



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

Fédération Wallonie-Bruxelles

Santé *pour tous*

Mars 2012 - N° 8



Les inégalités sociales *de santé*

Sommaire

- Edito p. 2
- Que pensez-vous de cette revue ? p. 3
- Les programmes de dépistage du cancer dans la Fédération Wallonie-Bruxelles : freins et moteurs à la participation p. 6
- Les inégalités sociales de santé :
 - Fondements et concepts p. 11
 - Les recommandations du Conseil supérieur de promotion de la santé concernant les inégalités de santé p. 15
- Un outil à votre disposition : nos nouvelles fiches sur les maladies transmissibles p. 19
- La politique de santé : quoi de neuf ? p. 20

Edito

Notre publication a changé de nom ! Le changement d'appellation de notre institution a été l'occasion de renommer « Santé en Communauté française » en « Fédération Wallonie-Bruxelles - Santé pour tous ».

Nous avons saisi également cette opportunité pour introduire quelques nouveautés graphiques... qui se retrouveront sur notre nouveau site internet dans le courant de cette année 2012 !

D'autres petits changements seront introduits prochainement suite aux résultats de l'enquête à laquelle vous avez été nombreux à participer. Nous tenterons d'améliorer notre publication sur base de vos propositions.

« Santé pour tous » démarre son existence opportunément en présentant un dossier sur les inégalités sociales de santé. La première partie de ce dossier consacrée aux fondements, aux concepts ainsi qu'aux recommandations proposées par le Conseil supérieur de promotion de la santé vous est présentée dans ce numéro. La deuxième partie consacrée à la présentation des projets mis en œuvre pour tenter de réduire ces inégalités sera développée dans notre prochain numéro.

Enfin, vous trouverez également, en lien avec les deux précédents « Santé en Communauté française », un article présentant les résultats d'une recherche visant à déterminer les freins et les incitants à la participation au programme de dépistage des cancers organisés. Ces résultats permettront d'orienter les futures campagnes de communication sur la promotion du dépistage.

Je vous remercie pour votre intérêt et vous souhaite une excellente lecture!

*Dr Serge CARABIN
Directeur général de la Santé*

Que pensez-vous de cette revue ?

Vous avez été un peu plus de 400 à répondre à notre questionnaire. Nous vous remercions d'avoir pris de votre temps pour nous communiquer ce que vous pensiez de notre publication.

Notre précédent numéro était accompagné d'un questionnaire vous demandant de répondre à une dizaine d'items dans l'objectif de récolter vos appréciations sur cette publication. 414 de ces questionnaires nous ont été renvoyés sur un total de 7929 envois. Ce taux de réponse, d'un peu plus de 5%, correspond au taux habituel pour ce type d'enquête.

Voici les résultats en quelques lignes:

Une publication lue et appréciée

Quel que soit le secteur professionnel auquel ils appartiennent, très peu de répondants se débarrassent de la publication sans la lire (4,5%).

A la question, « comment jugez-vous les articles publiés ? », la réponse « positivement » s'impose dans une large mesure en ce qui concerne les critères « pertinence », « clarté » et « mise en page ».

Les items « longueur » et « originalité » ont pour leur part un classement un peu moins bon (la réponse « moyennement » étant la plus nombreuse).

La somme des réponses « négativement » et « très négativement » varie entre 7 et 15% pour chacune de ces 5 caractéristiques.

On peut donc en conclure que la publication est plutôt appréciée, même si des efforts sont à faire au niveau de la longueur des articles et de l'originalité des sujets traités.

Les rubriques les plus appréciées sont par ordre de préférence :

- Description de programmes de promotion de la santé ou de médecine préventive ;
- Quoi de neuf ?
- Description de projets et d'initiatives ;
- Un outil à votre disposition ;
- Edito, orientations prises par la FWB (Fédération Wallonie-Bruxelles).

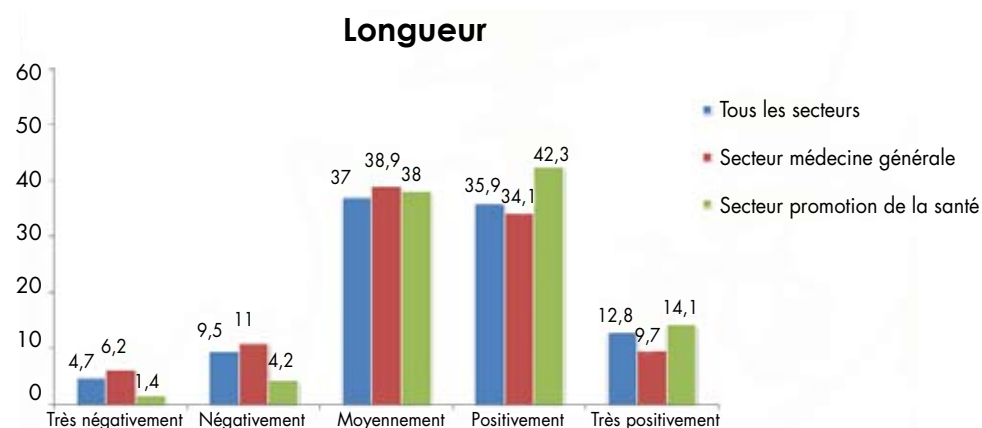
Une suggestion d'amélioration souvent proposée

La suggestion la plus fréquente parmi celles proposées par les répondants consiste à accompagner chaque article d'un petit résumé, ou de quelques mots clés, pour en cerner plus rapidement le contenu.

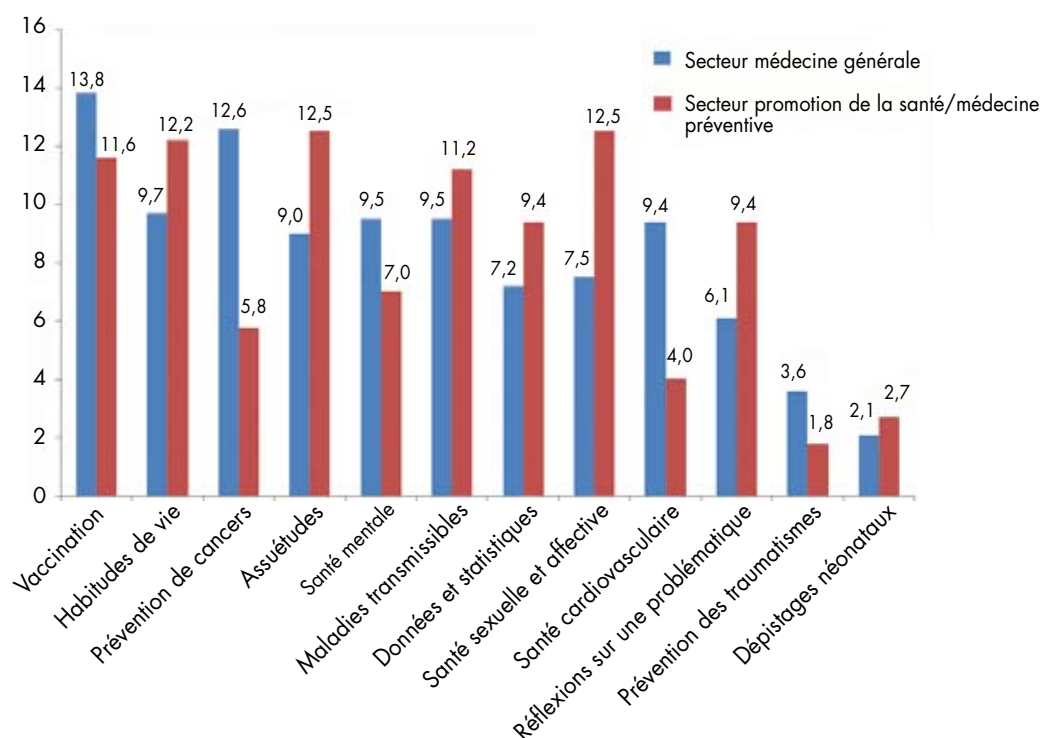
Deux catégories de lecteur avec des attentes différentes

Notre publication est envoyée à +/- 6500 médecins généralistes et à +/- 1450 professionnels du secteur de la promotion de la santé, de l'éducation permanente et du secteur « public » dont les missions sont en lien avec la thématique « santé ». Les résultats laissent apparaître que ces deux catégories de public ont chacune des attentes différentes.

En ce qui concerne la longueur des articles par exemple, ce sont surtout les médecins qui l'apprécient de « très négativement » à « moyennement », tandis que le secteur de la promotion de la santé évalue plutôt cette longueur « positivement » à « très positivement ».



En ce qui concerne les sujets qui intéressent le plus les répondants : la vaccination, la prévention des cancers, les habitudes de vie, la santé mentale, les maladies transmissibles apparaissent comme les 5 premiers choix chez les médecins généralistes, tandis que les assuétudes, la santé sexuelle et affective, les habitudes de vie, la vaccination et les maladies transmissibles arrivent dans cet ordre de préférence pour les professionnels du secteur de la promotion de la santé et de la médecine préventive.



Le support électronique est encore loin derrière le support papier

Deux possibilités étaient offertes pour répondre à cette enquête : un questionnaire papier ou un questionnaire à remplir en ligne sur notre site internet. Vous êtes 97,8% à avoir répondu via le formulaire papier !

Dans le même ordre d'idée, vous êtes 77,4% à souhaiter recevoir la publication sous format papier.

Pas de changement de rythme

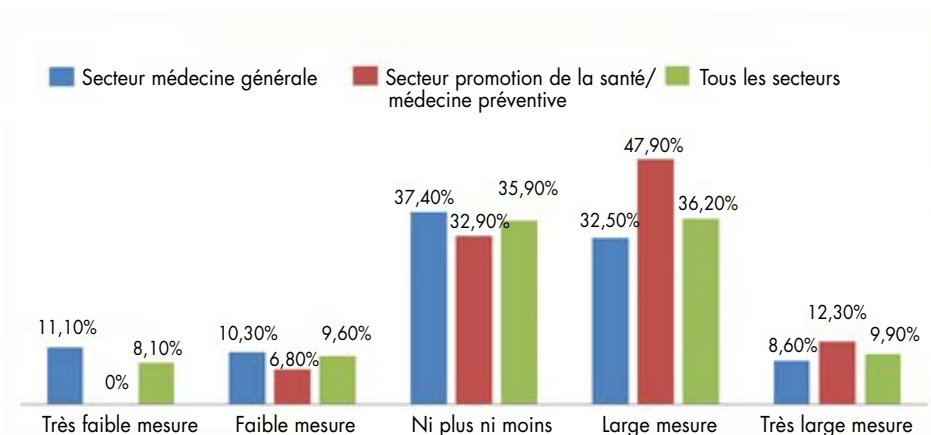
64,7% des répondants considèrent qu'un rythme de publication semestriel est souhaitable, tandis que 30,3% estiment qu'il serait plus adéquat d'augmenter le rythme de parution.

Améliorer la compréhension du champ de compétences et d'activités de la Fédération Wallonie-Bruxelles en matière de santé

Dans la mesure où un des objectifs de cette publication est d'améliorer la visibilité et la compréhension des compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles en matière de santé (en présentant différents projets, actions et programmes réalisés dans ce cadre), la réponse à la question : « la revue vous permet-elle de mieux cerner le champ de compétences et d'activités de la Communauté française en matière de santé » montre que cet objectif doit être poursuivi.

En effet, même si 36,20 % des répondants ont coché « dans une large mesure », 35,90% des répondants ont coché « ni plus, ni moins ».

Perception du champ des compétences en santé de la FWB



Nous continuerons donc à éditer notre publication « Santé en Communauté française », renommée « Santé pour tous », deux fois par an, sur support papier. Pour ceux qui le souhaitent, elle est également consultable sous format électronique sur notre site internet¹, dans la rubrique publication.

Nous resterons attentifs à rencontrer vos attentes en termes de longueur et de choix des sujets, que vous soyez médecin généraliste ou autre professionnel du secteur de la santé, notamment en combinant plusieurs thèmes par numéro. Nous souhaitons que ceux-ci puissent vous permettre d'appréhender au mieux tout ce que la Fédération Wallonie-Bruxelles peut mettre en place ou soutenir en matière de santé.

Nous vous remercions pour votre intérêt !

1. www.sante.cfwb.be

Les programmes de dépistage du cancer en Fédération Wallonie-Bruxelles : freins et incitants à la participation

« Améliorer la participation aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal mis en place en Communauté française » : Conclusions et recommandations-clés à l'issue de la recherche menée par RESO²

Au cours de l'année 2011, une recherche visant à suggérer des pistes en vue d'« améliorer les taux de participation aux dépistages organisés dans la Fédération Wallonie-Bruxelles » a été commanditée par le Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers (CCR). La réalisation de cette recherche a été confiée à l'équipe du RESO, Education pour la Santé, de l'Université Catholique de Louvain.

Cette recherche qualitative vise à aller plus loin que les études antérieures et à obtenir des données actualisées pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les objectifs poursuivis sont **la mise en évidence des freins et surtout des incitants à la participation au dépistage des cancers du sein et de l'intestin**, en général et aux dépistages organisés, en particulier (soit au Mammotest et au test Hemocult®). Il s'agissait également de **mettre en évidence des suggestions permettant d'améliorer la participation au dispositif organisé**.

Méthodologie

Deux types d'acteurs ont été consultés : les médecins généralistes et la population cible des programmes de dépistage (soit, pour le cancer colorectal, les personnes de 50 à 74 ans et, pour le cancer du sein, les femmes de 50 à 69 ans).

Trente médecins généralistes ont été rencontrés sur base de listes fournies par le CCR. Ces médecins sont prescripteurs d'au moins un dépistage organisé. Trois conditions de prescription peuvent être rencontrées : Mammotest et le test Hemocult®, Mammotest uniquement, le test Hemocult® uniquement. La sélection des participants à la recherche a été opérée par un tirage systématique d'un nom à intervalle régulier sur trois listes de noms correspondant aux trois conditions de prescription précitées.

Vingt-trois femmes et dix-sept hommes ont été rencontrés concernant le dépistage du cancer colorectal ; quarante-et-une femmes concernant le dépistage du cancer du sein. L'ensemble de ces personnes a été contacté sur la base d'un questionnaire distribué par les organisations actives auprès du public de cette tranche d'âge. Trois conditions de dépistage peuvent être distinguées : absence de dépistage, dépistage dit individuel, dépistage dit organisé.

Les chercheurs ont procédé à la fois par entretien semi-dirigé et par questionnaire auprès de chaque répondant. Les questionnaires visent à recueillir des informations plus sensibles qui, exprimées face à autrui risquent de se limiter à ce qui est socialement attendu. La durée des entretiens est de 20 minutes à plus d'1 heure ½. Les thèmes abordés sont les pratiques de dépistage ou de prescription, les incitants et freins à la participation au dépistage, les suggestions visant à augmenter la participation au dépistage organisé et le rôle du médecin généraliste en matière de prévention.

2. Rapport de recherche disponible sur : <http://www.uclouvain.be/166301.html>

Observations et recommandations-clés

Il est impossible de présenter l'ensemble des résultats et des recommandations dans le cadre de cet article. Seules seront proposées ici quelques observations et recommandations-clés. Le lecteur, désireux de prendre connaissance de l'ensemble de celles-ci trouvera, à la fin de l'article, un lien lui permettant de télécharger le rapport.

Au vu de la diversité des résultats, il n'existe pas de recette efficace pour tous. Il importe dès lors de diversifier, de multiplier les messages ainsi que les voies d'accès au test...

Lorsqu'il s'agit d'envisager un dépistage spécifique (du cancer du sein ou du cancer de l'intestin), il importe de réfléchir de manière totalement différente tant les spécificités structurelles pèsent sur les pratiques. En outre, des particularités existent et sont liées à la nature même des examens.

Le dépistage individuel du cancer du sein (i.e. le bilan sénologique) est souvent perçu comme plus attractif que le dépistage organisé (i.e. le Mammotest). Le bilan propose des examens complémentaires qui ne sont pas désagréables en regard de la mammographie et le résultat est obtenu directement dans le cadre rassurant d'un suivi personnalisé. La mammographie commune au dépistage individuel et organisé constitue la partie la plus désagréable de l'examen. A l'inverse, dans le cadre du dépistage du cancer colorectal, le dépistage organisé, en particulier le test Hemocult®, est jugé comme plus attractif que son « alternative » prescrite dans le dépistage individuel, la coloscopie.

Ci-après sont reprises les recommandations-clés et les observations sur lesquelles elles reposent. Les recommandations ont été formulées au départ de trois sources : les suggestions des répondants, un travail de l'équipe de recherche et la constitution d'un comité d'experts appelés à émettre des pistes d'action sur base des résultats de recherche.

Les recommandations suggèrent des actions complémentaires relatives à :

- l'organisation du dispositif ;
- l'information, la communication ou la formation concernant ce dispositif ;
- un approfondissement de certains points par des recherches.

Elles concernent respectivement :

- le dépistage organisé en général (DOG) ;
- le dépistage organisé du cancer du sein (DOS) ;
- le dépistage organisé du cancer colorectal (DOI).

Recommandations portant sur l'organisation du dispositif

- (DOG) Continuer à associer les médecins au dispositif de dépistage, vu leur impact en matière de recommandation sur le patient. **Observation:** la recommandation du médecin (généraliste ou spécialiste) constitue un des principaux moteurs chez le patient pour débiter les tests de dépistage. Ce conseil par le professionnel est associé à la fiabilité du test.

- (DOG) En parallèle, réfléchir à un accès direct au test (par exemple au retrait du test Hemocult® auprès d'un tiers médical). **Observation** : les coûts (visite chez le médecin, les transports et le temps) pour le dépistage organisé ne sont pas anodins. En outre, certains patients rapportent que leur généraliste ne leur parle pas de dépistage voire que leur médecin les décourage lorsqu'ils souhaitent s'inscrire dans le dépistage organisé.
- (DOG) Vérifier la procédure d'envoi de la lettre personnalisée à la population-cible. **Observation** : certains patients disent ne pas recevoir cette invitation. Cette observation est plus fréquente en ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal.
- (DOS) Revoir les conditions de réalisation du Mammotest afin de développer la dimension relationnelle. S'il importe d'assurer la qualité de l'information à propos du programme, il est essentiel d'assurer la qualité du programme lui-même. Ce qui entoure l'examen doit être amélioré, y compris l'accueil lors de la prise de rendez-vous et lors de la réalisation du Mammotest. **Observation** : le Mammotest est mal vécu par les patientes. Celles-ci se plaignent de douleur, de manque de respect, de manque d'intimité (des techniciens circulent dans la salle d'examen). Le manque de personnalisation nuit à la fidélisation en regard du cadre offert pour le bilan sénologique : un cadre rassurant chez un même sénologue sur la durée.

Recommandations portant sur la communication auprès du public-cible

- (DOG) Formuler, en alternance, des messages comprenant les deux logiques de santé (celle de santé et celle de maladie). Veiller à utiliser également l'argument positif : savoir que tout va bien, qu'on est en bonne santé. Développer des campagnes du même ordre que la campagne pour le vaccin contre la grippe, il y a quelques années : « ce serait trop bête que tout s'arrête ». Ne pas parler uniquement de risques et de maladie! **Observation** : certaines personnes ne sont pas du tout dans une perspective de maladie (et, dès lors, de dépistage de la maladie). La santé physique est loin d'être l'unique priorité de la tranche d'âge visée par le dispositif de dépistage organisé.
- (DOG) Développer une campagne permanente visant à entretenir une image positive vis-à-vis de la prise en charge de la santé, en dehors des moments axés sur un problème spécifique. Mettre en œuvre un travail sur la santé globale, afin que les personnes soient attentives aux messages de santé, parce qu'elles sont intéressées par la santé, en général. Une telle optique demande une action sur le long terme. En outre, participer à certains types de dépistage à un moment de la vie paraîtrait plus naturel et serait moins associé à une fragilité. **Observation** : la santé physique n'est pas la préoccupation unique du public et les logiques de santé et de maladie coexistent. La réception de la lettre d'invitation est associée à la vieillesse par certaines personnes et suscite dans ce cas, le rejet.
- (DOG) Maintenir les campagnes et la procédure d'invitation personnalisée mais spécifier uniquement l'âge d'entrée et pas l'âge de sortie! **Observation** : l'âge butoir pose problème tant au public-cible qu'au médecin. Il est vécu comme un abandon par la société, les personnes ayant dépassé cet âge limite se sentant dès lors considérées comme « vieilles » et « inutiles ».
- (DOG) Vérifier la crédibilité et l'attractivité de la source précisée sur l'enveloppe contenant l'invitation afin d'éviter la confusion avec les « toutes-boîtes ». L'en-tête figurant sur l'enveloppe doit-elle risquer d'effrayer, par l'emploi du mot « cancer » ? La source du message doit être une source crédible à 100%, par

exemple : département de la santé de la FWB³. **Observation** : certaines personnes disent ne pas recevoir le courrier...Parfois, il n'est pas ouvert. Souvent, le public-cible n'identifie pas qui organise les campagnes ou envoie les courriers. Certains pensent qu'ils émanent de firmes pharmaceutiques.

- (DOS) Communiquer sur les éléments améliorés du Mammotest, éventuellement lorsque que les améliorations auront été apportées (ex. le délai de prise de rendez-vous, les aspects relationnels et le délai pour la mise au point). **Observation**: l'image du Mammotest est relativement négative. Cette image est parfois liée à l'expérience des personnes qui l'ont réalisé une fois puis ont opté pour le bilan sénologique. Lorsque des améliorations sont apportées, il importe de déconstruire les perceptions relatives à l'« ancien » dispositif.
- (DOS) Veiller, lors des communications de masse, à ce que le dépistage organisé soit spécifiquement identifié (ex. « à partir de tel âge, le Mammotest est gratuit »). **Observation** : une importante confusion existe entre une mammographie dans le cadre du bilan sénologique et le Mammotest. Cette confusion est observable chez de nombreux patients et chez certains médecins. Une des conséquences de cette confusion est que les campagnes incitant à la participation au Mammotest, encouragent au dépistage du cancer du sein en général et dès lors, au bilan sénologique.
- (DOI) Renforcer les campagnes existantes, communiquer sur les qualités (appréciées) du test Hemocult®: indolore, simple, facile, gratuit, fiable, rapide, réalisable chez soi et pas à la clinique, non invasif. Apporter des informations pratiques (annoncer que la réalisation du test est « simple » et « facile », n'est pas convaincant pour le public qui ne se représente pas concrètement de quoi il s'agit). **Observation** : les répondants informés sur le test Hemocult® lors des entretiens sont séduits par son aspect non intrusif et souhaitent réaliser le test.
- (DOI) Informer en avançant les idées suivantes : « ne pas attendre que cela se voie, que cela se sente ». **Observation** : le moteur pour réaliser un test de dépistage est d'être rassuré sur le fait d'être en bonne santé. Toutefois, certaines personnes sont motivées par une plainte physique, voire la présence de sang dans les selles!

Recommandations portant sur la communication auprès des médecins généralistes

- (DOG) Spécifier de manière visible, les collaborations avec les associations de médecins lors de l'élaboration des campagnes et d'outils, sur les supports à destination des médecins. **Observation**: les médecins généralistes se sentent investis d'une mission de prévention par les pouvoirs publics mais estiment que les pouvoirs publics ne tiennent pas compte de leur avis sur le dépistage.
- (DOG) Mener une réflexion avec les médecins référents sur le suivi des cas douteux et des cancers. **Observation**: les médecins généralistes se sentent seuls devant l'annonce d'un résultat de dépistage douteux et devant le suivi des patients atteints de cancer. Ce sentiment les bloque en amont (lorsqu'il s'agit de proposer la démarche de dépistage au patient).
- (DOS) Travailler avec les organisations de médecine générale. Proposer une mini-synthèse reprenant les freins et les moteurs identifiés dans le cadre de la recherche chez le médecin généraliste afin de l'utiliser dans les formations. **Observation**: nombre de personnes rapportent que leur médecin généraliste ne leur parle pas de dépistage (elles disent que ce sont elles qui sont à l'initiative de la démarche de

dépistage et non leur médecin généraliste). Or, l'avis du MG est déterminant en matière d'adhésion des patients au programme.

- (DOI) Donner un feed-back sur les tests positifs. **Observation** : l'absence de tests positifs dans leur patientèle fait douter les médecins généralistes de la fiabilité du test. S'il persiste, ce doute comporte le risque que le test Hemocult® ne soit plus proposé aux patients.

Recommandations concernant des recherches complémentaires

- Déterminer les origines de l'hiatus entre ce que les médecins disent faire et ce qu'ils font réellement en matière de dépistage (si cet écart persiste). A titre d'exemple, les médecins disent s'inscrire dans des démarches de dépistage mais lorsqu'il s'agit d'actions concrètes telles que les prescriptions, celles-ci ne concernent manifestement pas l'ensemble de la patientèle...
- Identifier les freins et les incitants à la participation de la population analphabète fonctionnelle afin de viser l'élaboration d'outils de sensibilisation à destination de ce public. Celui-ci n'étant pas inclus dans la population de la présente recherche.

Sandrine Roussel, Alain Deccache

CONTACT :

UCL, RESO, Education santé patient, IRSS
Université Catholique de Louvain
Clos chapelle-aux-champs, 30 Bte B1.30.14
B-1200 Bruxelles

Personne de contact : Sandrine Roussel
sandrine.roussel@uclouvain.be
Tél : 02/764.32.80

Rapport de recherche disponible sur : <http://www.uclouvain.be/166301.html>

Les inégalités sociales de santé

Fondement et concepts⁴

En Belgique, à 25 ans, une personne en possession d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type long peut espérer vivre plus longtemps qu'une personne non diplômée (78,6 ans/73,1 ans pour les hommes et 83,5 ans/80 ans pour les femmes⁵). A âge égal, un(e) Wallon(ne) présente un risque plus élevé qu'un individu provenant d'une des autres régions⁶. La prévalence des maladies chroniques de longue durée ou de handicaps, et ce toutes régions confondues, diminue plus le niveau d'éducation est élevé⁷.

Les exemples sont légion pour témoigner du fait que les inégalités de santé sont bien présentes et ce dans tous les domaines de santé.

Mais comment se construisent ces inégalités de santé ?

Pour certains auteurs⁸, les déterminants sociaux de la santé sont à l'origine de ces inégalités. Ceux-ci sont liés aux caractéristiques individuelles comme par exemple le sexe, l'origine, la culture, l'environnement tant professionnel que domestique, etc., se rajoutant alors aux traditionnels facteurs de risque (hypertension artérielle, surpoids, sédentarité, etc.).

Pour d'autres auteurs⁹, ces différences individuelles ne peuvent en aucun cas être envisagées isolément, et 'ce serait leur cumul au cours de la vie qui serait à l'origine des inégalités'¹⁰.

Plus récemment, la notion de **gradient social** a émergé. En effet, des études¹¹ ont permis de confirmer l'existence d'un lien entre la santé d'un individu et sa position sociale : plus la position socio-économique d'un individu est élevée et plus sa santé individuelle et son espérance de vie sont quantitativement et qualitativement favorables; inversement, face à une position socio-économique faible, l'état de santé d'un individu risque de se détériorer et son espérance de vie tend à diminuer. Mais comme le constatent les auteurs, ces différences (d'état de santé) ne concernent pas uniquement les personnes en situation de précarité et elles n'opposent pas non plus les personnes les plus pauvres aux personnes les plus riches : les inégalités atteignent également le sommet de la hiérarchie sociale.

Au fil des années, des modèles explicatifs des inégalités de santé se sont imposés à nous

Ceux-ci permettent d'expliquer certains 'mécanismes qui sous-tendent la relation entre les différences observées et le niveau socio-économique des personnes'¹².

Deux modèles fréquemment référencés dans la littérature font l'objet de notre attention : **la mobilité sociale sélective** et les **causalités sociales**.

Dans le premier modèle, on suppose que c'est l'état de santé de l'individu qui détermine sa position sur l'échelle sociale. L'état de santé serait ainsi la cause de la mobilité sociale et non sa conséquence. Une distinction est toutefois opérée entre **le modèle de sélection directe** où l'on considère que le mouvement dans la hiérarchie sociale

4. Un dossier technique consacré aux inégalités de santé a été réalisé fin 2010 par l'UCL-RESO et c'est donc très logiquement que nous nous sommes inspirés de ce document pour tenter de nous/vous 'familiariser' avec la problématique des inégalités de santé.

5. Gillis et al. (2008), cités par Doumont & Feulien, 2010.

6. Billiet, (2010), cité par Doumont & Feulien, 2010.

7. Idem.

8. Couffinhal et al. (2007).

9. Aïach et al. (2004).

10. op.cit. pp. 4, Doumont & Feulien, 2010.

11. Gillis & Mertens, 2008, cités par Doumont & Feulien, 2010.

12. op. cit. pp. 5, Doumont & Feulien, 2010.

est directement lié à l'état de santé (et cela qu'il s'agisse d'un mouvement vers le haut ou d'un mouvement vers le bas) et **le modèle de sélection indirecte** où ce sont les facteurs déterminant la mobilité sociale qui influencent l'état de santé. En clair, en sélection directe, les personnes qui bénéficient d'un bon état de santé grimpent l'échelle sociale alors que celles qui sont en mauvaise santé la descendent et, en sélection indirecte, le simple fait qu'un individu ait une perception positive de son avenir peut influencer favorablement ses comportements de santé.

Le second modèle consacré aux **causalités sociales** souligne toute l'importance du statut socio-économique de la personne qui influence alors directement son état de santé. De nombreux déterminants sont à l'origine de cette influence. Ils sont toutefois classés en deux catégories : les **déterminants structurels** et les **facteurs culturels**.

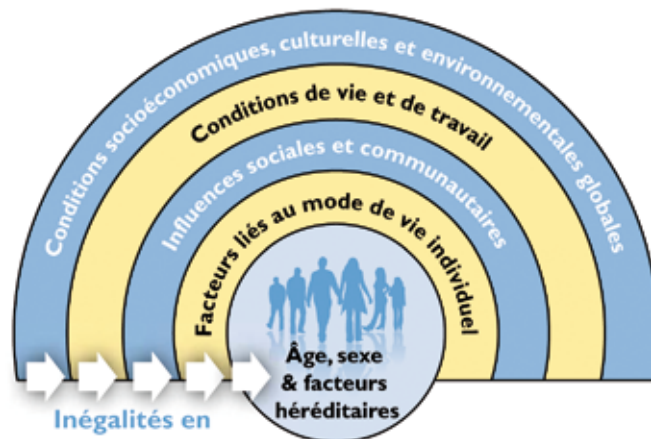
- Les **déterminants structurels** sont tout particulièrement liés aux conditions de vie et professionnelles. En effet, les individus qui présentent un faible statut social ont plus de risques de vivre dans un environnement insalubre, voire peu sécurisant. Ils sont également bien souvent amenés à réaliser un travail physique lourd et difficile (exposition aux nuisances sonores, aux polluants, conditions de travail rudes, etc.). Ils sont également plus exposés à rencontrer des difficultés financières, notamment liées aux frais de soins de santé. Enfin, la santé mentale, mais également la présence ou non d'un réseau de soutien, influencent l'état de santé de ces personnes.
- Parmi les **facteurs culturels**, nous relevons notamment ceux liés aux comportements, au savoir, aux croyances et aux valeurs. Par exemple, la personnalité de l'individu va conditionner sa relation avec sa/la santé (et celle d'autrui sans doute). Doumont & Feulien (2010) rappellent l'existence d'études qui témoignent du fait que les populations qui se situent au bas de l'échelle socio-économique présentent un profil de risque plus important. Dans le même ordre d'idées, les comportements en matière de santé sont le résultat d'expériences mais également de croyances et de perceptions. Certaines expériences précoces de vie affectent la santé des individus. Certains groupes de personnes présentent également de fausses croyances/connaissances en matière de santé : surpoids, mauvaise hygiène alimentaire (faible consommation de fruits, de légumes, etc.), méconnaissance des modes de transmission des maladies sexuellement transmissibles, faible pratique d'activités physiques, etc. Les auteurs soulignent également toute l'importance du contexte social dans lequel l'individu grandit et évolue : en effet, les comportements et modes de vie ne trouvent pas uniquement leur origine dans de simples choix personnels !

Ce modèle des causalités sociales trouve toute sa pertinence pour favoriser une meilleure compréhension des inégalités de santé, sans doute parce qu'il correspond le mieux à l'optique de la promotion de la santé qui envisage l'individu, le groupe cible, la population dans toute sa globalité en tenant compte de nombreux déterminants qui influencent l'état de santé de ceux-ci.

Dès lors, il est difficile dans le cadre de cette introduction d'évoquer les inégalités de santé sans présenter le schéma que proposent **Dahlgren & Whitehead (1991)**, cités par Doumont & Feulien (2010). En effet, ce schéma décrit les **déterminants de santé** des individus selon différentes **strates successives**, ce qui résume fort bien toute l'importance des facteurs liés au milieu de vie.

Selon Dahlgren & Whitehead (1991), les inégalités sociales de santé sont le résultat d'interactions entre ces différentes strates :

- caractéristiques biologiques des individus,
- comportements et styles de vie personnels,
- influences des groupes sociaux,
- facteurs liés aux conditions et milieux de vie et de travail, à l'accès aux services essentiels,
- conditions économiques, culturelles et environnementales qui prévalent dans l'ensemble de la société.



Modèle des déterminants de la santé (Dahlgren and Whitehead, 1991).

Ce schéma simplifié permet ainsi de visualiser les interactions possibles entre les différents déterminants de santé susceptibles d'agir sur et/ou de favoriser les inégalités de santé. Il rend également compte du fait que les inégalités de santé ne sont pas l'unique fait du secteur de la santé. En effet, ces 'causes multifactorielles' dépendent aussi bien des conditions de vie et de travail que de l'environnement ainsi que de l'accès et de l'utilisation adéquate d'un système de soins.

Bien entendu, d'autres chercheurs ont développé des modèles explicatifs des déterminants de santé, notamment la Commission des Déterminants sociaux de la Santé à l'OMS en 2007. Vous trouverez d'ailleurs un bref aperçu de ce schéma dans le dossier technique consacré aux inégalités de santé (Dumont & Feulien, 2010).

En conclusion

Si nous possédons à l'heure actuelle de nombreuses données chiffrées concernant les inégalités de santé et si les causes de ces inégalités sont de plus en plus connues, les 'mécanismes producteurs' de celles-ci ne sont pas encore tout à fait maîtrisés. De surcroît, en ce qui concerne la Belgique, aucun consensus quant à la manière d'agir (ou de lutter contre ces inégalités) n'existe à ce jour.

Rappelons également l'importance du 'processus cumulatif' de ces inégalités ; en effet, trop souvent, elles s'inscrivent dès l'enfance et se renforcent, voire perdurent au fil des 'histoires de vie'. On assiste alors à une accumulation de risques au cours du temps et de la vie d'un individu. Certains parlent 'de chaînes de causalités faites de mécanismes opérant tout au long de la vie de l'individu'¹³.

13. op cit. pp 7
Dumont & Feulien
(2010)

Il est donc urgent de poursuivre le développement de recherches consacrées aux inégalités de manière à pouvoir proposer des stratégies d'intervention adaptées. Il est également nécessaire de privilégier un système de surveillance régulière de ces inégalités tout comme il est tout aussi important de promouvoir l'implication et le soutien de tous les niveaux d'action et de pouvoir (mobilisation collective, politique diversifiée, partenaires sociaux, mouvements associatifs, enseignement, systèmes de soins, etc.). En effet, si la réduction des inégalités fait désormais partie du débat public, elle ne doit pas échoir au seul secteur de la santé et/ou de la promotion de la santé.

Dominique Doumont et Carole Feulien

CONTACT

Unité d'Education pour la Santé (RESO)
Université catholique de Louvain,
Clos Chapelle aux champs 30 Bte 30 01
B-1200 Bruxelles.

Personne de Contact : Dominique Doumont
Tél : 02/764.32.85 ou 02/764.32.80
Dominique.doumont@uclouvain.be
www.uclouvain.be/reso

Bibliographie

AÏACH P., FASSIN D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé.
La revue du praticien, 2004, n°54, p.2221-2227.

BILLIET A. Les inégalités sociales de santé en Wallonie. *L'Observatoire*, n°65, 2010,
p. 20-33.

COUFFINHAL A., DOURGNON P., GEOFFARD Y., GRIGNON M., JUSOT F.,
LAVIS J., NAUDIN F. & PLOTON D. Les déterminants des inégalités sociales de santé
et le rôle du système de santé. *Santé conjuguee*, 2007, n°40, p.35-41.

DOUMONT D., FEULIEN C., En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil
de réduction des inégalités de santé ? Fondements, concepts et programmes
stratégiques, *Série de dossiers techniques*, UCL-RESO, (2010), Ref. 10-61,
20 pages.

GILLIS O. & MERTENS R. Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé,
Education Santé n°239, novembre 2008, p. 02-08.

La réduction des inégalités sociales de santé Un défi pour la promotion de la santé¹⁴

En avril 2011, le Conseil supérieur de promotion de la santé rendait un avis concernant la réduction des inégalités sociales de santé. Il y réaffirme avec force que la réduction des inégalités sociales de santé constitue un défi prioritaire pour le secteur de la promotion de la santé.

Le contexte

«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 2004-2008¹⁵.

Pour renforcer cette affirmation, la réduction des inégalités devant la santé est la clé du Plan communautaire opérationnel 2008-2009¹⁶. En référence au rapport de la Fondation Roi Baudouin¹⁷, 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)».

Préalables

Une 'bonne santé' requiert un certain nombre de conditions préalables. L'individu doit pouvoir s'appuyer sur des ressources de base, notamment: se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé, énoncés déjà en 1986 dans la Charte d'Ottawa, et toujours d'une actualité brûlante aujourd'hui.

La santé n'est pas la médecine

Les différences observées dans l'état de santé entre les groupes sociaux sont largement la conséquence d'une distribution inégale et injuste des déterminants sociaux de la santé, tels que des ressources financières insuffisantes, l'absence de contact avec des services et structures, des difficultés personnelles (physiques et/ou psychiques), mais aussi le contexte politique et socio-économique, le manque de cohésion sociale, l'accès à l'éducation et à la formation...

Cette distribution inégale et ses différentes manifestations de fragilité sociale ne sont ni naturelles, ni inévitables. 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 (liens et réseaux sociaux), environnementales, culturelles, etc., soit elles n'ont pas toujours la capacité d'utiliser les ressources existantes.

14. Ce texte a été rédigé d'après un document de travail du groupe « Réduire les inégalités sociales de santé » du Conseil supérieur de promotion de la santé et d'un article rédigé par Chantal Leva paru dans la revue *Education Santé* N°269 – juillet 2011.

15. Le Programme quinquennal 2004-2008 est prolongé jusqu'au 31 décembre 2011 (décret du 8/7/2010, publié au *Moniteur belge* le 16/8/2010).

16. Le Plan communautaire opérationnel 2008-2009 a, quant à lui, été prolongé jusqu'au 30 juin 2012 (arrêté du 1/12/2010, publié au *Moniteur belge* le 8/2/2011).

17. *Réduire les inégalités en matière de santé, recommandations d'un groupe de travail de la Fondation Roi Baudouin, 2007.*



Recommandations

Agir sur les déterminants de santé

Tenant compte du fait que la plupart des déterminants des inégalités sociales de santé se situent en dehors du champ d'action de cette dernière, le Conseil plaide en faveur de l'implication active des autres secteurs (notamment l'éducation, le logement, l'emploi...) dans le développement d'interventions utiles à la réduction des inégalités sociales de santé. Il importe donc d'interpeller les autres compétences communautaires et les autres niveaux de pouvoir afin d'inscrire la réduction des inégalités sociales de santé dans les politiques.

À cet effet, la Conférence interministérielle ou d'autres lieux réunissant différentes compétences et niveaux de pouvoir méritent d'être mobilisés. Cette implication pourrait prendre la forme d'une Charte, dont le secteur de la promotion de la santé serait porteur, à élaborer en concertation avec des intervenants d'autres secteurs.

Changer les pratiques

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.

Le travail en partenariat et en réseau, la pluridisciplinarité... naissent de la nécessité de travailler ensemble pour agir simultanément sur différents déterminants des inégalités sociales de santé (santé, éducation, logement, emploi, vie sociale,...). Ces échanges s'imposent entre les professionnels, les associations et les organismes présents sur le terrain, mais aussi entre les structures institutionnelles et les dispositifs politiques.

Les clés de la santé pour tous et pour chacun

Une offre de santé universelle (promotion de la santé, prévention et soins) doit être maintenue et dynamisée. Au-delà de son existence, il faut en améliorer l'accès pour tous et pour chacun, en veillant à l'accessibilité financière, géographique et culturelle via des services de proximité et en développant des actions dans les lieux de vie.

Le Conseil attire l'attention sur la nécessité de **maintenir, voire de développer, une offre universelle orientée vers la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé**. Cette offre doit donc être proposée à l'ensemble de la population et non pas viser uniquement les plus précarisés. C'est en maintenant une offre universelle qu'on pourra agir réellement sur le gradient social. Certains services comme, par exemple, les consultations de l'ONE et les services de promotion de la santé à l'école contribuent à garantir une offre universelle. Ces choix politiques doivent être maintenus, voire renforcés.

Des stratégies spécifiques

Assurer l'universalité de l'offre ne peut cependant suffire à réduire durablement les inégalités sociales de santé. Il importe de **développer simultanément des stratégies spécifiques** permettant à toutes les populations d'agir sur leur santé et de bénéficier sans discrimination des offres de santé. C'est tout le sens des caractéristiques de l'intervention spécifique des professionnels de promotion de la santé, dont les maîtres mots sont empowerment¹⁸, plaidoyer, participation des communautés locales, réorientation des services, action sur les milieux de vie.

Le Conseil estime indispensable d'octroyer des **ressources suffisantes et stables** au secteur de la promotion de la santé, pour lui permettre de déployer avec un maximum d'efficacité les stratégies de promotion de la santé. Des projets limités dans le temps et dans les ressources ne peuvent suffire. Il est important d'élargir l'offre de promotion de la santé pour la rendre plus universelle et d'en assurer la continuité, ce qui implique un renforcement des moyens alloués.

La santé, cela se construit ensemble

Seul un dialogue entre professionnels et publics diversifiés, 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'une priorité de santé ou d'une recommandation, etc.).

La participation du public est une des bases de la réduction des inégalités sociales de santé. C'est le moyen de concilier efficience 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, sont une façon d'aborder la question du gradient social et de la cohésion sociale

La santé appartient à tous

Il n'y a pas de construction solide sans fondation. Tant les usagers que les professionnels ont des savoirs et sont habités par des représentations de la santé et par la leur en particulier. 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.

Renforcer les compétences

Le Conseil insiste enfin sur la nécessité de renforcer les compétences des professionnels en matière de réduction des inégalités sociales de santé.

Cela concerne non seulement les professionnels de la santé, mais aussi ceux d'autres secteurs comme le logement, le secteur socioculturel, l'enseignement et l'emploi.

18. Qui pourrait se définir par : « la promotion des capacités des individus à maîtriser leur conditions de vie et à intervenir pour les préserver et les améliorer »

Il est essentiel de développer des formations sur le long terme en veillant à ce que ces formations soient adaptées à chaque niveau d'intervention. Ceci peut se faire notamment par le biais de la formation continue. À cet effet, le Conseil préconise de mettre en place un référentiel commun sur les inégalités sociales de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, de définir les besoins de formation selon les catégories de professionnels, d'accompagner les travailleurs avec ces nouveaux savoirs (par exemple par le biais d'interventions ou de supervisions) et de leur garantir les ressources nécessaires (dont la continuité des financements...) pour exploiter au mieux ces nouveaux savoirs.

Bernadette Taeymans

*Pour compléter son information, le lecteur prendra connaissance du texte 'La réduction des inégalités sociales de santé – Un défi pour la promotion de la santé' produit par le Conseil supérieur de promotion de la santé en avril 2011 avec l'appui de son groupe de travail 'Réduction des inégalités sociales de santé' animé par **Bernadette Taeymans**.*

CONTACT

Conseil supérieur de promotion de la santé
Présidente : Chantal Leva
Secrétaire : Tatiana Pereira

c/o Direction générale de la santé
Boulevard Leopold II 44
B-1080 Bruxelles
Tél : 02/413.26.34
sabine.pierard@cfwb.be

Un outil à votre disposition

Les nouvelles fiches relatives aux maladies transmissibles

Le Gouvernement de la Communauté française a adopté le 14 juillet 2011 un nouvel arrêté relatif aux mesures de prévention des maladies transmissibles dans le milieu scolaire et étudiant .

16 maladies transmissibles pour lesquelles des mesures de prophylaxie doivent être obligatoirement prises ont été identifiées dans cet arrêté :

- méningococcies,
- diphtérie,
- poliomyélite,
- gastro-entérites,
- hépatite A,
- scarlatine,
- tuberculose,
- coqueluche,
- oreillons,
- rougeole,
- rubéole,
- varicelle,
- impétigo,
- gale,
- teignes et pédiculose.

Pour chacune de ces maladies, l'arrêté détaille les mesures spécifiques à prendre concernant l'élève ou l'étudiant malade, les autres élèves ou étudiants de l'établissement scolaire, ainsi que les informations à transmettre aux élèves (étudiants) et aux parents, et les mesures générales d'hygiène.

Vous pouvez consulter cet arrêté sur notre site internet : www.sante.cfwb.be dans la partie « textes officiels » ; « décrets et arrêtés en promotion de la santé à l'école ».

De plus, vous trouverez sur notre site internet une série de fiches techniques sur chacune de ces maladies, ainsi qu'une fiche concernant les mesures générales d'hygiène, sous l'onglet « maladies transmissibles, information et déclaration » situé dans le menu de gauche.

Ces fiches techniques développent des informations plus spécifiques en suivant un canevas-type validé par des médecins scolaires, l'Institut scientifique de santé publique et des experts. Outre des informations générales (germe, incubation, diagnostic...), ces fiches développent la situation épidémiologique, des informations pratiques ciblées, les ressources spécifiques etc.

Enfin, une réédition actualisée de la publication « faire face aux maladies infectieuses à l'école » viendra compléter ces informations dans le cadre scolaire.

La politique de santé : quoi de neuf ?

- La valisette danse avec les poux a été rééditée fin de l'année 2011. Outre la brochure réactualisée, cette valisette contient une série d'outils à destination du monde scolaire pour sensibiliser aux attitudes adéquates à adopter lorsqu'est constatée la présence de poux dans les cheveux des enfants.

Cette valisette a été distribuée à l'ensemble des services de promotion de la santé à l'école ainsi qu'aux centres PMS de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le site internet www.danseaveclepoux.be permet de télécharger la publication et offre toutes une série d'informations sur le sujet.

- La cellule d'inspection d'hygiène de la Direction générale de la santé a vu dernièrement son effectif se renforcer grâce à la venue de deux médecins inspecteurs d'hygiène. Les médecins inspecteurs d'hygiène jouent principalement un rôle dans la prévention et la prophylaxie des maladies transmissibles à déclaration obligatoire.

Il est important de rappeler en effet que certaines maladies doivent être obligatoirement déclarées auprès des médecins inspecteurs : méningite, maladies évitables par la vaccination (coqueluche, rougeole, rubéole congénitale, poliomyélite, diphtérie, tétanos), légionellose, tuberculose, hépatites A et B, intoxications alimentaires collectives ou graves (listériose, shigellose, botulisme), ainsi que toute maladie plus inhabituelle mais à impact de santé publique majeur (choléra, fièvres hémorragiques virales, peste, rage, variole, ...)

Vous pouvez déclarer une maladie transmissible :

- de préférence via notre site www.sante.cfwb.be grâce au module de déclaration en ligne ;
- via le 070/246.046 (du lundi au vendredi de 9h à 16h). Ce numéro est également accessible 7j/7 jusque 22h uniquement pour les maladies qui nécessitent la prise de dispositions urgentes ;
- par e-mail (surveillance.sante@cfwb.be), par fax (070/413.26.13) ou via les formulaires papiers ad hoc.

La cellule d'inspection d'hygiène est à votre disposition pour toute information concernant la prévention et la prophylaxie des maladies transmissibles dans le cadre de votre pratique professionnelle.

- N'hésitez pas à nous faire parvenir vos suggestions : Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles
Direction générale de la santé - Boulevard Léopold II, 44 - B-1080 Bruxelles - sophie.lefevre@cfwb.be
- Comité de rédaction : Serge Carabin (DGS), Alain Cherbonnier (SCPS Question Santé), Philippe Demoulin (DGS), Dominique Doumont (SCPS Unité RESO/UCL), Madhy Kosia (DGS), Sophie Lefèvre (DGS), Roger Lonfils (DGS), Raymond Moriaux (DGS), Annalisa Tancredi (DGS), Patrick Trefois (SCPS Question Santé).
- Coordination de la revue : Sophie Lefèvre (DGS)
- Conception graphique : SCPS Question Santé asbl
- Tirage : 9.000 exemplaires
- Remerciements pour leur contribution : Bernadette Taeymans (SCPS Question Santé), Sandrine Roussel (SCPS Unité RESO/UCL), Virginie Charlier (DGS).
- Remerciements pour leur relecture : Jean-Michel Antonutti (DGS), Nicole Bruhwylér (DGS), Marie-Anne Goosse (DGS).
- Les articles publiés par Santé pour tous n'engagent que leur auteur. Les articles non signés sont de la Direction générale de la santé.
- Cette publication semestrielle peut être téléchargée sur le site www.sante.cfwb.be



Publication de la Direction générale
de la santé du Ministère de la Fédération
Wallonie-Bruxelles, Bd Léopold II, 44
1080 Bruxelles
Tél. : +32(2) 413.26.01 Fax : +32(2) 413.26.13
Site internet : www.sante.cfwb.be

Secrétariat de rédaction :
Sophie Lefèvre
Editeur responsable :
Serge Carabin
Bd. Léopold II, 44-1080 Bruxelles
D/2012/10134/1