

# Moving from Description to Action

## Challenges in Researching Socio-economic Inequalities in Health

Peter Tugwell<sup>1</sup>

Betsy Kristjansson<sup>1,2</sup>

The Romanow report emphasized that Canada is committed to the goal of equity in health care and health outcomes.<sup>1</sup> Unfortunately, we are a long way from meeting this objective. As in most other countries, health in Canada is unevenly and, to some extent, unfairly distributed according to socio-economic position. Health and longevity are highest for the richest and most powerful, and decrease with decreasing income.<sup>2-5</sup> These social gradients in health, or health inequalities, are pervasive and persistent,<sup>6</sup> and are seen in most diseases, injuries, and health behaviours.<sup>7</sup> Health inequities are unfair and avoidable inequalities.<sup>8-10</sup> Health inequities represent needless human suffering and have significant consequences for the economy and for social order and justice.<sup>4,11</sup> It is time to take action and, indeed, social gradients in health are beginning to get the attention they deserve from policy-makers.

In this issue of the CJPH, Finkelstein demonstrates that those who research health inequalities face important challenges.<sup>12</sup> We briefly describe some challenges associated with measuring health inequalities, situate this in the broader research agenda and identify the need for more accurate measures.

Finkelstein's paper highlights issues of definition and measurement of health inequalities and inequities. Accurate and consistent definition and measurement are crucial: they affect our results, interpretation, and, ultimately, our actions. Health inequalities can be objectively measured, but health inequities require normative judgements as to what constitutes 'unfairness' in the distribution of health and in the resources necessary for health.<sup>8,13</sup> Our ultimate interest must lie in identifying and addressing health inequities, but measurement of health inequality is a prerequisite for this. Health inequalities require three components for calculation: a measure of health status, a measure of social position, and a statistical method for summarizing the magnitude of the health differences between people in different social positions.<sup>14</sup>

Measuring social position is challenging. Typically, indicators of socio-economic position (e.g., income, education, or occupational social class) are used. However, depending on the setting, other indicators of social stratification are relevant.<sup>13</sup> The Global Equity Gauge Alliance has adopted the term PROGRESS<sup>15</sup>; this stands for Place of residence, Race/ethnicity, Occupation, Gender, Religion, Education, Socio-economic Status (income or composite measures), and Social Capital – to describe relevant indicators.<sup>16</sup> We feel that measurement of health inequalities should always be based on indicators of socio-economic position (SEP); in Canada, rural/urban residence and ethnicity are also highly relevant. It is particularly important to consider the interrelationship between socio-economic position and other indicators of social stratification such as gender or ethnicity.<sup>13</sup> For example, in the Alameda County Study, the shape of socio-economic gradients in morbidity differed substantially between men and women. There was an inverse relationship between income and health for both sexes, but this relationship was usually linear for women and non-linear for men; low income men showed disproportionately high morbidity.<sup>17</sup>

Finkelstein's article emphasizes the difficulty researchers sometimes encounter in finding valid data on socio-economic position. Although Statistics Canada routinely includes mea-

asures of individual (including household) SEP in national health surveys, many administrative databases lack this information. Moreover, some public organizations that conduct surveys or evaluation studies are reluctant to ask about SEP due to fears about invasion of privacy. Many researchers are therefore forced to use measures of neighbourhood income or SES as proxies for individual level measures. But this may not always be an ideal solution. In Ontario, Finkelstein found that neighbourhoods were quite heterogeneous in terms of household income and that use of median Enumeration Area (EA) income as a proxy for household income resulted in high misclassification of household income. Finkelstein further demonstrated that the relationship between income and health was significantly weakened when median enumeration area income was used instead of individual income; in fact, in some analyses, the difference between the highest and lowest income quartiles was cut in half. Results from other Canadian studies are mixed. In Montreal, high misclassification of household SES resulted when median EA and Census Tract SES measures were used.<sup>18</sup> In Alberta, misclassification using median Forward Sorting Area income was high, particularly in non-metropolitan areas.<sup>19</sup> However, a study in urban and rural Manitoba demonstrated that although some attenuation occurred, differences were generally not statistically significant.<sup>20</sup>

These results present a dilemma for those who research health inequalities as well as for policy-makers who need to interpret their results. Clearly, more studies on the congruence between household and EA median income need to be undertaken across Canada. In the meantime, measures of individual income should be used wherever possible due to potential misclassification and underestimation from area-based measures.

Accordingly, we need to advocate for inclusion of individual measures of SEP in administrative databases as well as in regional and local health surveys and intervention studies. Careful planning and close monitoring would be necessary to ensure that this information is collected in a reliable and valid manner, but the knowledge gained would outweigh the costs. Until this happens, record linkage of

1. Center for Global Health, Institute of Population Health, University of Ottawa, Ottawa, ON

2. School of Psychology, University of Ottawa

Correspondence: Dr. Peter Tugwell, Center for Global Health, Institute of Population Health, University of Ottawa, Ottawa, ON K1N 6N5

health survey data to administrative data provides a useful means of attaching individual socio-economic information to administrative databases. With informed consent, the income tax database might be another good source of income information for record linkage at Statistics Canada.<sup>21</sup>

Accurate and consistent information on health gradients is critical for understanding causal mechanisms, researching interventions, and for moving from knowledge to political and social action.

The causes of the socio-economic gradient in health are complex and deeply rooted and involve interaction between downstream (individual) and upstream (societal) determinants,<sup>4,22-25</sup> which may affect people in different ways throughout the life course.<sup>26</sup> We are just beginning to develop theories about these pathways, and a number of interesting challenges emerge. One relates to the need for conceptual and measurement development work on the proposed 'upstream' determinants of health and health inequalities, including social capital, quality of green space, community safety, and healthy public policy. A number of Canadian groups<sup>27-38</sup> are actively thinking about these issues and, as suggested by others,<sup>27,39</sup> it would be highly useful to bring them together. An iterative process could be devised for identifying topics of theoretical relevance, forming groups to review literature on concepts and measurement; bringing this information to a conference, and arriving at agreement on measurement and methods of pilot testing new indicators. Selected research groups could then test the new measures, and subsequent conferences would be used to review the results of testing and make recommendations on new topics for measurement.

Interventions also deserve more attention. It is now time to move to identifying and evaluating measures to 'effectively deal with the inequalities that have been uncovered.'<sup>40</sup> Reducing health inequalities requires careful consideration so as to achieve the maximum gains for disadvantaged people from the investments made.<sup>41</sup> Actions must therefore be based on sound research and proven interventions. Such evidence is very difficult to find,<sup>42,43</sup> but the body of research on interventions to improve the health of disadvantaged people is growing.<sup>42,44</sup> Systematic reviews, which

are "increasingly viewed as the most robust source of information on the effectiveness of public health interventions"<sup>45</sup> are needed to make sense of this information. Yet, until now, few systematic reviews with an explicit equity focus have been done. A group that includes the authors is responding to the call by Mackenbach<sup>42</sup> to implement such reviews within the Cochrane and Campbell collaborations. This group faces a number of challenges, including defining effectiveness in reducing health inequalities, difficulty in finding relevant primary studies through literature searches, lack of data on socio-economic position in primary studies, and difficulty in synthesizing evidence from complex and heterogeneous interventions. It is hoped that by coming together as a group to share our experiences, we can help each other overcome these challenges and facilitate the performance of systematic reviews in this area.

In order to move from knowledge to action, once we have established which interventions work, they need to be 'scaled up and rolled out'. This implementation phase is expensive so it needs to be assessed as rigorously as the effectiveness of the interventions themselves. The implementation of programs to reduce inequalities is complex and requires both 'bottom-up' action from the community and citizens involved as well as 'top-down' commitment from policy-makers and service managers. Models for incorporating these elements can be found in 'Equity Gauge' projects being tested in lower- and middle-income countries;<sup>16</sup> these may be easily transferred to Canada. Work at the community level is particularly important: communities have the power to identify social and health priorities and to modify the context in which people live, work, and play.

The impact of public policy on health inequalities within a population is obvious. However, in advocating for political and social change, we may run up against competing political and corporate agendas. Much of the political agenda is driven by market forces;<sup>46</sup> these forces favour corporations over citizens, value rich over poor, create economic and social inequalities, and push individualism over the collective good. In this climate, it is insufficient for researchers to simply publish work and expect it to be used.<sup>47</sup> We must now work to guide the promotion of pro-equity poli-

cies through informing stakeholders, mobilizing communities, shaping public discourse, and influencing decision-makers through reasoned social action.<sup>16</sup>

To make a compelling case for addressing health inequalities, we need to ensure that our measures are sound. Those working in the field of health inequalities will need to address this and other challenges if we are to make an impact on policy and program development.

## REFERENCES

1. Romanow RJ. Building on Values. The Future of Health Care in Canada. Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
2. Health Canada. Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians. H39-468/1999E. Minister of Public Works and Government Services, 1999.
3. Wilkins R, Adams O. Healthfulness of Life. Montreal: Institute for Research on Public Policy, 1983.
4. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. London and New York: Routledge, 1996.
5. Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL, et al. Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *Am Psychol* 1994;49(1):15-24.
6. Chen E, Matthews KA, Boyce WT. Socioeconomic differences in children's health: How and why do these relationships change with age? *Psychol Bull* 2002;128(2):295-329.
7. Marchand S, Wikler D, Landesman B. Class, health, and justice. *Milbank Q* 1998;76(3):449-67.
8. Tan-Torres Edejar T. Health for some: Health, poverty and equity at the close of the century. In: Neufeld V, Johnson N (Eds.), *Forging Links for Health Research. Perspectives from the Council on Health Research for Development*. Ottawa: IDRC, 2001.
9. Peter F, Evans T. Ethical dimensions of health equity. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (Eds.), *Challenging Inequities in Health. From Ethics to Action*. New York: Oxford University Press, 2001:25-33.
10. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992;22(3):429-45.
11. Feachem R. Poverty and inequity: A proper focus for the new century (Editorial). *Bull World Health Organ* 2000;78(1):1-2.
12. Finkelstein MM. Ecologic proxies for household income: How well do they work for the analysis of health and health care utilization? *Can J Public Health* 2004;95(2):90-94.
13. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(4):254.
14. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med* 1997;44(6):757-71.
15. Evans T, Brown H. Personal Communication, 2002.
16. Global Equity Gauge Alliance (GEGA) HST. *The Equity Gauge Concepts, Principles, and Guidelines*. 2003.
17. Frank JW, Cohen R, Yen I, Balfour J, Smith M. Socioeconomic gradients in health status over 29 years of follow-up after midlife: The Alameda

- County Study. *Soc Sci Med* 2003;57(12):2305-23.
18. Kitaw D, Hanley J, Menzie D, Joseph L, Ernst P. Agreement in measuring socio-economic status: Area-based versus individual measures. *Chron Dis Can* 2000;21(1).
  19. Sin DD, Svenson LW, Man SFP. Do area-based markers of poverty accurately measure personal poverty? *Can J Public Health* 2001;92(3):184-87.
  20. Mustard CA, Derksen S, Berthelot JM, Wolfson M. Assessing ecologic proxies for household income: A comparison of household and neighbourhood level income measures in the study of population health status. *Health & Place* 1999;5:157-71.
  21. Hill G. Personal Communication, 2004.
  22. Gwatkin DR. Critical reflection: Health inequalities and the health of the poor: What do we do? What can we do? *Bull World Health Organ* 2000;78(1):3-18.
  23. Marmor M. Inequalities in health. *N Engl J Med* 2001;345(2):134-36.
  24. Yen IH, Kaplan GA. Neighborhood social environment and risk of death: Multilevel evidence from the Alameda County Study. *Am J Clin Epidemiol* 1998;149(10):898-907.
  25. McKinlay JB. The promotion of health through planned sociopolitical change - Challenges for research and policy. *Soc Sci Med* 1993;36(2):109-17.
  26. Carroll D. Health and socio-economic position (Commentary). *J Health Psychol* 1997;2(3):275-82.
  27. Hancock T, Labonte R, Edwards R. Indicators that count! Measuring population health at the community level. *Can J Public Health* 1999;90 Suppl 1:S22-S26.
  28. McDowell I, Spasoff RA, Kristjansson B. On the classification of Population Health measurements. *Am J Public Health* 2004;94(3):17-22.
  29. Evans RA. Interpreting and addressing inequalities in health: From Black to Acheson to Blair to...? London: Office of Health Economics, 2002.
  30. The FCM Quality of Life Reporting System. Quality of Life in Canadian Communities, Second Report. Federation of Canadian Municipalities, 2001.
  31. Lemyre L, Andrew C, Angus D, Aubry T, Bouchard L, Flynn R, et al. Pour une écologie sociale de la santé des populations : émergence d'une équipe sur « les stress et environnements sociaux » Subvention CRSH-IDR, 2002.
  32. Kemenade S. Social Capital as a Health Determinant. How is it Measured? Health Canada, Minister of Public Works and Government Services, 2003.
  33. Canadian Council on Social Development. Social Cohesion in Canada: Possible Indicators. Social Cohesion Network, Department of Canadian Heritage and Department of Justice Canada, 2000.
  34. Raphael D, Renwick R, Brown I, Steinmetz B, Sehdev H, Phillips S. Making the links between community structure and individual well-being: Community quality of life in Riverdale, Toronto, Canada. *Health and Place* 2001;7:179-96.
  35. Frankish J, Veenstra G, Moulton G. Population health in Canada: Issues and challenges for policy, practice and research. *Can J Public Health* 1999;90 Suppl 1:S71-S75.
  36. Ross NA, Wolfson MC, Dunn JR, Berthelot JM, Kaplan GA, Lynch JW. Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: Cross sectional assessment using census data and vital statistics. *BMJ* 2000;320(7239):898-901.
  37. Hertzman C, Power C, Matthews S, Manor O. Using an interactive framework of society and lifecourse to explain self-rated health in adulthood. *Soc Sci Med* 2001;53(12):1575-85.
  38. Dunn JR, Hayes MV. Toward a lexicon of population health. *Can J Public Health* 1999; Vol.90, Suppl 1:S7-S10.
  39. McDowell I. Personal Communication, 2004.
  40. Gwatkin D. The need for equity-oriented health sector reforms. *Int J Epidemiol* 2001;30:720-23.
  41. Macintyre S. Evidence based policy making: Impact on health inequalities still needs to be assessed. *BMJ* 2003;326:5-6.
  42. Mackenbach JP. Tackling inequalities in health: The need for building a systematic evidence base. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(3):162.
  43. Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. 1. The Stationery Office, 1998.
  44. Petticrew M, McIntyre S. What do we know about the effectiveness and cost-effectiveness of measures to reduce inequalities in health? October 2000. Available at: <http://www.ukhen.org.uk>.
  45. Ogilvie D, Petticrew M. Reducing social inequalities in smoking: Can evidence inform policy? *Tobacco Control* 2004 [In press]
  46. Coburn D, Denny K, Mykhalovskiy E, McDonough P, Robertson A, Love R. Population health in Canada: A brief critique. *Am J Public Health* 2003;93(3):392-96.
  47. Heymann SJ. Health and social Policy. In: Berkman LF, Kawachi I (Eds.), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000;368-82.

## ÉDITORIAL

## De la description à l'action

Les défis de la recherche sur les inégalités socio-économiques en matière de santé

Peter Tugwell<sup>1</sup>

Betsy Kristjansson<sup>1,2</sup>

Comme l'a souligné le rapport Romanow, le Canada est résolu à atteindre l'équité en matière de résultats sanitaires.<sup>1</sup> Nous sommes malheureusement très loin de cet objectif. Comme dans la plupart des autres pays, la santé au Canada est inégalement (et dans une certaine mesure injustement) répartie en fonction de la position socio-économique. La santé et la longévité atteignent des sommets chez les bien nantis et les puissants, mais diminuent progressivement avec le revenu.<sup>2-5</sup> Ces gradients sociaux de la santé, prépondérants et persistants,<sup>6</sup> se voient dans la plupart des maladies, des blessures et des comportements liés à la santé.<sup>7</sup> L'expression « iniquités de la santé » désigne les inéga-

lités injustes et évitables.<sup>8-10</sup> Elles sont associées à une souffrance humaine inutile et ont des répercussions considérables sur l'économie, l'ordre social et la justice.<sup>4,11</sup> Il est temps d'agir, et déjà, les gradients sociaux de la santé commencent à attirer l'attention qu'ils méritent de la part des décideurs.

Dans ce numéro de la RCSP, Finkelstein démontre que ceux qui étudient les inégalités sur le plan de la santé sont confrontés à d'importants défis.<sup>12</sup> Nous décrivons brièvement ici certains des défis associés à la mesure de ces inégalités, nous les situons dans le contexte des pistes de recherche actuelles et nous traiterons de la nécessité de disposer de mesures plus exactes.

L'article de Finkelstein met en lumière les questions de définition et de mesure des inégalités et des iniquités sur le plan de la santé. L'exactitude et la cohérence de ces définitions et mesures sont cruciales, car elles ont un effet sur les résultats obtenus, sur leur interprétation et sur nos interventions en bout de ligne. Les inégalités se

1. Centre de recherche sur la santé mondiale, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

2. École de psychologie, Université d'Ottawa

Correspondance : Docteur Peter Tugwell, Centre de recherche sur la santé mondiale, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario) K1N 6N5

mesurent objectivement, mais les iniquités nécessitent des jugements normatifs sur ce qui est « injuste » dans la répartition de la santé et des ressources nécessaires à la santé.<sup>8,13</sup> Nous avons tout intérêt à cerner et à résoudre les iniquités, mais ceci exige au préalable la capacité de mesurer les inégalités. Celles-ci se calculent à partir de trois éléments : une première mesure pour l'état de santé, une deuxième pour la position sociale, et une méthode statistique qui résume l'ampleur des différences entre les personnes de diverses couches sociales en matière de santé.<sup>14</sup>

Il est difficile de mesurer la position sociale. Le plus souvent, on utilise les indicateurs de la position socio-économique (p. ex., le revenu, l'instruction ou la classe socio-professionnelle), mais d'autres indicateurs de stratification sociale peuvent être pertinents dans certains contextes.<sup>13</sup> La *Global Equity Gauge Alliance* (GEGA) a adopté l'acronyme PROGRESS<sup>15</sup>; il désigne les indicateurs pertinents, en l'occurrence le lieu de résidence (*Place*), la race ou l'appartenance ethnique (*Race*), la profession (*Occupation*), le sexe (*Gender*), la religion (*Religion*), l'instruction (*Education*), le statut socio-économique –revenu ou mesures composites (*Socio-economic status*) et l'équipement social (*Social capital*).<sup>16</sup> À notre avis, la mesure des inégalités sur le plan de la santé devrait toujours reposer sur des indicateurs de la position socio-économique (PSE); et au Canada, le milieu de vie (rural ou urbain) et l'appartenance ethnique sont aussi extrêmement pertinents. Il est particulièrement important de tenir compte des rapports mutuels entre la position socio-économique et les autres indicateurs de stratification sociale, comme le sexe ou l'appartenance ethnique.<sup>13</sup> Par exemple, dans l'étude du comté d'Alameda [Saskatchewan], la forme des gradients socio-économiques de morbidité différait considérablement entre les hommes et les femmes. Pour les deux sexes, l'état de santé était inversement proportionnel au revenu, mais cette relation était en générale linéaire chez les femmes et non linéaire chez les hommes; les hommes à faible revenu présentaient des taux de morbidité démesurément élevés.<sup>17</sup>

L'article de Finkelstein souligne la difficulté que rencontrent parfois les chercheurs à trouver des données valides sur la posi-

tion socio-économique. Statistique Canada inclut systématiquement des mesures de la PSE individuelle (y compris celle des ménages) dans ses enquêtes nationales sur la santé, mais beaucoup de bases de données administratives n'ont pas cette information. De plus, certains organismes publics qui font des enquêtes ou des études d'évaluation hésitent à demander des renseignements sur la PSE par considération pour la vie privée des répondants. De nombreux chercheurs doivent donc se rabattre sur des mesures du revenu du quartier ou du statut socio-économique (SSE) pour évaluer approximativement les mesures individuelles. Cette solution n'est pas toujours idéale. En Ontario, Finkelstein a constaté que les quartiers étaient très hétérogènes sur le plan du revenu des ménages, et que par conséquent l'utilisation du revenu médian des secteurs de dénombrement pour évaluer le revenu des ménages entraînait de nombreuses erreurs de classement. Finkelstein a été plus loin en démontrant que la relation entre le revenu et la santé était affaiblie de façon significative lorsqu'on utilisait le revenu médian par secteur de dénombrement au lieu du revenu des particuliers; de fait, dans certaines analyses, l'écart entre les quintiles de revenu le plus et le moins élevés était réduit de moitié. Les résultats d'autres études canadiennes sont mitigés. À Montréal, l'utilisation de mesures médianes par secteur de dénombrement et du SSE par secteur de recensement a entraîné d'importantes erreurs de classement dans le SSE des ménages.<sup>18</sup> En Alberta, l'utilisation du revenu médian par région de tri d'acheminement a également donné lieu à de nombreuses erreurs de classement, particulièrement hors des régions métropolitaines.<sup>19</sup> Toutefois, dans une étude portant sur les régions urbaines et rurales du Manitoba, malgré une certaine atténuation, les écarts n'étaient pas significatifs dans l'ensemble.<sup>20</sup>

Ces résultats présentent un dilemme pour les chercheurs qui étudient les inégalités sur le plan de la santé, tout comme pour les décideurs qui doivent interpréter leurs résultats. De toute évidence, il faudrait mener dans tout le Canada davantage d'études sur la concordance entre le revenu médian par ménage et par secteur de dénombrement. Entre-temps, il faudrait autant que possible utiliser des mesures du

revenu des particuliers, en raison des erreurs de classement et des sous-estimations que peuvent présenter les mesures régionales.

C'est pourquoi nous devrions préconiser l'inclusion de mesures individuelles de la PSE dans les bases de données administratives, ainsi que dans les enquêtes régionales et locales sur la santé et les essais sur le terrain. Il faudrait exercer une planification soignée et un contrôle étroit pour que l'information en question soit recueillie selon une méthode fiable et valide, mais le savoir ainsi acquis compenserait largement les coûts. Dans l'intérim, le couplage des données des enquêtes sur la santé avec les données administratives est un moyen utile de rattacher l'information socio-économique individuelle aux bases de données administratives. À condition d'obtenir le consentement éclairé des sujets, la base de données sur le revenu pourrait être une autre bonne source de renseignements sur le revenu à des fins de couplage avec les dossiers de Statistique Canada.<sup>21</sup>

Une information exacte et cohérente sur les gradients de la santé est indispensable à notre compréhension des mécanismes causaux, à nos recherches sur les interventions et à notre passage éventuel de la connaissance à l'action politique et sociale.

Les causes du gradient socio-économique de la santé sont complexes et profondément ancrées, et elles mettent en cause l'interaction entre des déterminants en aval (individuels) et en amont (sociétaux)<sup>4,22-25</sup> qui peuvent toucher les gens de diverses façons au cours de leur vie.<sup>26</sup> Nous commençons tout juste à élaborer des théories sur ces mécanismes, et il en émerge un certain nombre de défis intéressants. Il faudrait notamment effectuer des analyses notionnelles et élaborer des mesures à l'égard des éventuels déterminants et des inégalités « en amont » sur le plan de la santé, dont l'équipement social, la qualité des espaces verts, la sécurité communautaire et les politiques publiques favorisant la santé. Plusieurs groupes canadiens<sup>27-38</sup> s'intéressent activement à ces questions. Comme le suggèrent d'autres auteurs,<sup>27,39</sup> il serait très utile de les réunir. On pourrait ainsi concevoir un processus itératif pour cerner les aspects pertinents sur le plan théorique, monter des équipes pour étudier la documentation sur les différentes notions et mesures, présenter

l'information recueillie dans le cadre d'une conférence et s'entendre sur des mesures et des méthodes de mise à l'essai de nouveaux indicateurs dans le cadre de projets pilotes. Certains groupes de recherche pourraient ensuite tester les nouvelles mesures, dont on examinerait les résultats lors de conférences ultérieures tout en formulant des recommandations sur de nouveaux aspects à mesurer.

Les interventions mériteraient aussi que l'on s'y intéresse davantage. Le temps est venu de définir et d'évaluer des mesures pour « composer efficacement avec les inégalités que nous avons découvertes ».<sup>40</sup> La réduction des inégalités sur le plan de la santé doit faire l'objet d'une étude attentive pour que les personnes défavorisées retirent le maximum d'avantages des sommes investies.<sup>41</sup> Nos actions doivent donc reposer sur des recherches objectives et sur des interventions éprouvées. Ces données probantes sont très difficiles à trouver,<sup>42,43</sup> mais le nombre d'études sur les interventions visant à améliorer la santé des personnes défavorisées ne cesse d'augmenter.<sup>42,44</sup> Des études méthodiques, « de plus en plus considérées comme les sources d'information les plus fiables sur l'efficacité des interventions en santé publique »,<sup>45</sup> sont nécessaires pour tirer cette information au clair. Jusqu'à présent, on a cependant mené peu d'études méthodiques spécifiquement axées sur l'équité. L'un des groupes, qui comprend les auteurs, a répondu à l'appel de Mackenbach<sup>42</sup> et met en œuvre de telles études au sein des cen-

tres de collaboration Cochrane et Campbell. Ce groupe est confronté à plusieurs défis, dont celui de définir ce qui constitue une réduction efficace des inégalités sur le plan de la santé, la difficulté de trouver des études primaires pertinentes par la recherche documentaire, le manque de données sur la position socio-économique dans ces études primaires et la difficulté de synthétiser les résultats d'interventions complexes et hétérogènes. Il faut espérer qu'en partageant notre expérience, nous pourrions nous entraider à relever ces défis et faciliter l'exécution d'études méthodiques dans ce domaine.

Pour passer des connaissances à l'action, lorsque nous aurons déterminé les interventions les plus efficaces, il restera à les exécuter à grande échelle. La phase de mise en œuvre, très coûteuse, mérite une évaluation aussi rigoureuse que celle de l'efficacité des interventions proprement dites. La mise en œuvre de programmes de réduction des inégalités est un processus complexe qui exige à la fois une intervention « ascendante », partant de la collectivité et des citoyens concernés, et un engagement « descendant » de la part des décideurs et des gestionnaires de services. On trouve des modèles d'intégration de ces éléments dans les projets d'« indicateurs d'équité » testés à l'heure actuelle dans des pays à revenu intermédiaire ou relativement faible;<sup>16</sup> il serait facile de transposer ces modèles au Canada. Les travaux à l'échelon communautaire sont particulièrement importants, car les collectivités ont le pou-

voir de déterminer leurs priorités sociales et sanitaires et de modifier le milieu où les gens vivent, travaillent et se distraient.

Les politiques gouvernementales ont un effet évident sur les inégalités en matière de santé dans une population donnée. Toutefois, en préconisant des changements politiques et sociaux, nous pourrions nous heurter à des visées politiques et commerciales contradictoires. La scène politique est en grande partie tributaire des forces du marché;<sup>46</sup> ces forces jouent en faveur des entreprises plutôt que des citoyens, des riches plutôt que des pauvres, créent des inégalités économiques et sociales et font passer l'individualisme devant le bien collectif. Dans un tel climat, il n'est pas suffisant pour les chercheurs de publier leurs travaux et de s'attendre à ce qu'ils soient utilisés.<sup>47</sup> Nous devons maintenant essayer d'orienter la promotion de politiques pro-équité en informant les intervenants, en mobilisant les collectivités, en modelant le discours public et en influençant les décideurs par une action sociale raisonnée.<sup>16</sup>

Pour plaider de façon convaincante la cause du redressement des inégalités en santé, nous devons nous assurer d'employer des mesures rationnelles. Les chercheurs qui s'intéressent à la question des inégalités sur le plan de la santé (dont nous sommes) doivent aborder ce problème, ainsi que d'autres défis, s'ils veulent influencer l'élaboration des politiques et des programmes.