

Inégalités sociales de santé

Un partenariat de recherche et de formation

Louise Potvin, PhD^{1,2}

Richard Lessard, MD, MPH^{1,3}

Pierre Fournier, MD, MSc^{1,2}

RÉSUMÉ

La Chaire sur les inégalités de santé de l'Université de Montréal est l'une des 12 Chaires de recherche et de formation créées par la FCRSS. Issue d'un partenariat entre l'Université de Montréal, et la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-centre, l'objectif de la Chaire est de développer un programme de recherche qui documentera et évaluera le rôle des interventions axées sur le développement social dans les quartiers urbains, pour mieux comprendre les inégalités sociales de santé en vue de les réduire. Cette infrastructure sera au service d'un programme de formation post doctorale et d'un programme de doctorat professionnel en santé publique. Les principaux preneurs de décisions visés par le programme de diffusion des connaissances de la Chaire sont les Directeurs des organisations de santé publique.

Le contexte et les partenaires

La mission de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) est d'accroître la capacité des chercheurs canadiens de mener des recherches dont les résultats alimentent les décisions des acteurs stratégiques du système de santé.¹ Un des programmes prioritaires de la FCRSS est celui des Chaires de recherche et de formation dans lequel une douzaine de chercheurs canadiens en collaboration avec un acteur stratégique du système de santé, animent des programmes de recherche alimentant les décisions du partenaire et fournissent un milieu de formation.² Cet article présente brièvement la Chaire sur les inégalités de santé de l'Université de Montréal, la seule qui ait été créée en partenariat avec une organisation responsable de services de santé publique.

La Chaire « Approches communautaires et inégalités de santé » de l'Université de Montréal résulte d'une collaboration entre l'Université de Montréal et la Direction de la santé publique de la Régie régionale des services de santé Montréal-centre (DSP Montréal-centre). La titulaire de la Chaire, Louise Potvin, a développé plusieurs projets d'évaluation de programmes communautaires de prévention et de promotion de la santé. Un des thèmes importants de ses travaux porte sur la nécessité de lier les résultats des programmes de santé avec les processus par lesquels ceux-ci interagissent avec les citoyens et les caractéristiques des milieux dans lesquels ils sont planifiés et implantés. Cette conception amène à examiner les phénomènes de santé et les programmes de santé publique en interaction avec leur contexte.³ Un tel accent sur les aspects contextuels de la santé, autant du point de vue des environnements physiques que sociaux, rejoint un ensemble de travaux sur les inégalités de santé qui situent une partie des déterminants qui façonnent la santé dans l'interaction entre les individus, les familles et leur milieu de vie.⁴

Deux instances de l'Université de Montréal participent à la Chaire : le Département de médecine sociale et préventive (DMSP) et le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). Le DMSP a été créé en 1970, suite à l'intégration de l'École d'hygiène publique à la Faculté de médecine. Une de ses premières missions a consisté à former

The translation of the Abstract appears at the end of the article.

1. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal, Québec
2. GRIS - Université de Montréal, Montréal
3. Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montréal-centre, Montréal

Correspondance et tirés à part : Louise Potvin, GRIS - Université de Montréal, C.P. 6128 Succ. Centre-ville, Montréal, QC H3C 3J7, Tél. : 514-343-6142, Téléc. : 514-343-2207

Remerciements : L. Potvin est titulaire d'une Chaire de recherche et de formation de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé et d'une bourse de carrière "Scientifique" du Conseil de recherche médicale du Canada (MRC H3-17299-AP007270). Une partie du travail pour cet article a été réalisée lors d'un séjour au Centre for International Health, Curtin University of Technology, Perth, WA

des professionnels de santé publique pour travailler au sein des nouvelles structures issues de la réforme des services de santé. Cette réforme qui s'est implantée au Québec au début des années 1970, a remplacé les traditionnelles unités sanitaires de comtés par des Départements de santé communautaire et des Centres locaux de services communautaires, relevant du Ministère de la santé et des services sociaux.⁵ Afin de former des professionnels pouvant contribuer à l'ensemble des mandats qui définissent la nouvelle santé publique, le DMSP a créé des programmes de second cycle et une banque de cours qui couvrent largement l'ensemble du spectre des interventions de santé publique et enseignent les compétences nécessaires pour leur planification, implantation et évaluation. Enfin, avec deux autres départements, le DMSP anime et administre depuis sa création à la fin des années 1970, un Doctorat en santé publique de type recherche. Ce doctorat multidisciplinaire accueille des candidats provenant des sciences de la santé, des sciences sociales et des sciences administratives et leur propose une formation adaptée pour la recherche en santé publique. La Chaire permet au DMSP de promouvoir les déterminants sociaux de la santé et la recherche portant sur les programmes en prévention et en promotion de la santé, comme des axes de développement.

Le GRIS est l'un des plus importants groupes de recherche sur les services de santé au Canada. Regroupant une trentaine de chercheurs provenant d'une diversité de disciplines, le GRIS a développé une infrastructure permettant le maintien d'un programme de formation de chercheurs dans le domaine de la santé publique. La recherche sur les services de santé, l'organisation du système de soins et l'évaluation des interventions, de même que la recherche sur les déterminants de la santé des populations et sur les interventions de prévention et de promotion de la santé constituent les principaux axes d'activité des chercheurs.

Le troisième partenaire de la Chaire est la Direction de la santé publique (DSP) de la Régie régionale de Montréal-centre, organisme responsable de la santé publique pour l'Île de Montréal. Le territoire de la Régie régionale de Montréal-centre comprend l'Île de Montréal et compte une

population de 1,8 million d'habitants. La DSP Montréal-centre est une des plus importantes au Québec et compte 200 professionnels de santé publique. Une des priorités de la DSP Montréal-centre est la réduction des inégalités de santé, dont une équipe se consacre à soutenir le développement social dans les quartiers.

Le problème des inégalités de santé

Depuis la publication du « Black Report » au début des années 1980,⁶ de nombreuses études utilisant une variété d'indicateurs de santé et de statut socio-économique ont montré une relation entre la santé et la position dans l'échelle sociale, réactualisant ainsi un des thèmes fondateurs de la santé publique. L'expression « inégalités sociales de santé » fait référence à l'association entre la position dans la hiérarchie sociale et les variations de l'état de santé, phénomène qu'on appelle « gradient de la santé ». Ceux qui sont au sommet de la hiérarchie sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui se trouvent dans la strate inférieure, ces derniers étant eux-mêmes en meilleure santé que ceux qui les suivent et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis.⁷ Parmi les explications de ce phénomène, celle stipulant que l'expérience de la pauvreté ou d'un statut social moins élevé aurait des effets néfastes pour la santé, est généralement acceptée.⁸ Cette explication remet en cause certaines pratiques actuelles de santé publique. Elle interpelle les valeurs de justice sociale et d'équité au cœur du mandat de santé publique.^{9,10} Certains refusent de confier cette responsabilité à la santé publique, rappelant la nécessité de distinguer le social du sanitaire : « ce n'est pas du recours de l'épidémiologie et de la santé publique que d'éradiquer la pauvreté ».¹¹ D'autres, tels Syme,^{12,13} estiment que les inégalités sociales de santé doivent constituer une priorité d'action pour la santé publique. Les tentatives de solutions sont encore rares et peu développées^{14,15} mais surtout elles sont généralement déconnectées des milieux de pratique, alimentées principalement par des études partielles, rarement informées par une théorisation cohérente du lien entre le social et la santé, par des théories sur la justice sociale ou par des expérimentations de pratique réalisées dans des milieux de santé publique.

À Montréal, les inégalités de santé entre les groupes plus défavorisés et les groupes

plus aisés existent et sont bien documentées. Ces inégalités varient selon les territoires des Centres locaux de services communautaires (CLSC). Bien que ces territoires soient peu homogènes, on observe jusqu'à 11 ans d'écart dans l'espérance de vie entre certains territoires de CLSC de la région de Montréal.¹⁶ La DSP a fait de la question des inégalités sociales de santé, une de ses priorités d'action. L'argument justifiant le choix de cette priorité est que vu la longévité atteinte par les mieux nantis, les gains de santé les plus probables en matière de population générale passent par la réduction des inégalités entre les divers groupes sociaux.¹⁷ La DSP est aussi un milieu dont le leadership en matière d'innovation et d'expérimentation est reconnu dans les milieux canadiens de santé publique et pour qui l'établissement de collaborations avec des chercheurs universitaires est un mode opératoire éprouvé. La question des inégalités de santé qui exige une approche transcendant les champs disciplinaires, constitue ainsi un espace privilégié pour le renforcement de partenariats existants entre la recherche et la pratique de la santé publique.

L'objectif général et les volets du programme

Pour alimenter la réflexion des dirigeants des organisations de santé publique et pour augmenter la capacité de mettre en œuvre et évaluer des interventions basées sur les approches de développement de quartier, la Chaire « Approches communautaires et les inégalités de santé » profite de l'expérience de la DSP de Montréal-centre dans le soutien aux interventions communautaires de réduction des inégalités de santé, pour formaliser et animer un programme de recherche. L'objectif de la Chaire est de produire des données qui permettront de dégager et/ou peaufiner des méthodologies générales capables de réduire les inégalités de santé en milieu urbain. Ces données résulteront de recherches portant sur les relations entre les caractéristiques des milieux de vie et la santé et d'études sur l'évaluation d'interventions visant à réduire les inégalités de santé.

Le programme de la Chaire comprend trois volets. Un premier volet de recherche sur le rôle de la santé publique pour réduire les inégalités de santé dans un contexte urbain développera une infrastructure et

générera des connaissances alimentant les deux autres volets. Le programme de recherche de la Chaire repose sur l'hypothèse que l'appartenance à une catégorie sociale est associée à des modes de relations, d'accès aux ressources et de distribution du pouvoir qui façonnent la santé.^{18,19} Observant aussi que certains phénomènes de santé varient selon les découpages des milieux de vie²⁰ tels les quartiers, il est suggéré que les caractéristiques des environnements immédiats des personnes s'incarnent dans des facteurs de risque et des vulnérabilités aux maladies. L'agrégation géographique des phénomènes de santé est donc attribuable à la fois au fait que des individus semblables occupent un espace commun (effet de composition) et au fait qu'ils partagent les mêmes ressources et interagissent ensemble (effet de contexte).²¹ Une façon d'intervenir sur les inégalités de santé consiste donc à modifier les rapports entre les individus et leur environnement immédiat par la conjugaison de deux modes d'intervention : la modification de l'agencement et de la disponibilité des ressources locales et l'augmentation des capacités individuelles et collectives de mobiliser ces ressources. La première stratégie place la communauté comme cible privilégiée d'intervention, alors que la seconde implique que ces interventions mettent en œuvre des processus favorisant « l'empowerment » des individus et des collectivités. Les approches de développement de quartier sont donc mises en place en partenariat avec les organismes locaux et mettent en œuvre un éventail d'interventions reposant sur des principes « d'empowerment », de mobilisation et de participation pour optimiser l'agencement des ressources économiques et sociales pertinentes pour la santé.²² Une telle approche met en perspective le constat que pour contribuer au redressement des inégalités sociales de santé, la santé publique doit s'ouvrir aux sciences sociales et humaines dans une perspective transdisciplinaire, proposant non pas une synthèse des divers points de vue mais plutôt une mosaïque à facettes multiples des conceptualisations du problème.

Le second volet en est un de formation de chercheurs et de professionnels de la santé publique. Conjointement, ces deux programmes contribueront à créer une masse critique de chercheurs et d'intervenants sensibles à la nécessité des rap-

prochements entre d'une part les diverses disciplines contributives à la santé publique et d'autre part, l'intervention de santé publique et la recherche. La formation de chercheurs repose principalement sur un programme de formation post doctorale dont l'intention est d'attirer dans le domaine de la santé publique des chercheurs nouvellement diplômés dans les disciplines des sciences sociales et humaines. Ces chercheurs contribueront à faire avancer la recherche théorique et empirique sur les déterminants sociaux de la santé. Le programme de développement professionnel verra une participation active de la Chaire à la création d'un Doctorat professionnel, en lien avec le programme de Doctorat en santé publique de l'Université de Montréal. Ce programme répond à un besoin souvent exprimé par les professionnels de la santé publique d'améliorer leurs qualifications professionnelles en augmentant leur capacité d'intégrer dans leur pratique les connaissances et perspectives critiques émanant de la recherche scientifique.

Le troisième volet en est un de diffusion des connaissances générées par le programme de recherche auprès des responsables de la santé publique à tous les paliers de gouvernement. Quoique l'agenda de santé de la population basé sur les déterminants sociaux ait été largement adopté au Canada, les organisations locales et régionales n'ont pas toujours les capacités requises pour analyser leur propre situation sanitaire en fonction de l'ensemble des déterminants de la santé, plus particulièrement ceux relevant de l'organisation sociale. De plus, comme les données scientifiques concernant le rôle de la santé publique et des politiques relevant de la santé pour réduire le problème des inégalités sociales de santé font cruellement défaut, les décideurs de la santé publique sont souvent démunis pour agir efficacement et légitimement sur les déterminants sociaux de la santé. La Chaire et ses partenaires animeront et alimenteront avec des données de recherche un débat à ce sujet, tout d'abord à l'échelle du Québec et ensuite à l'échelle canadienne.

CONCLUSION

La question des inégalités sociales en matière de santé touche au cœur de la

santé publique car celle-ci représente non seulement une façon légitime pour l'État de réguler la vie des citoyens,²³ mais aussi un mécanisme important de redistribution de la richesse collective. Il apparaît que de larges segments de la population ne bénéficient pas au maximum des effets des interventions de santé publique, et ce, sur la base de leur appartenance à des catégories sociales. Identifier comme prioritaire le problème des inégalités sociales de santé et déterminer de les réduire exige la reconnaissance que les domaines sociaux et sanitaires sont intimement liés et qu'une intégration des disciplines des sciences sociales et des sciences de la santé est nécessaire pour le redressement de ces inégalités. Profitant du modèle innovateur de financement de la recherche proposé par la FCRSS, les partenaires de la Chaire de l'Université de Montréal sur les approches communautaires et les inégalités de santé proposent un espace de réflexion critique et d'expérimentation pour une réforme des pratiques de santé publique qui placera l'intervention concernant les inégalités sociales de santé au premier plan et l'intégration transdisciplinaire des connaissances comme moyen privilégié.

RÉFÉRENCES

1. Lomas J. Using "linkage and exchange" to move research into policy at a Canadian foundation. *Health Affairs* 2000;19(3):236-40.
2. Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. Chaires de la FCRSS/ICRS. *Quid Novi* 2000;3(3):insertion.
3. Potvin L, Haddad S, Fröhlich KL. Beyond process and outcome evaluation: A comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. Dans : Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al. *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives*. Copenhague: WHO Regional Publications. European Series; No 92. 2001;45-62.
4. Macintyre S, Ellaway A. Ecological approaches: Rediscovering the role of the physical and social environment. Dans : Berkman L, Kawachi I, *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000;332-48.
5. Desrosiers G. Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique : 1945-1992. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1996;3(1):18-28.
6. Townsend P, Davidson N. *The Black Report*. London, UK : Pelican Books, 1982.
7. Wilkinson RG. *Unhealthy Society. The Afflictions of Inequality*. London, UK: Routledge, 1996.
8. Macintyre S. The Black Report and beyond. What are the issues? *Soc Sci Med* 1997;44:723-45.
9. Mooney G. The values of public health: Hopefully not a final word... *Aust N Z J Public Health* 2000;24(2):116.
10. Mooney G. The need to build community autonomy in public health. *Aust N Z J Public Health* 2000;24(2):111-12.

11. Rothman KJ, Adami H-O, Trichopoulos D. Should the mission of epidemiology include the eradication of poverty? *Lancet* 1998;352:810-13.
12. Syme SL. Social and economic disparities in health: Thoughts about intervention. *The Milbank Quarterly* 1998;76:493-505.
13. Syme SL. Understanding the relationship between socioeconomic status and health: New research initiatives. Dans : Auerbach JA, Krimgold BK, *Income, Socioeconomic Status and Health: Exploring the Relationships*. Washington, DC: National Policy Association, 2001;12-15.
14. Smedley BD, Syme SL. *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
15. Auerbach JA, Krimgold BK. *Income, Socioeconomic Status, and Health: Exploring the Relationships*. Washington, DC : National Policy Association, 2001.
16. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population : Les inégalités sociales de la santé*. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, 1998.
17. House JS, Williams DR. Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health. Dans: Smedley BD, Syme LS, *Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington, DC: National Academy Press, 2000;81-124.
18. Potvin L, Frohlich KL. L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé entre les hommes et les femmes. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1998;5:142-52.
19. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav* 1995(extra issue);80-94.
20. Blaxter M. *Health and Lifestyles*. London, UK: Routledge, 1990.
21. Shouls S, Congdon P, Curtis S. Modelling inequality in reported long term illness in the UK: Combining individual and area characteristics. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:366-76.
22. Fassin D. *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris : La découverte, 1998.
23. Fassin D. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1996.

Reçu : 19 juin 2001
 Accepté : 21 novembre 2001

ABSTRACT

The Chair on Health Inequality is one of the 12 Chairs created by the CHSRF. Resulting from a partnership between l'Université de Montréal, together with the Direction de la santé publique of the Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-centre, the Chair will create a research program that will document and assess the role of public health programs based on social development in urban districts, in reducing social health inequality. This research infrastructure will support two training programs: 1) a post-doctoral training program that will introduce newly minted social science PhDs to collaborative research in public health; and 2) a professional doctorate program for public health professionals. The decision-makers and policy-makers targeted by the Chair's knowledge diffusion program are Directors of public health organizations.

strength

The quality of being strong.

Not something made in a gym.

What a wish gives a child who is sick.

If you know a child with a life-threatening illness, call toll free 1-877-669-5777 or visit www.makeawish.ca.

Wish kid Teddy, age 8

MAKE A WISH