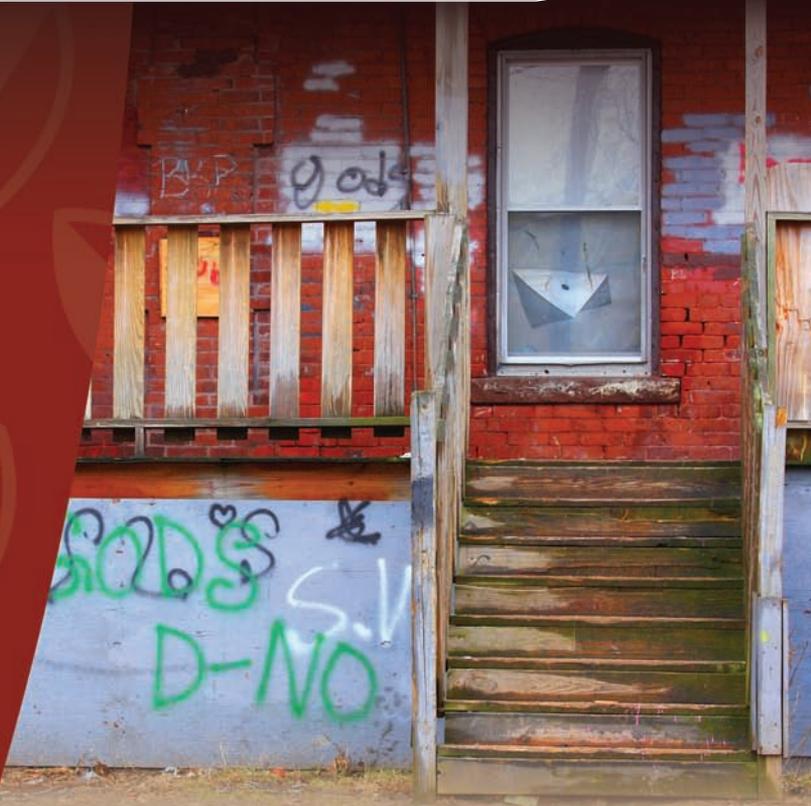




FORUM CACIS 2009

# INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : NOS INTERVENTIONS EN QUESTION



CHAIRE  
APPROCHES COMMUNAUTAIRES  
ET INÉGALITÉS DE SANTÉ  
FCRSS/IRSC



## L'AGGRAVATION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : UN DÉFI DE SANTÉ PUBLIQUE

« Le virus de la grippe AH1N1 frappera inégalement les Montréalais. Selon qu'ils habitent un quartier défavorisé ou non, nos concitoyens seront plus ou moins facilement infectés et subiront des conséquences plus ou moins graves pour leur santé », soulignait Richard Lessard, directeur à la Direction de santé publique de Montréal, en introduction de la table ronde qu'il présidait au FORUM CACIS. Il rappelait ainsi que les inégalités sociales de santé hantent désormais toute intervention de santé publique, qu'elle occupe le cœur de l'actualité médiatique ou non.

Une étude récente montre en effet qu'au Québec, «... le risque de décès chez les personnes le plus défavorisées aux plans matériel et social est d'environ 2,6 fois celui des personnes les plus favorisées »<sup>1</sup>.

Cette abrupte réalité qui dépasse largement le contexte québécois est aussi observée internationalement. René Lachapelle (RQIIAC et UQO)<sup>2</sup> l'a rappelé de manière saisissante lors de sa « mise au jeu » au FORUM en soulignant aussi que cette situation intolérable n'est pas le fruit du hasard. Elle est la résultante d'une période de vingt-cinq ans de « reaganomics » où l'on a volontairement fragilisé les États sociaux au profit d'une libéralisation économique aux conséquences désastreuses : les bénéfices du développement économique sont partagés entre les plus riches et 1,1 milliard de personnes vivent aujourd'hui sous le seuil de pauvreté. Il est impossible de dissocier le bien-être et la santé des populations de leur condition sociale, a aussi rappelé M. Lachapelle :

« Le progrès social et la santé dépendent de l'environnement social et physique, de la sécurité et de la capacité d'agir sur son milieu que permettent l'éducation, l'accès aux services de santé de base et l'action communautaire. »

Face à l'imbrication du problème de la santé et de celui des inégalités sociales, une question inévitable se pose à toutes les personnes qui ont ou auront à intervenir en matière de santé des

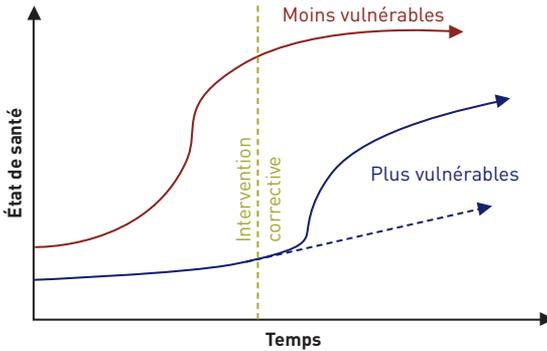
<sup>1</sup> Pampalon Robert, Denis Hamel et Philippe Gamache (2008), *Les inégalités sociales de santé augmentent-elles au Québec?*, Institut national de santé publique, 20p. <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/778-BulletinMortaliteEvolution.pdf>

<sup>2</sup> M. Lachapelle est membre du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire (RQIIAC) et professionnel de recherche à la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Université du Québec en Outaouais (UQO).

populations. Quel rôle jouent les interventions en santé dans l'augmentation des inégalités sociales?

À cet égard, Louise Potvin, titulaire de la Chaire CACIS<sup>3</sup>, présentait, lors de son intervention, ce schéma troublant, voire dérangeant :

### EFFET INDÉSIRABLE DES APPROCHES POPULATIONNELLES



Rapport du Groupe de travail sur les disparités en matière de santé, CCFT-SPSS (2005)

« Ce que nous voyons ici, c'est que nous participons, comme secteur de santé publique, comme professionnels de l'intervention, bien à notre insu et à notre corps défendant, à l'augmentation des inégalités sociales de santé ».

Un paradoxe qui méritait qu'on s'y arrête durant ce FORUM.

## LE MYTHE DE L'ACTION PLANIFIÉE

Selon Mme Potvin, pour appréhender ces effets indésirables des approches populationnelles, il faut tout d'abord se pencher sur « un mythe qui a la vie durable et qui pollue encore l'univers des programmes sociaux et de la planification de l'intervention : le mythe de l'action planifiée. »

Ce mythe s'appuie sur une vision simplificatrice et schématisante de la réalité et des problèmes. Plus on se rapproche du terrain et plus on se rend compte que ces modèles explicatifs n'ont rien ou peu à voir avec la réalité. Dans le cas des inégalités sociales de santé, un aspect central du problème est souvent évacué à cause de ce mythe : le fait que les inégalités sociales de santé constituent un « problème tordu »<sup>4</sup> ou encore un problème pernicieux. Il est difficile d'appréhension, il nous échappe au fur et à mesure qu'on essaie de le circonscrire. En effet, on oublie trop souvent, dans la planification, que la façon de définir un problème de santé contribue au problème lui-même. Lorsqu'on conçoit une intervention sans tenir compte de la grande vulnérabilité des personnes qu'elle cible, par exemple, les outils et les informations diffusées ne correspondent pas aux capacités de

<sup>3</sup> Chaire FCRSS/IRSC Approches Communautaires et inégalités de santé (CACIS), Université de Montréal

<sup>4</sup> En référence à l'article « Wicked problem » de Rittel et Weber, 1973.

les assimiler de ceux et celles à qui ils sont destinés. En simplifiant le problème social, on finit, en somme, par concevoir des solutions qui ne correspondent pas à ce qu'on voulait résoudre au départ.

## COMMENT EXPLIQUER QUE DES INTERVENTIONS EN SANTÉ PUBLIQUE SE SOLDENT PARFOIS PAR L'AUGMENTATION DES INÉGALITÉS SOCIALES?

Prenons, par exemple, les cas des programmes de prévention du tabagisme auprès des jeunes. Nous avons constaté que des interventions populationnelles, même tout à fait bien intentionnées, ont généré des effets pervers. Elles ont considérablement amélioré la santé des personnes favorisées et peu ou pas affecté la santé des populations défavorisées.

Selon quel mécanisme? Si vous menez une intervention de prévention auprès d'un groupe d'âge, l'efficacité de cette mesure sera variable en fonction de la position sociale des individus ciblés et de leur degré de vulnérabilité. « *Les personnes qui partent avec un déficit de santé ont plus de difficultés, moins de capacités de transformer en santé les matériaux symboliques, physiques, d'éducation, d'information, en somme l'ensemble des matériaux que l'on redistribue à travers les programmes et les interventions de santé publique* », a expliqué L. Potvin.

A la clé, vous l'aurez compris, une augmentation des inégalités de santé.

De plus, choisir certaines personnes pour les asseoir autour d'une table en vue de résoudre un problème de santé, c'est déjà poser un jugement de valeur sur ledit problème. Cela va aussi influencer sur la définition du problème et sur la nature des réponses que l'on voudra apporter à ce problème, a-t-elle commenté.

« *C'est la position sociale des individus qui va influencer sur leur vision du problème. Si vous êtes directeur de la santé publique, responsable de table de concertation de quartier, chercheur universitaire ou touché vous-même par le problème, vous aurez une conception différente du problème, mais dans tous les cas, vous y participez!* »

## EN PRENANT CONSCIENCE DE CETTE COMPLEXITÉ, COMMENT AGIR SUR DES PROBLÈMES « TORDUS » ?

On constate que les points de vue différents sur les problèmes sont aussi souvent conflictuels (à cause des intérêts divergents qui sont en jeu). Si l'on veut agir sur des « problèmes tordus », on ne peut faire l'économie d'une réconciliation des valeurs sociales (la justice sociale et l'équité, par exemple) avec les possibilités de choix individuels. Au-delà des solutions techniques, l'action sur les problèmes requiert un débat politique où tous les groupes et intérêts concernés peuvent exprimer leur vision.

Cela dit, le cœur du problème des inégalités sociales de santé est constitué par le manque de ressources politiques de ceux qui sont le plus affectés par le problème, des plus vulnérables qui n'ont pas ou peu de voix dans la définition des problèmes et de leurs solutions. Par définition, ces inégalités se produisent et se reproduisent selon un processus d'exclusion qui distribue inégalement le capital social, économique, politique et culturel. Le risque est donc grand, dans toute intervention, qu'elle ait un effet multiplicateur des inégalités.

## ET COMMENT ABORDER L'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS?

Devant une telle problématique complexe et « tordue », comment aborder l'évaluation des interventions en santé ? Avouons-le, le travail de l'évaluateur s'avère être tout sauf une... promenade de santé !

Là encore, le danger est, même avec des intentions louables au départ, d'évaluer de manière technique et non réflexive des actions planifiées selon la vision d'un seul acteur ou d'un groupe d'acteurs dominants, défendant leurs intérêts particuliers. Mme Potvin s'est, à cet égard, montrée formelle :

« Si l'évaluation se situe dans ce genre de perspective schématisante, nos travaux nous amènent à penser que l'évaluation se place comme intermédiaire et comme instrument d'une domination qui reproduit les inégalités sociales de santé. »

Dans une situation où on assiste à l'augmentation des inégalités sociales de santé sur les plans local, national et international, la question de l'évaluation des interventions et de son rôle dans cette évolution inacceptable se doit d'être posée. Ce forum a offert un espace de parole et de débat à ceux qui pensent que souvent, l'évaluation s'inscrit dans une logique de domination. Pierre Valois, formateur au Centre de formation populaire, a soulevé l'idée suivante : « La question de l'évaluation a pris son essor à la fin des années 80 et au début des années 90. Au moment même où l'État a commencé à se désengager. Jamais la demande d'évaluation et de reddition de comptes n'a été aussi forte que maintenant, alors que l'État est le plus désengagé de l'action sociale ».

Ce propos « coup de poing », est venu en écho au tableau brossé par M. Lachapelle qui a sans doute donné à réfléchir à de nombreux participants sur la véritable raison d'être des évaluations.

Mais y aurait-il d'autres manières de concevoir l'évaluation ? De sorte qu'elle serve véritablement l'équité dans les interventions et qu'elle améliore la santé des plus démunis ? Les discussions se sont poursuivies au sein du forum et nous le souhaitons, au-delà des cadres de cette assemblée.

## CONCLUSION

Au cœur des débats du FORUM CACIS, le pouvoir est certainement l'enjeu qui n'aura échappé à personne. Le contenu des présentations et des discussions nous a en effet montré que l'évaluation soulève toujours le problème de l'opération de dispositifs scientifiques dans un espace politique. Nous avons constaté qu'il n'y a pas de modèle unique pour penser les relations entre la recherche, les pratiques et les décisions politiques. Il existe une pluralité de façons de faire, mais pas de recette bonne ou mauvaise dans l'absolu. Nous avons aussi relevé que la connaissance n'est pas l'apanage des chercheurs, mais bien un objet de débat et de dialogue.

Dans un ordre d'idées corollaire à ces constats, il nous faut conclure que l'évaluation n'est pas qu'un outil de contrôle ni seulement un outil de soutien à l'innovation. C'est dans la tension entre ces rôles que réside toute la richesse de l'évaluation, qui n'est pas une fin en soi, rappelons-le. Cette tension, incontestablement, était palpable dans les salles durant ces deux journées d'échange. Des positions clairement antagonistes s'y sont librement exprimées à propos de l'évaluation et le débat amorcé lors du forum doit se poursuivre.

Aux deux extrémités du spectre de la réalité sociale deux joueurs se sont manifestés avec insistance lors de ce forum : le bailleur de fonds, parce qu'il contraint les processus d'évaluation et le citoyen parce qu'il est, trop souvent, le grand oublié de la recherche évaluative, à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'un citoyen en situation de vulnérabilité. Sa représentation dans les processus évaluatifs pose de nombreux défis.

La réflexivité des acteurs a été identifiée comme permettant d'éviter les pièges de réplication des inégalités au sein même des projets évaluatifs. Ceci dit, la mise en place de systèmes réflexifs est, par définition, exigeante et demande assurément des ressources adéquates. Une fois prise en compte la complexité de l'environnement dans lequel se déploie l'évaluation, de nombreux questionnements refont surface : faut-il choisir entre des évaluations « crédibles » sur le plan scientifique et des évaluations « utiles » sur le plan pratique? Ou encore, les ressources investies en évaluation le sont-elles au détriment de l'action?

Le forum n'a pas répondu à toutes les questions, loin de là, mais dans l'étude des inégalités sociales de santé, la question de l'évaluation et de son rôle avait peu souvent été posée. Il a ouvert une brèche : nous espérons qu'elle suscitera de nombreuses autres initiatives pour continuer d'explorer la question.

Helena Urfer-Allan, Jocelyne Bernier, Maryse Rivard - Janvier 2010  
CHAIRE Approches communautaires et inégalité de santé FCRSS/IRSC

---

\* Pour faciliter la lecture, le genre masculin est utilisé sans discrimination dans ce texte.

\*\* Les documents audio-vidéo saisis en séance plénière et les communications présentées au forum sont accessibles via le bulletin de liaison de la Chaire « Spécial Forum CACIS 2009 » N° 12, [En ligne] <http://www.cacis.umontreal.ca/bulletin.htm>

# FORUM CACIS

[www.cacis.umontreal.ca](http://www.cacis.umontreal.ca)

La réduction des inégalités sociales de santé représente un défi majeur en santé publique. Les écarts ne cessent d'augmenter et constituent un frein à l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population. La persistance et l'accroissement de ces inégalités posent la question de l'efficacité des interventions en prévention et en promotion de la santé. Face à ce constat, la Chaire CACIS organisait à l'automne 2009, un forum portant sur : *L'évaluation des interventions en vue de réduire les inégalités sociales de santé.*

Le FORUM CACIS 2009 a regroupé près de 200 personnes actives dans l'intervention, la recherche et la décision, qui sont préoccupées par cette problématique et intéressées par le développement social. Il fut l'occasion de jeter un regard critique sur l'évaluation des interventions en vue de réduire les inégalités et d'approfondir la discussion et la réflexion sur ce sujet rarement abordé. Ces cahiers synthèses présentent un aperçu de la situation et des échanges qui ont eu lieu les 8 et 9 octobre 2009.

## MERCI

Aux membres du  
comité d'orientation

Aux organisatrices  
de la CHAIRE CACIS

Aux conférenciers  
et conférencières

Aux partenaires financiers



CHAIRE Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS)  
Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)

C.P. 6128, Succursale Centre-ville - Montréal (Québec) H3C 3J7  
Téléphone : 514.343.6111 poste 1-4959 | Télécopieur : 514.343.2207  
Courriel : [inegalites-sante@umontreal.ca](mailto:inegalites-sante@umontreal.ca)

Université   
de Montréal