'offre de santé comprend les soins, la prévention et la promotion de la santé. Des offres universelles de santé existent : programmes de vaccination ou de dépistage, promotion de la santé à l'école, services de l'ONE, campagnes d'information...

Ces offres sont essentielles et constituent un socle à préserver sur lequel les intervenants de proximité s'appuient. En effet, organiser une offre universelle n'est qu'un volet du problème. Pour permettre aux différents publics d'accéder à ces offres universelles, pour toucher tous les groupes de population concernés, il faut également développer des stratégies complémentaires, diversifiées et de proximité...

Il importe aussi d'être exigeant sur l'universalité de l'offre en matière de promotion de la santé.

Il s'agit en particulier de s'assurer que dans les services universels existants, une part significative des activités et des missions soit consacrée à la promotion de la santé.

2.1.1. Rendre l'offre de santé accessible en l'adaptant

« L'approche de promotion de la santé à l'école (PSE) classique est-elle pertinente ? En ce qui concerne les bilans de santé dans l'enseignement fondamental et la transmission des résultats de ce bilan et des recommandations aux parents, la transmission des observations par l'intermédiaire de formulaires écrits, tout autant que le recueil de l'anamnèse par l'écrit sont totalement inadéquats. En effet, les parents des populations défavorisées, « infériorisés » par ce mode de communication, sont très souvent dans l'incapacité d'en comprendre (si ce n'est le moindre mot) en tout cas les nuances et la présentation par choix multiples. Une approche de proximité s'impose. Notre expérience de rencontre individualisée des parents des élèves de 3^e maternelle nous permet d'en apprécier la pertinence. Elle est malheureusement irréalisable à grande échelle dans les conditions de subordination actuelle. »

« Encourager la pro-activité de nos différents services vis-à-vis des membres. Ceci implique d'aller davantage vers le membre, et dès lors de prévoir des lieux de rencontre et de dégager du temps. »

« La quasi-totalité de nos activités est accessible aux personnes sourdes (la surdité relevant d'une inégalité de santé non sociale en soi), car une interprète en langue des signes est présente : si les personnes sourdes

de milieux favorisés peuvent plus aisément accéder à l'information d'une part et aux soins d'autre part par la mise en place de stratégies compensatoires au handicap (recours à l'information par la lecture ou par le biais d'interprète, formations qualifiantes, etc.), tel n'est pas le cas des personnes cumulant handicap physique et handicap social par l'appartenance à des catégories socio-économiques vulnérables et/ou précaires et/ou défavorisées. »

« Accessibilité à l'offre : géographique et financière. La prévention du diabète passe par l'accès à des activités à des prix très démocratiques (50 cents à 1 euro) : activités physiques, activités liées à la diététique (consultations, ateliers, formations), soins podologiques et soins dentaires (en développement). »

« Nos objectifs généraux et opérationnels sont par exemple attentifs à augmenter pour les jeunes/les enfants (et leurs familles) l'accès et le recours (adapté) aux services, réseaux, ressources (informations, outils, savoir-faire et savoir-être) promotrices de bien-être/de santé. »

« Notre objectif principal est de donner la possibilité aux personnes en situation de précarité sociale extrême, d'accéder aux soins de santé pour ensuite, en fonction du processus de resocialisation, les réorienter vers un réseau de soins classique. »

Plusieurs voies se dégagent pour adapter l'offre universelle de départ en vue d'une

meilleure accessibilité à des publics diversifiés

- **Favoriser l'accès en fonction de la maîtrise de la langue orale et écrite, de la prise en compte des représentations culturelles de la santé, de la prise en compte des différences sensorielles...**
- **Recueillir les points de vue du public sur les contenus et l'organisation de l'offre.**
- **Faire de l'accessibilité un des objectifs du service.**
- **Réorganiser les services pour une meilleure accessibilité dans le temps et dans l'espace (horaires et lieux).**

Ces critères d'accessibilité doivent être également pris en compte pour les activités de promotion de la santé que pour les activités de soins et de prévention

- **Veiller à l'accessibilité financière, géographique de la promotion de la santé via des services de proximité.**
- **Développer des actions dans les milieux de vie.**

2.1.2. Pérenniser l'offre de promotion de la santé

« Nous bénéficions en cela de l'ancienneté de l'asbl : si le maintien de la fréquence des participants et leur renouvellement est un travail de chaque instant, la pérennité de l'infrastructure participe à nous maintenir dans un cercle vertueux du point de vue de la fréquentation et de la mixité des publics ; le bouche à oreille participe d'ailleurs de ces outils efficaces liés à l'ancienneté d'une association comme la nôtre. »

La pérennisation est une condition nécessaire au maintien de l'universalité de l'offre tout comme à son accessibilité. La pérennisation de l'offre en promotion de la santé est également cruciale.

Garantir des programmes, services et offres de promotion de la santé pérennes permettant de construire et de maintenir le lien avec les usagers, assurant la présence à long terme de professionnels compétents et reconnus.

2.1.3. Communiquer sur l'offre de santé

« Mais pour rendre la prévention accessible à toute la population et éviter que des sous-groupes sociaux ne soient pas informés de leur droit à y accéder, le programme doit veiller à développer des stratégies de communication vers les publics peu ou pas lettrés, de langue étrangère, peu familier avec le français. Ces stratégies doivent éviter la stigmatisation d'une population analphabète et donc utiliser des méthodes participatives de construction d'outils. De plus, les outils d'information ainsi élaborés, tout en étant ciblés sur ce public peu lettré sont également utiles à un public plus général. C'est ce que nous avons voulu réaliser avec le nouvel outil 'les rendez-vous des vaccins' ».

« Adaptation à notre public de nos modes de communication :

1. recours à la communication verbale si nécessaire pour les anamnèses, autorisations diverses, conseils (par téléphone),
2. mise au point de formulaires explicatifs simples et explicites (support de dessins),

3. invitation des parents à participer à une des activités au moins d'un projet-santé mené dans l'école. »

« Depuis 10 ans, le Centre local de promotion de la santé a mis en place une dynamique de concertation des professionnels de l'arrondissement de Liège qui vise à mettre en évidence des besoins, des enjeux et des pistes de travail pour faire face aux inégalités sociales de santé. Plus de 600 intervenants, issus de secteurs très divers et interpellés par les inégalités sociales de santé ont élaboré une série de recommandations (pistes de réflexion et d'action) destinées aux responsables politiques et institutionnels. Elles sont rassemblées dans un document. »

La diversification des modes et formes de communication a pour but non seulement d'adapter l'offre de services elle-même (2.1.1.) mais aussi de faire connaître cette offre, d'en assurer la visibilité en particulier pour les activités de promotion de la santé.

2.1.4. Accroître le dialogue entre les publics et les professionnels

« Cela peut impliquer de notre part la création de dynamiques/projets locaux qui augmentent (en les adaptant aux spécificités du public) l'offre d'espaces/lieux où les habitants/jeunes d'un quartier par exemple, peuvent se retrouver autour de la santé/du bien-être/de préoccupations éducatives, être en contact avec les ressources des habitants ou de professionnels locaux. »

« Outre la priorité accordée aux écoles D+ en ce qui concerne les projets de promotion de santé, l'antenne met l'accent sur les stratégies ciblant les relations de proximité avec les parents. Rencontre individuelle des parents de chaque élève de 3^e maternelle avec le médecin ou l'infirmière au sein même de l'école pour la remise des conclusions du bilan de santé.

Ce dialogue a pour objectifs :

1. de porter l'information qui, lorsqu'elle est écrite, n'est pas assimilée,
2. de mettre l'accent sur les aspects positifs de la santé physique et mentale de l'élève avant d'aborder les défaillances éventuelles de manière à promouvoir l'image positive de l'enfant et du parent (image souvent dévalorisée par les rapports difficiles des parents à l'institution scolaire),
3. de constituer la base d'une relation ultérieure de confiance plutôt que de défiance,
4. d'apporter l'aide indispensable pour les prises de contact avec d'autres services,
5. d'ébaucher une démarche de promotion de santé individualisée, basée sur les demandes et les besoins des personnes. »

« Dans le cadre de la commission santé de C., un des projets portés par notre association, nous mettons en contact les habitants et des professionnels qui n'ont pas d'occasion, de contexte pour se rencontrer (chercheurs, politiques, etc.) ou si c'est le cas, pour certains corps de métiers, qui, selon les dires des habitants, 'ne prennent pas toujours ou n'ont pas le temps d'expliquer aussi bien en face à face'. »

Pour adapter leurs interventions à des publics diversifiés échelonnés le long

du gradient social, il faut encourager les professionnels à construire un dialogue avec les usagers. Seul ce dialogue construit en individuel et en collectif permettra de poser les bases d'une meilleure adaptation des services et offres de santé (promotion de la santé, prévention, soins). De façon complémentaire, il faut favoriser et soutenir les usagers dans leurs contacts avec les professionnels de santé (empowerment/ capacité de dire et d'agir : confiance en soi face au professionnel, langage spécifique, parler de soi, faire entendre son avis dans le choix d'un traitement ou d'une recommandation, etc.).

2.1.5. Renforcer les compétences des professionnels

« Le projet vise à aider les professionnels, œuvrant spécifiquement ou non en petite enfance, à participer à la réduction des inégalités sociales de santé sur leur territoire, en documentant mieux la question des inégalités sociales de santé et des mécanismes d'action, pour mieux prendre en compte ces réalités, leviers et ressources des inégalités sociales de santé, et adapter leurs actions en vue d'une réduction des ISS.

...Il vise à dégager et communiquer un ensemble de pistes méthodologiques pouvant aider les professionnels à adapter leurs pratiques pour prendre en compte les ISS sur leur territoire. Il s'agit de proposer un recueil de ressources et de points de repères qui permettront au professionnel qui le souhaite de s'inspirer en partie, de confronter ou compléter ses idées, méthodes, pratiques... »

« Développer les compétences des professionnels pour mener des projets de promotion de la santé auprès de personnes en situation de précarité; participer à la construction de nouveaux savoirs et pratiques spécifiques à la promotion de la santé des publics en situation de précarité. »

- Outiller les animateurs afin qu'ils prennent en compte les ISS dans l'utilisation d'outils pédagogique en santé
- Outiller, guider les concepteurs d'outils afin qu'ils prennent en compte la question des ISS dans la réalisation des outils pédagogiques en santé
- Susciter des interactions entre utilisateurs, concepteurs, experts : échange de pratiques, d'expériences, faire remonter les réalités et demandes du terrain vers la 2^e ligne. »

L'intégration des stratégies de réduction des inégalités sociales de santé dans les pratiques professionnelles nécessite de renforcer les compétences des professionnels. Ceux-ci doivent notamment être capables de :

- **Analyser les mécanismes de production des inégalités sociales et des inégalités sociales de santé;**
- **Développer un travail intersectoriel en réseau;**
- **Identifier les stratégies les plus porteuses en terme de réduction des inégalités sociales et des inégalités sociales de santé;**
- **Adapter et utiliser des méthodes, des ressources et des outils aux défis posés par la réduction des inégalités sociales de santé;**

- **S'adapter à des publics de profils variés, échelonnés le long du gradient social et plus particulièrement aux personnes en situation de précarité.**

2.2. Intéresser les politiques et les institutions aux stratégies de promotion de la santé

2.2.1. Échanger et coopérer

« Les facteurs qui déterminent les inégalités échappent à l'action directe des services de santé. Celles-ci tiennent plus à la structure et au mode de fonctionnement de notre société, ainsi qu'aux modes de vie qu'elle suscite, qu'à des causes d'ordre purement médical. Il s'agit entre autres des décisions politiques, des mesures législatives, du contexte socio-économique mais aussi de la qualité de l'habitat et de l'environnement, de l'accès à l'éducation et à la qualification professionnelle, de la profession exercée, de la qualité de la vie sociale et de l'environnement culturel, ... Une intervention sur ces « déterminants de santé » nécessite la réflexion, l'organisation et l'action de divers secteurs, ainsi qu'une interface entre professionnels et politiques. »

« Intersectorialité et travail en réseau (projet commun avec le secteur de l'alphabétisation, avec l'insertion socioprofessionnelle, les asbl locales). »

« Stratégie de concertation intersectorielle entre tous les acteurs de la vaccination :

- Réunir autour d'un même projet tous les intervenants
- Inciter à utiliser des outils communs : « Carnet de l'enfant », « Carte de vaccination », dépliants pour l'information des parents
- Travailler à la prise de décision politique pour maintenir un véritable programme de vaccination »

« Créer un réseau de professionnels partenaires :

- Dans le secteur social
- Dans le secteur médical
- Dans le secteur de la santé mentale. »

« L'approche multidisciplinaire/trans ou interdisciplinaire (!) et le travail en réseaux (internes ou externes à notre institution) sont pour nous des garanties à la prise en compte des inégalités sociales de santé, et des déterminants de la santé en général. Nous pouvons cependant déplorer une démultiplication des réseaux et un déplacement (trop important) de l'énergie des travailleurs vers l'alimentation de ces réseaux sans retour (immédiat/à moyen terme) pour les publics finaux/bénéficiaires. On pourrait parfois parler d'une coupure (trop importante) de la réalité des publics... »

Le travail en partenariat et en réseau, l'intersectorialité, la pluridisciplinarité... naissent de la nécessité de travailler ensemble pour agir simultanément sur différents déterminants des inégalités sociales de santé. Ces échanges s'imposent entre les professionnels, les associations

et organismes présents sur le terrain, mais aussi entre structures institutionnelles et dispositifs politiques.

Les dispositifs et pratiques de réduction des inégalités sociales de santé ne peuvent exister sans une reconnaissance du temps nécessaire pour construire ces partenariats et les rendre efficaces dans la durée. Ce temps devrait être intégré dans les tâches des différents professionnels concernés et dans les programmes de promotion de la santé.

2.2.2. Assurer une cohérence entre différents niveaux de pouvoir

« La résorption des inégalités sociales de santé est rendue possible grâce à une action à plusieurs niveaux mettant en lien l'expérience de vie des publics concernés, l'expertise des professionnels et le pouvoir décisionnel des politiques. »

« Plus de cohérence à tous les niveaux :

1. Favoriser plus de cohérence dans les décisions politiques afin d'établir plus de liens entre les différentes compétences liées à la santé (enseignement, soins de santé, social, environnement, ...)
2. Favoriser la coordination entre les différents niveaux de pouvoir (communal, provincial, communautaire, régional, fédéral).
3. Favoriser la cohérence entre les décisions politiques et les besoins rencontrés sur le terrain par les professionnels et les populations précarisées.
4. Impulser et soutenir les dynamiques intersectorielles.

5. *Accorder une attention prioritaire aux publics précarisés dans toute décision politique. »*

Le manque de cohérence des décisions politiques et institutionnelles est une entrave à l'application sur le terrain de stratégies convergentes et efficaces en faveur de la réduction des inégalités sociales (de santé).

Il est important de soutenir les interventions intégrées en renforçant l'articulation entre les différents niveaux de pouvoir (ligne hiérarchique institutionnelle et territoriale)

Par exemple :

- **Des accords de collaboration entre secteurs différents concernés et l'explicitation de ces articulations dans les missions des services.**
- **La création de synergies entre les politiques des Communauté – Région dans l'accès à la santé dans ses aspects de soins, prévention, promotion.**

2.2.3. Intégrer de façon structurelle les questions d'inégalités sociales

« La recommandation générale est que la question des inégalités doit être intégrée, de manière structurelle, dans les différents niveaux de fonctionnement et de gestion, ainsi que dans nos missions, afin de les combattre durablement. »

Les deux recommandations précédentes sont étroitement liées à une intégration structurelle des questions de réduction

des inégalités sociales de santé et à leur opérationnalisation dans les plans, programmes et services ainsi que dans les stratégies de gouvernance.

Cette intégration structurelle renforcerait la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les actions et les pratiques des professionnels de secteurs variés.

Enfin, elle est aussi garante de la continuité, essentielle pour que les interventions portent leurs fruits en termes de réduction des inégalités sociales de santé.

2.2.4. Organiser le plaidoyer

« À noter que l'interpellation politique/des décideurs dans une visée de prévention et de promotion de la santé n'est pas forcément inscrite dans la culture et les priorités professionnelles des travailleurs de notre équipe...voire de notre institution. De manière plus rare, nous sommes également présents (avec d'autres partenaires et d'autres secteurs) dans des démarches d'interpellation et de mobilisation des décideurs (politiques et autres) pour participer à l'adaptation de pratiques professionnelles (par exemple pas assez tournées vers la prévention) ou de cadres décrets (peu opérationnels, voire ne favorisant pas une approche globale du bien-être de l'enfant)... impactant de près ou de loin sur la qualité de vie des enfants et des jeunes. »

« Notre groupe de personnes diabétiques a participé à ce qu'une offre alimentaire saine soit proposée sur le marché annuel où un certain type de restaurateurs ne

s'aventuraient peut-être pas en fonction des représentations qu'ils se font des publics et de leurs attentes sur ce genre de lieux (nous sommes présents sur ce marché dans le cadre d'une action de sensibilisation au diabète, en réponse à une impulsion de la commune). Nous espérons ainsi avoir sensibilisé tous les partenaires par cette demande : la commune, le restaurateur impliqué, les habitants (diabétiques ou non). Or, un des préalables au changement social consiste à agir sur les représentations individuelles et collectives, sur ces pré-jugés qui empêchent souvent les remises en question. Ceci étant en cours, il faut aussi, et ce n'est pas le moindre des combats, que cela soit concrètement possible : si nous avons pu obtenir un stand d'alimentation saine, l'offre restait peu accessible économiquement et en concurrence déloyale, de ce point de vue là, avec les stands de fricadelles... Notre demande l'année suivante a donc été axée sur le maintien d'un stand alimentaire sain, mais également accessible économiquement. Le combat progresse mais n'est pas fini... Agir en amont pour réduire les comportements à risque (comme manger non sainement, a fortiori pour des personnes diabétiques) est en effet un combat de fond, donc très lent, devant agir dans tous les domaines (économique, politique, etc.) malgré les conflits d'intérêts en jeu. »

Il est également important de sensibiliser et de former les décideurs et institutionnels pour qu'ils intègrent la réduction des inégalités sociales de santé dans des mesures de gouvernance.

Pour ce faire, il importe de faire connaître aux responsables institutionnels et politiques

- les problématiques vécues par les différents publics,
- les actions et stratégies menées, ici et ailleurs;
- leur efficacité potentielle;
- les résultats engrangés.

Il importe aussi d'être attentif à l'emprise des contraintes exercées par le monde économique et de proposer des modalités pour atténuer celles-ci.

2.3. Renforcer la capacité des groupes à s'engager pour leur santé

2.3.1. Agir en santé dans les communautés

« La santé communautaire semble bien souvent pertinente à condition de prendre en compte la difficulté particulière de ces publics à éprouver un sentiment d'appartenance alors même qu'ils se vivent davantage comme marginaux et exclus. Il conviendra de se donner du temps pour mieux saisir ce que la participation signifie pour chacun de nous. Une confusion semble, en effet, parfois apparaître entre le concept de participation et celui d'adhésion. »

« Agir plus spécifiquement avec une stratégie communautaire est une des réponses mises en place pour lutter globalement contre

les inégalités sociales de santé. Action en amont sur les déterminants de santé, santé au sens global du terme, action tant avec des habitants qu'avec des professionnels et des élus, caractère participatif de la construction à l'évaluation des projets... »

L'action communautaire en santé n'est pas une stratégie spécifique, réservée à la réduction des inégalités sociales de santé, mais elle en est une stratégie importante. C'est en effet une voie privilégiée pour développer l'empowerment individuel et collectif ainsi que pour améliorer les conditions et la qualité de vie au plus proche des personnes concernées.

2.3.2. Encourager la participation des personnes concernées et intégrer leur voix

« Le développement d'outils participatifs : par exemple les projets communautaires, les activités collectives, l'entretien individuel motivationnel, etc. »

« Nos stratégies privilégiées pour y arriver sont (entre autres) : l'approche communautaire mobilisant le public (dynamique participative), dans la mesure de leurs possibilités (et de leur désir d'être acteurs)... »

« La démarche de prévention utilisée évite la stigmatisation, car elle se base sur des stratégies de communication qui donnent la parole aux jeunes, sans jugement ni critique, et qui accordent une place fondamentale à

leur participation active et au respect de leur autonomie. »

« La consultation, l'implication, la participation des personnes aux « actions » qui leur sont destinées apparaissent comme les conditions « éthiques » qui rendraient acceptable le travail de promotion de la santé destiné aux personnes précarisées. »

« - intégrer de manière structurelle la voix des plus vulnérables au sein de nos instances et via des partenariats ; le regard des plus vulnérables dans notre communication »

La participation du public doit être une des bases de la réduction des inégalités sociales de santé. C'est le moyen de concilier efficacité et éthique.

- **Le public est le meilleur juge pour définir quels changements sont possibles et par quelles voies.**
- **Le public reste libre de ses choix. Quand il devient acteur de changement, les modifications ont plus de chances de persister sur la durée.**
- **L'intégration structurelle d'usagers concernés dans les projets et les services peut être une manière de renforcer la participation du public.**
- **La mixité des publics consultés, leur hétérogénéité est une façon d'aborder la question du gradient social et de la cohésion sociale**

2.4. Renforcer les compétences individuelles en matière de santé

2.4.1. Favoriser l'empowerment et le développement de compétences non cognitives

« Soutenir les dynamiques qui font émerger ou qui redynamisent les compétences, l'esprit critique et renforcent la confiance en soi des personnes précarisées. Le but est qu'un maximum d'entre elles puissent être actrices de leur vie et faire des choix éclairés. Il s'agit de donner l'occasion aux personnes précarisées de se réapproprier leur vie et leur santé plutôt que de les culpabiliser. »

« Développer les aptitudes des personnes en situation de précarité à devenir acteur de leur santé. »

« Favoriser chez les jeunes le développement des compétences psychosociales qui agissent comme facteurs de protection face aux assuétudes (esprit critique à l'égard du contexte social, capacités de communication interpersonnelle, capacité de réfléchir au sens donné aux consommations, rapport à la loi...) »

« Notre appartenance à un Service de santé mentale et un CPAS nous permet d'allier à (1) une approche globale et positive de la santé et un travail sur les déterminants tels que l'estime de soi et les compétences sociales, (2) le soutien à la résolution de problématiques sociales ou de difficultés psychiques individuelles... Le tout participant pour nous d'une démarche de promotion de la santé. »

« Soutenir les dynamiques qui reconnaissent les savoirs, les ressources, les compétences, les besoins réels des personnes précarisées et qui s'appuient sur ceux-ci pour développer les projets dans une démarche de co-construction. »

Développer la capacité d'agir des personnes et des collectivités en accordant suffisamment d'attention aux compétences personnelles (estime de soi, développement de l'esprit critique, patience, reconnaissance de sa capacité d'exercer un contrôle sur sa santé et ses déterminants...) et sociales (inclusion, ...)
L'éducation pour la santé émancipatrice est et reste un des fondements de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités sociales de santé.

2.4.2. Renforcer le développement des connaissances

« De façon essentiellement individuelle. Dans les demandes particulières que font les gens. Ils viennent pour des demandes sociales ou de logement. Ils ont besoin d'informations. Leur demande particulière contient des demandes plus globales. Nous voulons les recevoir en les considérant avec respect et comme une personne globale. Nous leur donnons des informations, nous les orientons. »

« Mais pour rendre la prévention accessible à toute la population et éviter que des sous-groupes sociaux ne soient pas informés de leur droit à y accéder, le programme doit veiller à développer des stratégies de communication

vers les publics peu ou pas lettrés, de langue étrangère, peu familier avec le français. ».

Le développement des connaissances vise aussi bien les normes et recommandations en matière de santé que la compréhension des processus par lesquels la santé s'installe, se maintient ou se dégrade.

Les connaissances doivent aussi porter sur l'existence et le fonctionnement des services de santé (soins de santé, prévention et promotion de la santé) Renforcer les connaissances des usagers et des collectivités sur les questions de santé et sur les mécanismes sociaux et institutionnels des offres de santé et de promotion de la santé permet une approche citoyenne de la réduction des inégalités sociales de santé (démocratie sanitaire).

2.4.3. Mobiliser et enrichir les représentations

« En pratique, lutter contre les inégalités sociales de santé en travaillant dans le champ de la promotion de la santé, et dans notre cas plus spécifiquement avec une démarche communautaire, met nécessairement l'accent sur la nécessité de travailler notamment avec ces publics. Notamment car agir sur les représentations collectives fait partie de la stratégie et que pour cela, il faut agir sur les représentations individuelles pour que l'ensemble de nos participants œuvrent vers un changement sociétal ; or cela passe nécessairement, dans les activités, par une mise en contact d'individus de différents

milieux socio-économiques. De plus, il n'est nullement question de remplacer une injustice par une autre, des exclusions par d'autres. »

« Construire une représentation partagée des liens entre la santé des populations précarisées et les réalités sociales en région liégeoise. »

« Travail sur les représentations des professionnels. »

Les représentations sont déterminantes quant aux choix de santé. Or, les représentations se constituent à partir de notre vécu corporel, de nos expériences d'interactions avec les autres et notre environnement, mais aussi des informations, savoirs. Elles déterminent la façon dont nous appréhendons les événements de la vie courante. Elles créent un sens commun, elles permettent de classer et d'identifier les objets qui nous entourent. Et peuvent donner lieu à des stéréotypes ou des préjugés.

Tant les usagers que les professionnels de santé sont habités par des représentations. Favoriser une prise de conscience de ces mécanismes, en tenir compte et les mettre en débat, sont des éléments fondamentaux pour un renforcement des capacités des personnes et des collectivités à agir pour leur santé.



3. L'enjeu de la réduction des inégalités sociales de santé...

- N'est-il pas de créer une synergie entre les différents acteurs, entre les différents niveaux de pouvoir pour une cohérence entre les actions des différents niveaux de pouvoir ?
- N'est-il pas de plaider auprès des politiques et des institutions pour une action concertée et des ressources en adéquation ?
- Plus largement, n'est-il pas de plaider pour une société plus équitable aux côtés d'acteurs qui s'inscrivent déjà dans ce processus ?



4. Des pistes, des questions...

Ceci n'est pas une conclusion...
Mais la question de la réduction des inégalités sociales de santé a du sens. C'est une réalité concrète pour nombre de professionnels. Se pencher sur cette question est un défi auquel de nombreux intervenants font face.

Des intervenants s'investissent pour la réduction des inégalités sociales de santé. Cet objectif est parfois explicite dans l'objet social de leur institution et s'intègre dans leurs missions. Ils adaptent leurs pratiques, les offres de santé

et de promotion de la santé au sens large pour réduire les inégalités sociales de santé.

L'accessibilité à la santé dans une vision globale, l'accessibilité aux ressources et offres de promotion de la santé, sont des questions transversales et fondamentales.

De multiples approches d'intervention pour réduire les inégalités sociales de santé co-existent :

- en optant par exemple pour le principe de discrimination positive ou en cherchant à renforcer la cohésion sociale

- en poursuivant un objectif d'insertion ou d'émancipation.

Pour réduire les inégalités sociales de santé, les stratégies de discrimination positives sont-elles plus « payantes » que des stratégies de cohésion sociale ou inversement ? Ces stratégies pourraient-elles être complémentaires ? Quels sont les avantages et inconvénients (effets contre-productifs) de ces approches ?

La Région wallonne, par exemple, a choisi de promouvoir la cohésion sociale et de favoriser l'accès de tous les habitants aux droits fondamentaux en suivant les principes développés par le Conseil de l'Europe. Une synergie des politiques Communauté – Région dans l'accès au droit à la santé serait à mettre en œuvre. Un groupe de travail intercabinets permanent « Cohésion sociale », commun à la Région wallonne et à la Communauté française et créé sous la présente législature, est déjà un signal concret de la volonté de rapprochement de ces deux entités sur le plan de la cohésion sociale.

Des pistes proposées

1. Intégrer de façon explicite et structurelle la question de la réduction des inégalités sociales de santé quel que soit le niveau de pouvoir et/ou d'intervention :

- dans le programme quinquennal et plan communautaire opérationnel ainsi que dans les services et programmes et recherches de promotion de la santé
- dans le pilotage (budgets et financements, grille d'appréciation de la qualité du

programme, etc.) et l'évaluation des politiques de santé

- par les échanges et coopérations entre organisations
- par l'articulation cohérente entre différents niveaux de pouvoir (ligne hiérarchique institutionnelle et territoriale).

2. Fixer les conditions qui garantissent une offre universelle en promotion de la santé

aux différents âges de la vie.

- Définir des objectifs ainsi que des indicateurs permettant de piloter un tel défi
- Fixer un cadre organisationnel

3. Renforcer les connaissances et les compétences des professionnels pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

- documenter la question des ISS (comment elles se construisent et s'entretiennent, et quelles sont les stratégies et méthodes efficaces)
- communiquer et former les professionnels à ce propos

4. Maintenir les offres de promotion de la santé et de prévention (programmes et services) qui visent l'universalité en veillant particulièrement à toucher les populations les plus précarisées.

5. En complément, développer des stratégies qui consistent à s'adresser à des publics particuliers en visant à les ramener vers le circuit universel. Il s'agit d'insister sur :

- 5.1. Rendre l'offre de santé (soins de santé, prévention et promotion de la santé)

accessible aux groupes cibles en adaptant l'offre (par la réorientation des missions et des objectifs, la réorganisation pratique des services...)

- 5.2. Renforcer les compétences des professionnels
- 5.3. Accroître le dialogue entre les publics et les professionnels
- 5.4. Communiquer sur les activités et offres de promotion de la santé
- 5.5. Agir en santé dans les communautés et lieux de vie
- 5.6. Encourager la participation des personnes concernées comme moyen de concilier efficacité et éthique et intégrer leur voix
- 5.7. Favoriser l'empowerment et le développement de compétences non cognitives
- 5.8. Renforcer le développement des connaissances sur les questions de santé et le fonctionnement des services de santé (soins de santé, prévention et promotion de la santé)
- 5.9. Mobiliser et enrichir les représentations

6. Attribuer des ressources adéquates, à moyen et long terme :

Garantir des sources de financement pérennes (services universels et programmation à long terme) pour :

- Assurer le maintien des compétences dans les structures et services de promotion de la santé
- Favoriser le lien entre professionnels et usagers.
- Avoir une attitude congruente vis-à-vis du public et donner un message positif aux acteurs de promotion de la santé leur

permettant réellement de mobiliser les populations avec lesquelles ils travaillent dans une recherche conjointe de mieux-être « pour tous ».

7. Poursuivre et développer le plaidoyer en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé

Nous remercions particulièrement les personnes et organisations qui ont répondu à l'enquête :

- Service Infor Santé de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes
- Centre d'éducation du patient
- CLPS Liège
- Échevinat de la ville de Namur
- asbl Cultures et Santé
- Ville de Durbuy
- FARES Tuberculose
- FARES tabac
- Mutualité socialiste PIPSA
- asbl Les Pissenlits
- Plan cohésion sociale Namur
- PROVAC
- Relais Social Charleroi
- Réseau Santé Diabète
- Relais Santé Urbain de Namur
- SAMI Liège
- SIPES
- SPSE Province de Liège
- SSM CPAS Charleroi

Processus mené par le groupe de travail « réduction des inégalités sociales de santé » du Conseil supérieur de promotion de la santé

Le groupe de travail s'est réuni 9 fois entre janvier et décembre 2010 ; il a mené une réflexion, des échanges, un travail d'enquête et d'analyse.

Une réflexion

Il s'agissait de rassembler les références documentaires utiles à éclairer le concept d'ISS et les modes d'intervention propices à réduire celles-ci. Deux modalités ont été mises en place

- Un portefeuille de lectures a ainsi été créé sur une plateforme internet à destination des membres du groupe de travail. Cette plateforme a été administrée par le SCPS Question-Santé.
- Le SCPS UCL-RESO a élaboré deux dossiers techniques destinés à synthétiser ces références.

Des échanges

Trois temps forts ont animé les échanges des membres du groupe de travail.

- Une clarification des questions à mettre au travail dans le groupe et des définitions relatives aux inégalités sociales de santé
- Des échanges sur la méthode de travail à adopter pour éclairer ces questions d'une manière concrète, qui reflète les pratiques

et enjeux des acteurs de divers niveaux : une enquête a finalement été décidée.

- Une analyse des résultats de cette enquête de manière à constituer le présent rapport au CSPS et à lui proposer des lignes de force et des pistes de travail.

Une enquête

Un questionnaire a été proposé à une vingtaine d'organismes (envoi en août 2010) sur base d'un échantillonnage raisonné. Il s'agissait de contacter des organismes présentant des profils variés quant aux caractéristiques suivantes.

- appartenance ou non au secteur de la promotion de la santé, financé par la Communauté française ;
- niveau territorial de leur activité : local (une commune ou un quartier), intermédiaire (un arrondissement, une province) ou ensemble de la Communauté française ;
- présence dans leur projet d'objectifs explicites ou non de réduction des inégalités sociales de santé.

La liste des 19 organismes ayant répondu à ce questionnaire est présentée en annexe.

Le questionnaire lui-même présentait trois voies d'approche pour identifier les pratiques à l'intersection de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités sociales de santé.

- Les répondants étaient invités à expliquer le sens que prenaient certains concepts de référence dans leurs pratiques

quotidiennes : inégalités de santé, inégalités sociales de santé, gradient social ; population précarisée, vulnérable, fragilisée, défavorisée, immigrée, stigmatisation...

- Ils étaient ensuite invités à expliquer ce qui était mis en œuvre dans leur projet ou programme en vue de réduire les inégalités sociales de santé
- Et enfin il leur était demandé de remplir une grille AFOM en précisant les Atouts, Faiblesses de leur organisation ; les Opportunités et Menaces de leur environnement, dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé.

Une analyse

Les réponses parfois très détaillées fournies par les répondants donnent un aperçu de leurs représentations quant aux ISS et aux moyens à mettre en place pour réduire celles-ci. Les réponses ont été soumises à une analyse de contenu visant à faire surgir une image structurée de ces représentations et de ces pratiques. Cette analyse de contenu a été réalisée via le logiciel NVivo. Ce travail a été effectué par les SCPS Question Santé et APES-Ulg.

Grâce à cette analyse, le groupe de travail a pu, dans un premier temps, prendre connaissance des contenus les plus souvent évoqués par les répondants pour chacune des questions ou chacun des concepts proposés à leur appréciation. Le groupe de travail a alors pu commenter ces tendances

et le SCPS Question Santé a sélectionné des extraits en relation avec ces contenus les plus fréquents.

Sur base d'un premier document ainsi constitué, le groupe de travail a proposé des lignes de force et des pistes de travail.

Une note de travail

Cette note est le fruit d'une première synthèse de ces différents apports. Vu l'importance du matériau recueilli, tous les éléments n'ont pu être exploités et certaines questions pourraient être approfondies ou développées, suivant l'intérêt ou les attentes du Conseil.

Pour une meilleure lisibilité :

- le point de vue et les propos des répondants seront mis en italique ;
- les éléments que le GT ISS a souhaité mettre en évidence, seront présentés en encadré ;
- les apports de la littérature scientifique seront mis en retrait.



Références bibliographiques

Braverman P. et Gruskin S., **Defining equity in health**, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 : 254-258, 2003.

Commission des Communautés européennes, **Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des Régions : Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne**, COM (2009) 567 final, 20.10.2009

Communauté française, **Programme quinquennal de promotion de la santé, 2004-2008**, http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Promotion_de_la_sante_-_prevention/PQ2004.pdf

Dahlgren G, Whitehead M. **Politiques et stratégies de l'égalité devant la santé. -53. 1992. Copenhague**, Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

De Koninck M., Disant M. J., Paquet G. & alii, **Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent ?**, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2008, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_Inegalites_sociales_sante.pdf

Goldberg M., Melchior M., Leclerc A. et Lert F., **Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé**, 2002, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20, n° 4 : 76-127

Marmot M., **Closing the Gap in a Generation : Global Health Equity and the Commission on Social Determinants of Health**, 2009, Conférence donnée à Montréal, Québec, le 5 février 2009. [En ligne]. http://www.centrelearoback.org/assets/html/clr_player_marmot_video.html

Mooney G., (), **Vertical equity in health care resource allocation**, 1999, Sydney, Department of public health and community medicine, University of Sydney in Ridde V., Guichard A. (2008), Réduire les inégalités de santé : aporie, épistémologie et défis in C. Niewiadomski & P. Aiach (2008.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*. Rennes : Édition EHESP : 57-80.

Organisation mondiale de la santé, **Comblent le fossé en une génération : instaure l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé**; Commission des déterminants sociaux de la santé, 2009, Genève

Rauws G, Alleman J, Gombault B, Lisoir H, Heyde E. **Inégalités en santé - Recommandations politiques - Recommandations du groupe de travail «Inégalités en santé» de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique.** -19. 2007. Bruxelles, Fondation Roi Baudouin

Site de l'Union européenne sur les inégalités <http://www.health-inequalities.eu/>

Site du REFIPS : réseau francophone international pour la promotion de la santé
Lieu d'échanges et d'entraide pour les professionnels de la santé intéressés par la promotion de la santé de leurs communautés respectives www.refips.org



Sommaire

2 Introduction

4 1. Les inégalités sociales de santé : quelques clés

- 4 1.1. De véritables iniquités de santé
- 4 1.2. L'impact des déterminants sociaux et de la position sociale
- 6 1.3. Le concept de gradient social

8 2. Réduire les inégalités sociales de santé : quelles stratégies ?

- 9 2.1. Préserver, voire renforcer l'universalité des offres de santé sur le continuum des soins à la promotion de la santé
 - 10 2.1.1. Rendre l'offre de santé accessible en l'adaptant
 - 11 2.1.2. Pérenniser l'offre de promotion de la santé
 - 12 2.1.3. Communiquer sur l'offre de santé
 - 12 2.1.4. Accroître le dialogue entre les publics et les professionnels
 - 13 2.1.5. Renforcer les compétences des professionnels
- 14 2.2. Intéresser les politiques et les institutions aux stratégies de promotion de la santé
 - 14 2.2.1. Échanger et coopérer
 - 15 2.2.2. Assurer une cohérence entre différents niveaux de pouvoir
 - 16 2.2.3. Intégrer de façon structurelle les questions d'inégalités sociales.

- 16 2.2.4. Organiser le plaidoyer
- 17 2.3. Renforcer la capacité des groupes à s'engager pour leur santé
 - 17 2.3.1. Agir en santé dans les communautés
 - 18 2.3.2. Encourager la participation des personnes concernées et intégrer leur voix
- 19 2.4. Renforcer les compétences individuelles en matière de santé
 - 19 2.4.1. Favoriser l'empowerment et le développement de compétences non cognitives
 - 19 2.4.2. Renforcer le développement des connaissances
 - 20 2.4.3. Mobiliser et enrichir les représentations

21 3. L'enjeu de la réduction des inégalités sociales de santé...

21 4. Des pistes, des questions...

- 23 Remerciements
- 24 Processus mené par le groupe de travail « Réduction des inégalités sociales de santé » du Conseil supérieur de promotion de la santé

26 Références bibliographiques



Éditeur responsable : Serge Carabin, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles
Maquette & photographies Muriel Logist

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

