

Rapport de base

Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse

Définitions, introduction théorique, recommandations pratiques

Avril 2020



Un projet commun de



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Impressum

Éditeurs

Promotion Santé Suisse (PSCH)
Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

Responsables du projet

Dominik Weber, Promotion Santé Suisse
Sabina Hösli, Office fédéral de la santé publique
Diana Müller, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

Auteur

Dominik Weber, Promotion Santé Suisse

Relectrice

Dr. Corina Salis Gross, PHS Public Health Services et Université de Zurich (ISGF)

Référence bibliographique

Weber, D. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse. Définitions, introduction théorique, recommandations pratiques*. Rapport de base. Berne: PSCH, OFSP, CDS

Crédit photographique page de titre

shutterstock.com

Renseignements et informations

Promotion Santé Suisse, Wankdorffallee 5, CH-3014 Berne, tél. +41 31 350 04 04,
office.bern@promotionsante.ch, www.promotionsante.ch

Office fédéral de la santé publique, Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Berne, tél. +41 58 464 20 74,
healthequity@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Haus der Kantone, Speichergasse 6,
case postale, CH-3001 Berne, tél. +41 31 356 20 20, office@gdk-cds.ch, www.gdk-cds.ch

Texte original

Allemand

Traduction

Services linguistiques, OFSP

Mise en page

Typopress Bern AG

Numéro de commande

316.605.FR / www.publicationsfederales.admin.ch

Cette publication est également disponible en allemand et en italien (numéros de commande 316.605.DE et 316.605.IT).

Télécharger le PDF

www.promotionsante.ch/publications et www.miges.admin.ch

© PSCH, OFSP, CDS, avril 2020

Éditorial

Toutes les personnes vivant en Suisse doivent avoir les mêmes chances de vivre en bonne santé. L'égalité des chances est l'un des objectifs principaux de la politique de santé. Toutefois, il n'est pas encore atteint dans la pratique. Les personnes socialement défavorisées sont plus souvent en mauvaise santé et ont une espérance de vie inférieure aux personnes socialement plus aisées. Par exemple, les personnes aux revenus faibles présentent un risque six fois plus élevé de développer un cancer du poumon.

Ces différences sociales en matière de santé peuvent être évitées et rectifiées. Nous pouvons agir pour améliorer la qualité de vie des personnes concernées, mais aussi pour réduire les dépenses de santé inutiles. Par exemple, en rendant toutes les offres de notre système de santé accessibles et financièrement abordables, également pour les personnes peu formées, de langue étrangère ou affectées par la pauvreté et l'exclusion. Il s'agit de s'assurer que nos professionnel-le-s de la santé disposent des compétences nécessaires et des moyens pour atteindre des personnes d'origine sociale diverse et se faire comprendre par elles. Il convient également d'adapter les offres de prévention en fonction des groupes cibles. Nous pouvons nous engager en faveur de conditions de vie qui promeuvent la santé.

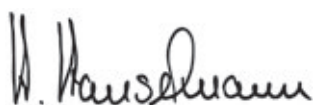
Quels groupes de population sont particulièrement touchés par l'injustice en matière de santé en Suisse? Que savons-nous des causes? Quelles sont les possibilités pour améliorer leur situation? Quelles expériences ont été réalisées jusqu'ici? Toutes ces questions et bien d'autres encore sont traitées ici.

Cette publication contribue à une compréhension mutuelle des problèmes et à développer des solutions durables. Elle soutient toutes les personnes qui s'engagent pour l'égalité face à la santé, un objectif que nous ne pouvons atteindre qu'en unissant nos forces.



Alain Berset

Conseiller fédéral, chef
du Département fédéral
de l'intérieur DFI



Heidi Hanselmann

Conseillère d'État, présidente
de la Conférence suisse
des directrices et directeurs
cantonaux de la santé CDS



Guido Graf

Conseiller d'État, président
du conseil de fondation
de Promotion Santé Suisse

Sommaire

L'essentiel en bref	7
Introduction	11
1 Introduction thématique	12
2 Objectifs, contenu et public du rapport	15
Partie 1: description de la situation	18
3 Définitions	19
3.1 Inégalités sociales	19
3.2 Inégalités et iniquités en santé	20
3.3 Personnes vulnérables et socialement défavorisées	21
3.4 Égalité et équité des chances en santé	25
4 Comment se manifestent les iniquités en santé?	28
4.1 État actuel des connaissances	28
4.2 Données suisses concernant les indicateurs de santé retenus	29
Partie 2: analyse des causes	31
5 Remarques préliminaires	32
5.1 Tournant des débats scientifiques	32
5.2 Est-ce la situation sociale qui détermine la santé ou l'inverse?	33
6 Iniquités en santé: modèle explicatif	34
6.1 Présentation du modèle et des blocs de déterminants	34
6.2 Contexte (premier bloc)	35
6.3 Situation sociale (deuxième bloc)	36
6.4 Facteurs médiateurs (troisième bloc)	37
6.5 Répartition de la santé (quatrième bloc)	39
6.6 Distinction utile pour la pratique	40
6.7 Le parcours de vie, une perspective complémentaire nécessaire	41
7 Digression: les désavantages	42
Partie 3: développement et mise en œuvre de mesures	43
8 Ancrage des mesures dans la politique de la santé	44
8.1 Stratégies internationales et bases de l'OMS	44
8.2 Stratégies et bases suisses dans le domaine de la santé	46
8.2.1 Constitution fédérale de la Confédération suisse	46
8.2.2 Stratégies Santé2020 et Santé2030	47
8.2.3 Stratégie nationale MNT 2017-2024 et plan de mesures	47
8.2.4 Stratégie nationale Addictions 2017-2024 et plan de mesures	48
8.2.5 Santé psychique: rapports «Santé psychique en Suisse» et «Prévention du suicide en Suisse»	49

9	Recommandations concernant la définition des groupes cibles	50
9.1	Défis	50
9.2	Recommandations générales	51
9.3	Processus de définition des groupes cibles	51
10	Approches empiriques et critères de réussite	56
10.1	Introduction	56
10.1.1	Passage de la théorie aux recommandations pratiques	56
10.1.2	Problématiques, objectifs et champ d'application du chapitre	58
10.1.3	Structure du chapitre	59
10.2	Domaine de l'activité physique et de l'alimentation	60
10.2.1	Mesures relatives aux déterminants structurels pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé	60
10.2.2	Mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé	60
10.2.3	Focalisation: genre, passé migratoire, LGBTI	65
10.2.4	Exemples pratiques suisses	67
10.2.5	Résumé	68
10.3	Domaine de la santé psychique	70
10.3.1	Mesures relatives aux déterminants structurels pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé	70
10.3.2	Mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé	71
10.3.3	Focalisation: genre, passé migratoire, LGBTI	74
10.3.4	Exemples pratiques suisses	77
10.3.5	Résumé	78
10.4	Domaine des addictions (prévention du tabagisme)	80
10.4.1	Mesures relatives aux déterminants structurels pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé	80
10.4.2	Mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé	81
10.4.3	Focalisation: genre, passé migratoire, LGBTI	83
10.4.4	Exemples pratiques suisses	85
10.4.5	Résumé	86
10.5	Mesure transversale: développer les organisations	88
10.6	Conclusions et recommandations finales	89
	Perspectives	91
	Bibliographie	94

Liste des illustrations

Illustration 1	Cycle d'action en santé publique	15
Illustration 2	Absence de prise en compte de conditions inégales à l'exemple de coureurs et coureuses	27
Illustration 3	Prise en compte de conditions inégales à l'exemple de coureurs et coureuses	27
Illustration 4	Modèle explicatif des iniquités en santé	34
Illustration 5	Bloc 1: contexte	35
Illustration 6	Bloc 2: situation sociale	36
Illustration 7	Bloc 3: facteurs médiateurs	37
Illustration 8	Bloc 4: répartition de la santé	39
Illustration 9	Les deux types de déterminants	40
Illustration 10	Axes prioritaires de l'OFSP dans le domaine de l'égalité des chances	54
Illustration 11	Dimensions de la vulnérabilité selon la compréhension de Pro Senectute	55
Illustration 12	Version simplifiée du modèle explicatif	57
Illustration 13	Approches efficaces pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique auprès des personnes socialement défavorisées	69
Illustration 14	Approches efficaces pour promouvoir la santé psychique des personnes socialement défavorisées	79
Illustration 15	Approches efficaces pour la prévention du tabagisme chez les groupes socialement défavorisés	87

L'essentiel en bref

Contexte

Une promotion de la santé et une prévention modernes se fondent sur le principe suivant: tous les êtres humains doivent avoir les mêmes chances en termes de santé, dans la mesure du possible. Ce principe est inscrit dans les stratégies de politique de la santé (p.ex. Santé2020 du Conseil fédéral) et s'appuie sur des conventions internationales (p.ex. la Déclaration universelle des droits de l'homme [art. 25]) et la Constitution suisse (art. 2). Cependant, il existe de grandes disparités en la matière au sein de la population suisse, disparités qui ont en partie tendance à s'aggraver. Ainsi, certains groupes sociaux sont plus souvent malades, souffrent plus souvent d'atteintes à leur santé et décèdent plus tôt que d'autres. Les personnes qui résident dans les quartiers à faibles revenus vivent par exemple moins longtemps que celles qui habitent dans les quartiers aisés. En outre, la population adolescente homosexuelle risque nettement plus de souffrir de dépression et de faire des tentatives de suicide que la population adolescente hétérosexuelle (cf. chap. 4.2). Ces disparités en matière de santé ne sont ni le fruit du hasard ni dues à des causes biologiques. Elles suivent des schémas sociaux bien définis: les chances de mener une longue vie exempte de maladies et de handicaps sont plus grandes lorsqu'on se trouve en haut de l'échelle sociale.

Nécessité d'agir

Les disparités liées à la santé qui sont systématiquement dues à des inégalités sociales sont appelées iniquités en santé (*health inequities*) et exigent de la société qu'elle agisse. Cette nécessité d'action se justifie sur les plans juridique, réglementaire, social, économique et éthique: l'iniquité en santé va à l'encontre des valeurs et des principes fondamentaux de la Suisse, met en péril la cohé-

sion sociale et fait gonfler inutilement les coûts. Elle engendrerait des coûts de la santé à hauteur de quelque 16 milliards de francs par an en Suisse et des dommages économiques globaux de plus de 60 milliards de francs (cf. chap. 1). Dans la perspective de la cohésion sociale et de la prospérité économique, aucun pays ne peut se permettre de ne pas agir pour lever ces inégalités.

Contenu et axes du présent rapport

Dans ce contexte, le présent rapport vise à exposer les interventions et les critères de réussite qui ont fait leurs preuves pour accroître l'égalité des chances liée à la santé. Vu la définition du terme «iniquité en santé» proposée ci-dessus, il se concentre sur les *désavantages sociaux*. En d'autres termes, l'accent est mis sur les facteurs structurels qui seraient à l'origine d'une plus grande prévalence des maladies et d'une mortalité prématurée (cf. chap. 1).

La principale question est donc la suivante: comment améliorer les chances en santé pour les personnes socialement défavorisées en raison de caractéristiques sociodémographiques (p.ex. revenus, formation, sexe, migration, orientation sexuelle et/ou identité de genre) et qui ont donc une probabilité plus élevée de souffrir de maladies?

Apparition de l'iniquité en santé: point de départ des interventions

Pour pouvoir élaborer des interventions efficaces, il faut d'abord comprendre comment les iniquités en santé apparaissent et se reproduisent. En regard des bases internationales, un modèle a été créé à ce sujet pour expliquer ce processus de genèse et ainsi mettre en lumière des points de départ pour les interventions (cf. chap. 6). En bref, le modèle explique l'apparition de l'iniquité en santé comme suit:



1. Le contexte social (c'est-à-dire la politique économique, sociale et sanitaire ainsi que les normes et les valeurs) détermine la place d'une personne dans la société. En fonction du contexte, une personne donnée occupe une position sociale plus ou moins élevée. Elle est privilégiée ou défavorisée en comparaison à d'autres membres de la société.
2. La situation sociale affecte les contraintes qu'une personne doit concrètement supporter et les ressources dont elle dispose. Généralement, les personnes socialement défavorisées doivent supporter plus de contraintes et disposent de moins de ressources.
3. Ce sont ces contraintes et ces ressources qui ont une incidence concrète sur la santé. Plus les contraintes sont élevées et les ressources limitées, moins l'état de santé est bon.
4. À la fin de cette chaîne se trouve l'iniquité en santé, empiriquement prouvée.

Prendre en compte les conditions de vie avant le comportement en matière de santé

Par conséquent, les iniquités en matière de santé sont un problème social et le fruit d'un long processus qui débute avec les fondements d'une société et la répartition des ressources, du pouvoir et de la reconnaissance.

La situation sociale, à savoir, les contraintes et les ressources qui y sont liées et qui ont une incidence sur la santé constituent le noyau du modèle explicatif. Les contraintes et les ressources peuvent se référer à des facteurs matériels et structurels, psychosociaux ou comportementaux. Nous savons aujourd'hui que les facteurs matériels et structurels (p.ex. revenus, logement et conditions de travail) ont non seulement une influence directe sur la santé, mais ils se répercutent indirectement sur les facteurs psychosociaux (p.ex. contraintes quotidiennes chroniques, soutien social et compétences individuelles) et sur le comportement déterminant en matière de santé (p.ex. tabagisme, activités sportives et habitudes alimentaires). Ainsi, les conditions de vie matérielles et structurelles constituent le principal facteur explicatif des iniquités en matière de santé (cf. chap. 6.4).

Dans ce contexte, il est possible de tirer les conclusions suivantes pour la politique et la pratique:

- La responsabilité individuelle est aussi primordiale dans les questions liées à la santé. Il convient donc de renforcer le sens des responsabilités vis-à-vis de sa santé. Certaines personnes doivent être incitées à prendre des décisions favorables à leur santé. Parallèlement, il faut reconnaître que les possibilités dont dispose une personne pour préserver sa santé sont marquées par sa situation sociale et économique, et que son influence personnelle est donc sensiblement limitée.
- Il n'est pas possible de résoudre un problème structurel tel que les iniquités en santé par le seul recours à des mesures centrées sur l'individu. Les mesures salutogènes qui se concentrent uniquement sur le mode de vie ou sur les compétences individuelles liées à la santé ne permettent guère de réduire les iniquités en santé.
- Il incombe à l'État de créer les conditions nécessaires pour que toute personne puisse être et rester en bonne santé.

Mesures relatives aux déterminants sociaux et structurels de la santé

Suite à ces explications, des mesures doivent être prises en ce qui concerne deux types de déterminants.

Premièrement, il convient de garantir que les conditions de vie, de travail et de loisirs soient «une source de santé» et non de maladie (Charte d'Ottawa, OMS 1986). Les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent sont appelées déterminants sociaux de la santé (en anglais: *social determinants of health* ou SDH). Le système de santé en fait partie. L'objectif des mesures relatives aux SDH est de réduire les contraintes et de renforcer les ressources (troisième bloc du modèle explicatif).

Deuxièmement, pour accroître durablement l'égalité des chances en santé, il est aussi nécessaire de prendre des mesures touchant les facteurs qui ont une influence sur les conditions de vie (ou SDH). Si l'on se réfère au modèle explicatif, il s'agit du contexte social (premier bloc) et des mécanismes sur la base desquels une personne est affectée à une situation sociale (deuxième bloc). Ces deux

facteurs sont appelés *déterminants structurels*. Les mesures les concernant ont pour objectif de réduire les inégalités et les désavantages sociaux, qui entraînent à leur tour les iniquités en santé.

Diminuer les contraintes et renforcer les ressources

Pour que la promotion de la santé et la prévention garantissent l'égalité des chances, il est impératif de ne pas uniquement se concentrer sur la protection contre les désavantages et les contraintes, mais aussi de veiller à ce que les personnes socialement défavorisées disposent de ressources activables (cf. chap. 3.3). Dès lors, il faut à la fois viser la réduction des contraintes et le renforcement des ressources (*empowerment*), aussi bien au niveau des déterminants structurels qu'au niveau des déterminants sociaux de la santé. Le chapitre 10 montre comment y parvenir concrètement. Il recense des approches et des critères de réussite fondés sur des observations factuelles qui permettent incontestablement d'améliorer l'égalité des chances en santé.

Le but est de permettre à l'individu d'influer sur les facteurs qui déterminent sa santé. Ou comme l'écrit l'OMS: les individus doivent avoir davantage «*de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et [être] mieux aptes à faire des choix judicieux*» (Charte d'Ottawa, OMS 1986). Par conséquent, s'engager contre les inégalités sociales en matière de santé ne s'oppose pas à l'idéal libéral de la liberté individuelle, mais permet plutôt de créer les conditions nécessaires à une capacité d'action autonome.

La difficile définition des groupes cibles

Instaurer des mesures de promotion de la santé et de prévention garantissant l'égalité des chances vise à améliorer la santé de toute la population. Toutefois, l'intensité des efforts fournis à cet égard correspond dans l'idéal au niveau de discrimination dont souffrent certaines franges de la population («*universalisme proportionnel*»).

Afin de soutenir de manière précise les personnes particulièrement vulnérables en termes de santé, il est nécessaire de définir clairement les groupes cibles. Il n'est cependant pas possible de dresser une liste générale et hiérarchisée des catégories de personnes concernées: d'une part, les groupes cibles prioritaires varient en fonction du sujet et des

mesures considérés et, d'autre part, les statistiques relatives à la santé présentent de grandes zones d'ombre et ne permettent pas de distinguer tous les publics préférentiels.

Il convient de noter qu'une plus grande probabilité de contracter des maladies n'est en général pas liée à un seul facteur. C'est l'interaction de plusieurs facteurs qui est déterminante. L'exemple des personnes issues de la migration l'illustre bien. Selon des données statistiques, la population immigrée souffre plus souvent de maladies et de handicaps que les personnes sans passé migratoire. Néanmoins, il n'est souvent pas adapté de définir *les migrants* ou *la population immigrée* comme groupe cible d'une mesure, car une personne n'est pas seulement *une personne issue de la migration*, mais un homme ou une femme, au bénéfice d'une bonne ou d'une mauvaise formation, riche ou pauvre, homosexuel ou hétérosexuel, etc. En règle générale, ce n'est pas uniquement le passé migratoire, mais cette interaction de plusieurs caractéristiques constitutives d'inégalités qui engendre des formes particulières de désavantages sociaux et augmente donc la probabilité de souffrir de maladies.

De plus, un résultat factuel (la population immigrée est plus souvent malade) n'offre que des premiers éléments pour définir un groupe cible. Les données statistiques prouvent bien que cette population a une plus grande probabilité de tomber malade, mais elles ne l'expliquent pas. Afin de prévenir la stigmatisation et de pouvoir remédier aux causes effectives, les facteurs qui augmentent les risques de maladie pour un groupe donné doivent être analysés. L'exemple des personnes issues de la migration permet aussi de l'illustrer. Le passé migratoire n'accroît pas obligatoirement en soi la vulnérabilité face aux maladies; d'autres facteurs sont déterminants, tels que le *manque de connaissance d'une langue nationale*, le *manque d'intégration sociale et économique*, l'*histoire migratoire difficile* ou encore un *statut de séjour précaire*, c'est-à-dire des facteurs qui peuvent, mais qui ne sont pas obligatoirement liés à un passé migratoire.

Définir les groupes cibles en se basant explicitement sur l'interaction et l'analyse des facteurs déterminants nous permet de décrire avec plus de précision les iniquités en santé et d'élaborer des mesures plus ciblées et plus efficaces (cf. chap. 7 et 9). Par conséquent, il n'est pas possible de définir,

pour une promotion de la santé et une prévention plus égalitaire, un groupe cible «général» qui ne dépende pas du sujet et des mesures considérés.

Principaux critères de réussite pour les mesures

Le présent rapport identifie plusieurs critères de réussite et principes d'action pour les mesures de promotion de la santé et de prévention qui garantissent l'égalité des chances (cf. chap. 8 et 10). Les éléments suivants sont, en particulier, décisifs.

La **participation** des individus, des franges de la population concernées et de la société civile dans son ensemble est nécessaire pour que les mesures égalitaires soient efficaces. Cela se fonde sur la conviction profonde que *«la promotion de la santé est mise en œuvre par et avec les personnes et ne leur est pas imposée»* (Déclaration de Jakarta, OMS 1997). C'est pourquoi la société civile doit être impliquée activement dans toutes les phases des programmes et des projets, de leur conception et de leur planification à leur évaluation, en passant par leur réalisation.

Les désavantages sociaux pendant la petite enfance peuvent avoir des effets négatifs sur la santé tout au long de la vie. Toutefois, les iniquités en santé ne sont pas uniquement marquées par les conditions de vie prévalant dans les jeunes années, mais aussi par la durée de l'atteinte à la santé: plus la situation dure, plus l'impact négatif sur la santé est probable. Dès lors, les mesures de promotion de la santé et de prévention garantissant l'égalité des chances doivent être planifiées dans la **perspective du parcours de vie** et mises en œuvre à toutes les phases de la vie.

Selon des estimations, la santé est déterminée à hauteur de 60% par des facteurs externes à la politique sanitaire [1]. Ainsi, les mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé et, en particulier, aux conditions structurelles relèvent souvent de la compétence d'autres domaines politiques. Dans l'optique de les planifier et de les mettre en œuvre de manière systématique, il convient donc de définir quelles mesures peuvent être réalisées dans le domaine de la santé même et de déterminer quand d'autres domaines politiques doivent être incités à s'engager en faveur de l'égalité des chances en santé (définition ciblée des priorités politiques). Les mesures de promotion de la santé et de prévention qui garantissent l'égalité des chances renforcent le principe de la **«santé dans tous les domaines politiques»** et présupposent une **approche multisectorielle** qui rassemble notamment la politique de la formation, des affaires sociales, de l'aménagement du territoire et de l'emploi.

Enfin, le **monitorage** des iniquités en santé ainsi que l'**évaluation** des mesures et des progrès doivent être renforcés: la mise en place et le développement de systèmes de monitoring sensibles à la diversité permettent de mieux comprendre l'impact et l'évolution de ces iniquités. Par ailleurs, des efforts supplémentaires en lien avec l'évaluation permettent d'identifier et de multiplier des mesures efficaces. Un système étendu de monitoring et d'évaluation permet ainsi de jauger la politique sanitaire sur la base de résultats et d'objectifs clairs et de mieux rendre des comptes de l'atteinte des objectifs.

Introduction

«Why treat people only to send them back to the conditions that made them sick in the first place?»

Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹

¹ Sources de la citation: http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/posters/en/ et <https://ifmsa.wordpress.com/2012/06/18/update-from-rio20-why-treat-people-only-to-send-them-back-to-the-conditions-that-made-them-sick-in-the-first-place/> (pages consultées le 19.06.2019).

Introduction

1 Introduction thématique

Les disparités sont caractéristiques des sociétés modernes telles que la Suisse: les individus se distinguent de par leur formation et leur profession, leur sexe et leur lieu de naissance, leurs intérêts et leurs opinions, leurs valeurs et leur habitat ou encore leur santé.

Reconnaissance précoce des inégalités sociales en santé

On sait depuis longtemps que les disparités sanitaires ne concernent pas seulement les individus, mais aussi les groupes sociaux. Au plus tard au XIX^e siècle, les liens entre le statut social d'une personne et sa santé ont été mis en lumière. Ainsi, en Allemagne en 1890, il a été documenté que les personnes gagnant un salaire modeste avaient plus de risques de mourir de la tuberculose [2]. Le pathologiste allemand Rudolph Carl Virchow (1821-1902) a aussi conclu très tôt que toutes les maladies avaient deux causes: une pathologique et une politique².

Disparités systématiques et croissantes (pour certaines)

Aujourd'hui, nous disposons de données différenciées sur la santé. Elles nous montrent que, ces dernières décennies, la santé de la population s'est sensiblement améliorée dans les pays développés. Considérer la société dans son ensemble détourne toutefois l'attention des disparités importantes qui existent entre les différents groupes sociaux. Dans les faits, les franges de la population ne bénéficient pas toutes dans une même mesure des améliorations sanitaires, de telle sorte que les individus ne sont toujours pas égaux face à la maladie (cf. chap. 4). Les membres de certains groupes sociaux sont plus souvent malades, souffrent plus souvent d'atteintes à leur santé et décèdent plus tôt que d'autres. Dans plusieurs pays de l'Europe de l'Ouest (dont la Suisse), des indices laissent même présumer que les disparités liées à la santé entre les groupes sociaux se sont accrues ces dernières années [3-5].

Les disparités dans la fréquence des maladies et la mortalité ne sont ni le fruit du hasard ni dues à des causes biologiques. Elles suivent des schémas sociaux clairs: les chances de mener une longue vie exempte de maladies et de handicaps sont plus grandes «lorsqu'on se trouve en haut de l'échelle sociale» (Lamprecht et al. 2006) [6]. Ainsi, d'importantes disparités dans ce domaine existent également dans les pays riches et fortement développés tels que la Suisse, car elles sont l'expression de privilèges et de désavantages sociaux [2]. La citation introductive de l'OMS «*Pourquoi traiter les personnes pour ensuite les renvoyer dans les conditions qui les ont rendues malades?*» le souligne bien: ce sont les conditions de vie qui ont une influence considérable sur l'état de santé.

Implications pour la politique (de la santé)

Les disparités sanitaires persistantes, voire croissantes, indiquent que la politique et la pratique dans le domaine de la santé ne fonctionnent qu'en partie et ne sont pas entièrement adaptées: alors qu'elles améliorent en fin de compte la santé de la population dans son ensemble, elles défont manifestement pour certaines franges de la population [7]. Que signifient ces conclusions pour la promotion de la santé et la prévention? Les disparités en santé exigent-elles une mesure de la part des acteurs du domaine?

La science et la politique sanitaire internationale et nationale³ apportent des réponses claires à cet égard: le sujet revêt «*sans conteste un caractère brûlant pour la politique sociale*» (Rathmann & Richter 2016) [8] et souligne «*clairement que les milieux politiques doivent agir*» (Rathmann & Richter 2016) [8]. L'OMS/Europe recommande même d'évaluer en premier lieu les performances d'un système de santé et d'un gouvernement en considérant la mesure dans laquelle ils réduisent les disparités sociales en matière de santé [3].

² Selon Pega 2013 [283].

³ Voir le chapitre 8.

Éléments en faveur de la réduction des inégalités sociales pour atteindre l'équité en santé

Plusieurs raisons expliquent pourquoi il est urgent de réduire les inégalités sociales pour atteindre l'équité [9]: dans une **optique juridique et normative**, des mesures correspondantes sont notamment inscrites dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de l'ONU (art. 25) et dans le pacte social des Nations Unies (art. 12). Elles concernent le «*droit de chaque personne à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille*» (Déclaration universelle des droits de l'homme de l'ONU) et formulent même le «*droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre*» (pacte social des Nations Unies). L'OMS souligne aussi dans sa constitution: «*La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.*» L'OMS va même un peu plus loin et reconnaît même un droit explicite à l'égalité des chances en matière de santé [5]. Des conditions de vie sociales qui ne mettent pas la santé en danger constituent un élément important [3]. Les questions portant sur ce «droit à la santé» et le «droit à l'égalité des chances en matière de santé» sont extrêmement complexes et sont de nature à susciter le débat [10-13]. À la différence des principes internationaux mentionnés, la Constitution fédérale suisse ne contient aucun droit explicite à la santé. La Confédération suisse se donne toutefois la mission de garantir une égalité des chances aussi grande que possible (art. 2 Cst.), et donc également dans le domaine de la santé.

D'un **point de vue sociopolitique** sont décisifs les signes indiquant que des inégalités substantielles dans une société ont des répercussions négatives sur toute la population [14]. Concrètement, il faut partir du principe que l'égalité des chances (en matière de santé) favorise la cohésion sociale, la confiance dans la société et l'intégration des individus et des groupes désavantagés, soit des conditions importantes pour qu'une société fonctionne [3, 15].

Dans une **perspective économique**, les disparités sociales engendrent des coûts sanitaires substan-

tiels. Les résultats d'une étude européenne visant à évaluer les coûts de la santé, du social et du marché du travail le montrent: dans l'UE, ces disparités sont la cause de 700 000 décès et de 33 millions de maladies par an; elles sont responsables de 20% des coûts de la santé et de 15% des coûts des prestations sociales. Finalement, elles réduisent le PIB de 1,4% par an en raison des pertes de productivité liées aux maladies. Les dommages économiques supportés par les pays de l'UE s'élèvent, au total, à 9,4% du PIB ou à 980 milliards d'euros par an [16]. Si l'on transpose les estimations européennes à la Suisse, les disparités sociales auraient engendré, en 2016, des coûts sanitaires à hauteur de quelque 16 milliards de francs et des dommages économiques globaux de plus de 60 milliards de francs. Ces coûts sont si élevés qu'aucun pays ne peut se permettre de ne pas agir pour lever ces inégalités [3].

Ainsi, l'égalité des chances liée à la santé est un principe fondamental de l'État et revêt une importance économique pour la Suisse. D'un **point de vue éthique**, la santé et l'égalité des chances en la matière ne constituent pas seulement le moyen de parvenir à une fin, mais aussi une valeur et un objectif en soi. En effet, la santé est un bien particulier qui permet aux individus d'agir et de mener une vie satisfaisante [17]. La santé est donc hautement appréciée par les individus et par la société [3] et les disparités systématiques dans ce domaine pèsent davantage que les différences de revenus [17]. La promotion de l'égalité des chances liée à la santé est une question de justice sociale et constitue un impératif éthique [18].

Fortes exigences envers la promotion de la santé et la prévention

La responsabilité individuelle doit aussi jouer un rôle primordial dans le domaine sanitaire. Cependant, si l'état de santé reflète des privilèges ou des désavantages sociaux et que l'influence sur sa santé est conditionnée par sa situation sociale et économique, l'influence individuelle est relativement limitée. Le médecin et épidémiologiste anglais Michael Marmot écrit à ce sujet que «*les individus ne peuvent assumer aucune responsabilité lorsqu'ils n'ont pas le contrôle sur ce qui leur arrive*»⁴ (Marmot 2015) [19].

⁴ Citation originale: «*But people's ability to take personal responsibility is shaped by their circumstances. People cannot take responsibility if they cannot control what happens to them*» (Marmot 2015, p. 51) [19].

D'après l'OMS, les mesures de promotion de la santé et de prévention ont pour principal objectif de «réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé» [OMS/Europe 1986, p. 2] [20]. Lorsque les spécialistes de la promotion de la santé et de la prévention se sentent liés par ce principe, ils s'engagent pour que les individus aient plus de contrôle sur leur santé et ses déterminants. L'engagement pour des conditions de vie et de travail favorables à la santé et contre les inégalités sociales dans ce domaine ne s'oppose ainsi pas à l'idéal libéral de la liberté individuelle, mais permet de créer les conditions nécessaires à une capacité d'action autonome.

Lacunes dans la pratique et questions sans réponses

En Suisse aussi, la politique sanitaire s'est davantage penchée sur l'égalité des chances ces dernières années. Des priorités générales (Santé2020) aux bases spécifiques concernant les maladies non transmissibles (MNT), la dépendance et les maladies psychiques (cf. chap. 8), cette question apparaît dans toutes les stratégies politiques en tant que sujet principal ou transversal à prendre en compte dans la planification et la mise en œuvre des mesures.

Néanmoins, de grandes lacunes et des questions sans réponses subsistent dans la pratique. De manière générale, on déplore au niveau international et en Suisse que les **efforts pratiques en faveur de l'égalité des chances liée à la santé soient encore insuffisants et trop peu systématiques** [21-24]. Plusieurs raisons expliquent pourquoi cet aspect est toujours «oublié» dans les initiatives concrètes: la focalisation unilatérale sur la responsabilité individuelle ou encore les ressources financières et humaines élevées qu'impliquent les mesures égalitaires. La complexité du sujet, l'insécurité concernant les mesures à prendre concrètement et les groupes à cibler constituent, elles aussi, des obstacles importants.

Dès lors, les mesures de promotion de la santé et de prévention touchent aujourd'hui encore plutôt des groupes au statut socio-économique moyen ou élevé [25-29]. Un problème décrit il y a environ 40 ans, la règle des soins inversement proportionnels, persiste donc [30]: «*moins les besoins effectifs sont importants, plus les soins de bonne qualité sont accessibles*». Autrement dit, les **programmes de promotion de la santé n'atteignent souvent pas les groupes sociaux qui sont confrontés à des risques sanitaires élevés et qui pourraient donc en tirer le plus grand profit.**

Ces dernières années, de nombreux programmes, principes et stratégies ont été élaborés afin d'accroître l'égalité des chances en matière de santé. De nombreuses personnes critiquent cependant le fait qu'ils n'ont souvent qu'un caractère normatif et que les **approches factuelles** pour accroître efficacement cette égalité des chances **sont rares** [17].

En fin de compte, après des années d'attention portée aux personnes issues de la migration, il est nécessaire d'**étendre le groupe cible et de prendre aussi en compte d'autres personnes et groupes défavorisés sur le plan social.** Par exemple, le plan de mesures relatif à la stratégie MNT prévoit explicitement que des groupes cibles prioritaires doivent être identifiés et définis (activité D.2.1). À cet égard, il convient d'étudier comment les expériences tirées du domaine de la migration peuvent être transposées à d'autres groupes cibles.

Introduction

2 Objectifs, contenu et public du rapport

Résumons le contexte du rapport: les disparités sociales en santé sont connues depuis longtemps et sont décrites de manière différenciée; les bases de la politique sanitaire exigent explicitement un accroissement de l'égalité des chances, mais la mise en œuvre s'avère difficile dans la pratique. Les milieux scientifiques [21] et l'OMS (p.ex. Charte de Bangkok de 2005) demandent que les résolutions politiques soient plus souvent suivies de mesures et que davantage d'énergie soit investie dans l'élaboration, la diffusion et la réalisation de solutions efficaces.

Dans ce contexte, le présent rapport poursuit les objectifs suivants:

- proposer des arguments en faveur d'un engagement accru pour l'égalité des chances;
- clarifier quelques termes et notions concernant un sujet complexe et souvent flou;
- contribuer à la planification systématique de mesures égalitaires dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention;
- identifier des approches factuelles.

Démarche adoptée et contenu du rapport

La structure du rapport se fonde sur le cycle d'action en santé publique (*public health action cycle*), qui s'est établi en tant qu'instrument pour une planification et une réalisation systématiques des mesures de promotion de la santé et de prévention (cf. illustration 1). Ce cycle comporte quatre étapes [31]: 1) la description empirique des disparités sociales en matière de santé, 2) l'analyse des causes (facteurs d'influence et naissance des iniquités), 3) l'élaboration et la réalisation de mesures concrètes sur cette base et 4) l'évaluation des mesures et l'ouverture d'un nouveau cycle.

La première partie du rapport, qui concerne la *description de la situation*, poursuit deux objectifs:

- Quelques **notions fondamentales relatives à l'égalité des chances en matière de santé sont traitées et des clarifications conceptuelles proposées** afin de contribuer à concrétiser un sujet encore «flou» (**chap. 3**).
- Le rapport **décrit la manière dont les disparités sociales se traduisent en termes de santé**, c'est-à-dire qu'il parle des formes qu'elles revêtent et qu'il illustre leur ampleur en Suisse sur la base d'exemples choisis (**chap. 4**).

ILLUSTRATION 1

Cycle d'action en santé publique (selon Richter et al. 2011)



La deuxième partie du rapport est consacrée à l'*analyse des causes* et offre une vue d'ensemble des connaissances théoriques actuelles sur deux questions:

- Le rapport **tente d'expliquer le lien entre les inégalités sociales et la santé** afin de mieux comprendre pourquoi les personnes socialement défavorisées sont plus souvent malades et la mortalité est plus élevée chez elles. En effet, il est nécessaire de comprendre l'origine des disparités sociales qui ont une influence sur la santé pour pouvoir développer des interventions efficaces dans un second temps (**chap. 6**).
- L'**origine des désavantages sociaux**, donc des risques accrus dans le domaine de la santé, est expliquée. Ces réflexions sur les différents niveaux de désavantage servent de point de départ pour la définition des groupes cibles prioritaires (**chap. 7**).

Sur la base des explications théoriques, la troisième partie du rapport, dévolue à l'*élaboration et à la réalisation des mesures*, présente plusieurs recommandations et principes:

- Dans la perspective de l'élaboration des mesures, le rapport **identifie des approches qui contribuent manifestement à accroître l'égalité des chances**. Il montre ainsi concrètement ce qui peut être réalisé pour atteindre les groupes cibles socialement défavorisés et pour renforcer les mesures égalitaires dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Ces recommandations factuelles constituent le cœur du rapport (**chap. 10**).
- L'élaboration des mesures implique aussi de définir des groupes cibles prioritaires pour les différents projets et programmes. C'est pourquoi le rapport **présente quelques principes et suggestions pour l'identification des individus et des groupes de personnes qui sont confrontés à des risques sanitaires plus élevés en raison de leur statut social** (**chap. 9**).
- Enfin, la réalisation des mesures doit s'intégrer aux stratégies et bases politiques, raison pour laquelle le rapport **étudie des stratégies sanitaires internationales et nationales sous l'angle**

de l'égalité des chances. Cela permet, d'une part, de légitimer les mesures égalitaires dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention et, d'autre part, d'identifier des principes et des modes opératoires pour les mesures concrètes (**chap. 8**).

Le rapport met l'accent sur les trois premières étapes du cycle d'action en santé publique. Il ne formule aucune recommandation explicite pour la quatrième (*évaluation*) parce que les approches factuelles (**chap. 10**) se fondent déjà sur une analyse approfondie d'évaluations scientifiques et que des documents relatifs à l'évaluation des mesures existent déjà (p. ex. stratégie de l'OFSP pour le monitoring de l'égalité des chances face à la santé en Suisse [32] et documents généraux de Promotion Santé Suisse concernant l'évaluation de l'efficacité des mesures dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention [33-35]).

Axes et limites du rapport

Le rapport met l'accent sur la promotion de la santé et la prévention auprès de la population (tâches qui sont par exemple réalisées en Suisse au travers des programmes d'action cantonaux). Il donne en outre quelques impulsions concernant la prévention dans le domaine des soins (PDS) et la gestion de la santé en entreprise (GSE). Nombre de ses contenus sont aussi valables pour ces deux domaines, même si aucune recherche spécifique n'a été effectuée faute de ressources suffisantes.

Dans la perspective des interventions concrètes, les **thèmes** de l'alimentation, de l'activité physique, de la santé psychique et des addictions sont au premier plan. Ces priorités ont été fixées en concordance avec la stratégie MNT, la stratégie Addictions et le rapport Santé psychique⁵. Dans le domaine des addictions, l'accent a toutefois été mis sur la prévention contre le tabagisme, de nouveau faute de ressources suffisantes. En effet, les mesures égalitaires dans la prévention du tabagisme ont déjà fait l'objet de plusieurs études, alors que ces connaissances sont encore rares pour d'autres substances (p. ex. alcool) ou comportements addictifs. Certaines connaissances tirées de la prévention contre le taba-

⁵ Les stratégies et documents de référence font l'objet de discussions au chapitre 8.

gisme peuvent être transposées à la prévention contre d'autres substances psychotropes, mais seulement de manière limitée à celle de la prévention contre les addictions comportementales.

Afin de développer des mesures les plus efficaces possible, il est recommandé de distinguer les différentes **causes de la vulnérabilité en matière de santé** (cf. chap. 3.3). Le présent rapport met l'accent sur les personnes qui présentent un taux de morbidité et de mortalité élevé en raison de désavantages sociaux. Il se concentre sur les personnes qui sont défavorisées du fait de leur statut socio-économique (c.-à-d. faibles revenus, faible niveau de formation, faible statut professionnel, fortune peu importante), de leur sexe (genre), de leur passé migratoire ou de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre (LGBTI⁶). Cependant, il ne traite ni des personnes qui encourent un risque élevé de maladie en raison de pathologies existantes, de restrictions de la mobilité, de handicaps ou de l'isolation sociale⁷, ni des enfants vulnérables sur le plan sanitaire parce que l'un de leurs parents souffre d'une maladie psychique. Ces éléments et d'autres facteurs similaires ont une influence déterminante sur la santé, mais n'ont guère fait l'objet d'études scientifiques. Le rapport met donc l'accent sur des groupes sociaux qui représentent depuis longtemps des priorités pour la science, la politique et la pratique et pour lesquels il existe déjà des connaissances scientifiques concernant les facteurs structurels, connaissances qui peuvent être approfondies de manière systématique.

Public cible du rapport

Le présent rapport s'adresse aux responsables des stratégies et de la mise en œuvre dans les offices fédéraux, les organes cantonaux ou communaux et les ONG qui sont chargés de planifier, d'élaborer et de développer des projets et des programmes visant à accroître l'égalité des chances en santé. Il leur fournit notamment des informations sur les éléments à prendre en compte pour les interventions, un modèle pour la planification systématique des interventions, un recueil de mesures éprouvées et des impulsions pour la définition des groupes cibles. Le rapport a aussi pour vocation de servir d'outil aux personnes qui rédigent ou évaluent des demandes de projet adressées à des fonds de soutien. Il leur livre notamment des informations éprouvées relatives à des interventions efficaces et une démarche pour évaluer et justifier quels groupes cibles font face à des contraintes élevées tout en disposant de ressources insuffisantes.

En complément au rapport, une **brochure introductive et pratique concernant l'égalité des chances en santé** est publiée. Si nécessaire, les thèmes qu'elle aborde peuvent être approfondis à la lumière du rapport. Dès lors, le rapport n'a pas été conçu comme un texte introductif, mais comme un ouvrage de référence dont les différents chapitres ont pour but de répondre à des questions ciblées.

⁶ Le sigle LGBTI désigne les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres ou intersexuelles.

⁷ Il convient de souligner que les personnes souffrant de troubles psychiques ou de handicaps, par exemple, peuvent aussi être confrontées à des désavantages sociaux considérables.

Partie 1: description de la situation

«Social injustice is killing people on a grand scale.»

Organisation mondiale de la Santé, OMS (CSDH 2008, p. 26) [18]

Dans cette partie, il s'agit d'abord de clarifier quelques notions complexes et encore un peu floues afin d'instaurer une base de lecture commune et un vocabulaire univoque pour parler de l'égalité des chances en santé. Nous montrerons ensuite, sur la base de données suisses relatives à la santé, comment les iniquités se présentent de manière empirique.

Partie 1: description de la situation

3 Définitions

Pour mieux comprendre le lien entre inégalité sociale et santé, il faut répondre aux questions suivantes:

- Les sociétés modernes sont très hétérogènes. Toutes les disparités sociales sont-elles synonymes d'iniquités potentiellement problématiques (chap. 3.1)?
- Toutes les disparités liées à la santé sont-elles problématiques dans une même mesure (chap. 3.2)?
- Les termes «défavorisé» et «vulnérable» désignent-ils les mêmes groupes de personnes (chap. 3.3)?
- Dans ce contexte, que signifie «égalité des chances en santé»? Les termes d'égalité et d'équité, souvent utilisés de manière synonymique, font-ils référence à des réalités différentes (chap. 3.4)?

3.1 Inégalités sociales

Comme toutes les sociétés modernes, la Suisse se caractérise par une importante diversité sociale. Si, du fait de ses différences linguistiques et religieuses, elle a de tout temps formé une nation plurielle, l'immigration et les nouveaux styles de vie qu'elle a connus depuis le milieu du XX^e siècle l'ont rendue plus hétérogène encore. Il suffit d'un bref coup d'œil à l'histoire de l'humanité pour constater que l'évolution de la société s'est toujours accompagnée d'inégalités. Toutes les sociétés ont ainsi de tout temps été composées de puissants et de faibles, de riches et de pauvres, de privilégiés et de défavorisés [36].

Du rapport entre différences et inégalités

Les différences et les inégalités ont donc toujours fait partie de notre société. Mais comment distinguer une différence enrichissante pour une société plurielle d'une inégalité qui pose problème? À quel moment est-ce que les différences entre les gens se transforment en des inégalités sociales qui mettent notre société à l'épreuve?

Les milieux scientifiques partent du principe que toutes les inégalités reposent sur des différences, mais que toutes les différences ne sont pas synonymes d'inégalités [6, 8]. Pour mieux comprendre ce que cela signifie, prenons l'exemple du genre [6]: bien que des éléments biologiques permettent d'établir qu'il existe des différences entre les femmes et les hommes, ces différences biologiques en elles-mêmes ne constituent pas (encore) des inégalités sociales. C'est à partir du moment où les femmes gagnent moins en effectuant le même travail, doivent attendre pour bénéficier du droit de vote ou ont des difficultés à accéder à des positions dominantes au sein de la société que ces différences deviennent des inégalités sociales.

Les principaux éléments qui caractérisent les inégalités sociales sont donc les suivants:

- elles s'accompagnent d'une répartition inégale de ressources matérielles ou immatérielles considérées comme importantes pour une société, comme le niveau du revenu, la situation professionnelle, l'influence politique et la reconnaissance sociale [8, 37];
- il ne s'agit pas uniquement d'avantages ou d'inconvénients divers limités dans le temps, mais de formes systématiques et durables de privilèges et de discriminations [6];
- elles influent sur les conditions de vie et les perspectives d'avenir et définissent les possibilités d'action [6, 36].

L'inégalité sociale est communément décrite comme une répartition inégale des ressources matérielles et immatérielles dans une société (Rathmann & Richter 2016) [8]. Elle a par conséquent un impact déterminant sur la qualité de vie et la santé [23].

Caractéristiques constitutives des inégalités

Quelles sont les principales caractéristiques socio-démographiques qui exercent une influence particulière sur notre statut dans la société – et, par conséquent, sur l'apparition d'inégalités sociales?

Autrement dit: qui sont, dans la Suisse d'aujourd'hui, les personnes les plus fortement touchées par les inégalités sociales?

Jusqu'ici le niveau de formation, le revenu, la fortune et la situation professionnelle étaient jugés déterminants pour la position dans la société, raison pour laquelle les études sur les inégalités se sont surtout penchées sur ces éléments. Ces quatre éléments sont décrits comme des caractéristiques «verticales» de l'inégalité, car ils répartissent la population entre une classe supérieure et une classe inférieure, c'est-à-dire de la disposer dans une structure hiérarchique [8, 38]: en effet, il est possible d'établir une distinction entre un niveau de formation plus élevé ou plus bas et de qualifier objectivement un revenu de plus grand ou plus petit. Les caractéristiques que représentent la formation, le revenu, la fortune et la situation professionnelle sont aujourd'hui regroupées sous le terme de «statut socio-économique».

Le statut socio-économique est le principal indicateur de la position d'une personne dans la société. Au fil des dernières décennies, il est cependant apparu de plus en plus souvent que les inégalités sociales et les structures des sociétés modernes sont trop complexes pour être décrites et interprétées uniquement sur la base de ces quatre caractéristiques liées à l'emploi [6, 7].

Le constat selon lequel l'inégalité sociale peut résulter non seulement d'éléments verticaux, mais aussi d'éléments «horizontaux» s'est révélé particulièrement important à cet égard. Par «caractéristiques horizontales» de l'inégalité, on entend les éléments sociodémographiques qui ne peuvent pas être placés dans un ordre hiérarchique ni répartis entre une classe supérieure et une classe inférieure [8]. Ces caractéristiques peuvent favoriser ou entraver l'attribution de ressources majeures comme le revenu et la reconnaissance sociale [8]. Les éléments les plus fréquemment cités à ce titre dans la littérature scientifique et les stratégies de politique de santé sont le genre, la nationalité ou un éventuel passé migratoire et le statut de séjour correspondant, un éventuel handicap, l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre, l'appartenance religieuse, la situation familiale et la composition du ménage, la région de résidence et l'âge [8, 38, 39].

À noter que plusieurs de ces caractéristiques peuvent se cumuler et ainsi multiplier les contraintes. Par

exemple, lorsqu'une migrante au chômage possède un bas niveau de formation, la situation entraîne des désavantages complexes (cf. chap. 7).

Les **inégalités sociales** s'inscrivent dans une échelle de valeurs sociale, s'accompagnent d'une répartition inégale des ressources matérielles et immatérielles et ont un impact déterminant sur les chances dans la vie, donc sur la santé des individus et des groupes. Elles sont caractérisées par des éléments «verticaux» et «horizontaux».

3.2 Inégalités et iniquités en santé

Comme nous l'avons constaté pour les différences sociales, les disparités entre les individus ou les groupes de population en matière de santé ne sont pas forcément toutes sources de problèmes. C'est ce qui a conduit l'OMS, l'Organisation mondiale de la Santé, à établir une distinction entre les «*health inequalities*» et les «*health inequities*» [38]. Selon l'OMS, il s'agit dans les deux cas – inégalités et iniquités – de différences dans l'état de santé et dans la répartition des déterminants de la santé entre divers groupes de la population [40].

Les inégalités en santé peuvent notamment découler de disparités biologiques ou du libre choix d'un individu [2, 41]. La différence de mobilité entre une personne âgée et un jeune, l'écart entre le poids de naissance d'un garçon et celui d'une fille ou le risque accru de blessures d'un amateur de vélo tout terrain par rapport à quelqu'un qui ne pratique pas ce sport sont autant d'exemples de «*health inequalities*» [2, 40, 41]. Vouloir modifier ces différences dans la santé et dans la répartition des déterminants de la santé serait impossible ou tout au moins éthiquement et moralement inacceptable [40]. Dans le présent rapport, le terme anglais «*health inequalities*» est traduit littéralement par «inégalités en santé».

Les iniquités en santé sont, quant à elles, liées aux conditions de vie et à des facteurs environnementaux extérieurs, qu'une personne ne peut ni influencer ni contrôler [40, 42]. Elles sont le fruit des inégalités sociales qui existent au sein d'une société et rendent certains groupes de la population plus vulnérables face à la santé. [41, 43]. À noter que la

répartition de la charge de morbidité et de la mortalité suit le gradient des inégalités verticales et horizontales exposées dans le chapitre précédent. Parmi les exemples de «*health inequities*» figurent la multiplication des affections psychiques parmi les minorités sexuelles et de genre (communauté LGBTI) en raison de la stigmatisation structurelle [44-46], la prévalence accrue de surcharge pondérale chez les enfants de parents ayant un faible niveau de formation [47, 48] ou l'espérance de vie plus faible des personnes à bas revenus [23]. Comme le montrent ces exemples, les «*health inequities*» ne découlent ni de différences biologiques ni, ou seulement en partie, du libre choix de l'individu ou du groupe concerné. C'est ce qui explique que les «*health inequities*» soient considérées comme inutiles, évitables et injustes [40, 42, 43]. Contrairement aux inégalités en santé, elles génèrent par conséquent une pression en faveur de mesures politiques (de santé) (Mielck 2005) [38] et ne peuvent pas simplement être acceptées par la société (Egger & Razum 2014) [2]. Dans le présent rapport, le terme anglais «*health inequities*» est traduit littéralement par «iniquités en santé».

Tandis que les **inégalités en santé** reposent notamment sur des différences biologiques, les **iniquités en santé** résultent d'inégalités sociales et de facteurs externes liés aux conditions de vie, raison pour laquelle elles sont considérées comme évitables et injustes.

3.3 Personnes vulnérables et socialement défavorisées

Les personnes victimes d'iniquités en santé ou souffrant d'une charge de morbidité accrue sont fréquemment désignées dans la littérature comme des groupes vulnérables ou défavorisés [cf. 49]. Cette définition reste néanmoins souvent floue, et on ne le distingue pas clairement du terme «défavorisé». Les deux termes sont même parfois employés comme des synonymes [cf. 40].

Vulnérabilité en santé

De manière générale, la «vulnérabilité en santé» désigne une prédisposition accrue à développer une maladie et à mourir (prématurément). Ce risque augmente lorsqu'une personne ne dispose pas de ressources suffisantes pour faire face à une situation ou à des conditions difficiles [50]. La vulnérabilité en santé est par conséquent généralement définie comme un déséquilibre entre les facteurs de risque et les facteurs de protection (OFSP & CDS 2016) [51] ou comme une accumulation des facteurs de risque et un déficit des facteurs de protection (Weber et al. 2016) [52].

La vulnérabilité n'est pas un état dichotomique dans lequel une personne est vulnérable ou non. La vulnérabilité doit plutôt être considérée dans tout son spectre de possibilités. Dans son travail, la Croix-Rouge suisse établit ainsi une distinction entre les personnes «non vulnérables», «vulnérables dans certaines situations», «potentiellement vulnérables» et «hautement vulnérables» [50]. Concevoir la vulnérabilité comme une palette d'états sous-entend qu'elle n'est pas statique et que la plupart des gens sont plus fragiles à certains moments de leur vie [53]. La durée de cet état de vulnérabilité peut fortement varier: certaines personnes peuvent être vulnérables suite à une crise (court terme) ou à cause de leurs conditions de vie (long terme) [51].

Précautions dans l'emploi du terme de vulnérabilité

Le terme de vulnérabilité recouvrant des particularités propres à des personnes et à des groupes susceptibles de fragiliser la santé, il a le pouvoir de sensibiliser les milieux politiques et de déclencher une action sociale [49]. Dans le même temps – comme le dénoncent invariablement certaines critiques –, on risque, à trop vouloir se concentrer sur les personnes et groupes vulnérables, de surestimer leurs ressources et leurs possibilités d'action individuelles (et collectives) et, par là même, de les rendre responsables de leur fragilité accrue face à la maladie [29, 49]. Outre ce danger de la double victimisation (*victim blaming*), la «recherche de groupes particuliers» pourrait contribuer à discriminer et à stigmatiser les catégories de personnes identifiées comme vulnérables [49] et à en faire les sujets d'une politique de santé paternaliste [53].

La vulnérabilité en santé est liée à différentes caractéristiques

Quels facteurs et caractéristiques concrets sous-tendent la vulnérabilité en santé? Si, à l'époque, elle s'expliquait principalement par des raisons biologiques, ces dernières décennies, les aspects socioculturels ont été de plus en plus discutés et reconnus comme facteurs de vulnérabilité essentiels [54].

Les données empiriques mettent en évidence un certain nombre de caractéristiques corrélées à une mortalité et à une morbidité plus élevées. Pour les analyser, il convient de faire la distinction entre les facteurs de vulnérabilité individuels et structurels [50, 54, 55]:

- Les *facteurs individuels* se réfèrent à des individus et à des **préjudices individuels** qui peuvent accroître la vulnérabilité. Il s'agit en particulier de facteurs *physiques* (p. ex. maladie existante, handicap⁸, grossesse ou vieillesse), de facteurs *psychiques* (p. ex. faible sentiment d'auto-efficacité, maladie mentale, traumatisme consécutif à des actes de violence ou de criminalité, prise en charge de proches malades, parent souffrant d'une consommation problématique ou d'un comportement problématique), de *comportements* nuisibles à la santé (p. ex. tabagisme, consommation excessive d'alcool et manque d'activité physique), de faibles *compétences en matière de santé* et de *relations sociales* fragiles [49, 50, 55].
- Les *facteurs structurels* par contre se réfèrent à l'environnement social et à ses effets sur l'individu. La notion de **désavantages sociaux** met en exergue les conséquences des inégalités sociales sur la santé, en relevant l'accès insuffisant aux ressources matérielles, sociales et culturelles qui résulte des structures et du processus de répartition et de participation existants (Streich 2009) [49]. En d'autres termes, il s'agit de la manière dont les inégalités sociales se répercutent sur la santé. L'accès aux ressources sociales est étroitement lié aux caractéristiques verticales et horizontales susmentionnées [49, 50].

De l'importance des interactions

Les effets cumulatifs, c'est-à-dire l'interaction néfaste de plusieurs facteurs de risque sont particulièrement importants à cet égard. Plus les facteurs de risque concourants sont nombreux, plus la charge totale est lourde et plus la prédisposition à développer une maladie est grande (cf. chap. 7). La vulnérabilité peut notamment augmenter lorsque des difficultés individuelles et structurelles apparaissent simultanément et se renforcent mutuellement [50], comme ce serait le cas, par exemple, d'une personne ne possédant aucun diplôme reconnu, vivant seule avec son enfant et ayant un statut de séjour en Suisse précaire; ou d'une personne isolée socialement dont la mobilité serait réduite et qui vivrait à la limite du seuil de pauvreté [50].

Les personnes socialement défavorisées en point de mire

Il faut partir de l'hypothèse que la vulnérabilité en santé requière des mesures différentes selon qu'elle est due à un désavantage individuel ou social. Les interventions ne seront pas les mêmes dans le cas d'un jeune homme présentant un risque de dépression élevé, car il est victime de stigmatisation sociale à cause de son orientation sexuelle [44] (désavantage social) et dans celui d'une personne du même âge dont la santé psychique est fragilisée en raison de son investissement émotionnel dans la prise en charge d'un proche malade (phénomène des jeunes aidants) (désavantage individuel). Comme la vulnérabilité en santé est le fruit de situations diverses nécessitant différents types de mesures, il importe d'étudier de manière ciblée, c'est-à-dire séparée, les processus d'apparition et les interventions fondées sur des preuves. En pratique, il va de soi que les facteurs de vulnérabilité structurels et individuels interagissent souvent, appelant des mesures combinées.

Le présent rapport se concentre sur les données structurelles susceptibles d'engendrer une vulnérabilité en santé. Ce choix tient, d'une part, au fait que les désavantages sociaux constituent depuis longtemps un axe majeur en santé, tant sur les plans

⁸ Certains facteurs ne peuvent pas être classés exclusivement dans la catégorie «individuels» ou «structurels». Dans le cas d'un handicap, par exemple, le désavantage individuel peut aller de pair avec une inégalité structurelle.

scientifique, politique que pratique. D'autre part, l'important volume de connaissances fondées sur des preuves qui existe dans ce domaine permet une analyse systématique.

Les groupes considérés comme «**vulnérables**» peuvent, en raison de facteurs individuels ou d'une combinaison de facteurs individuels et structurels, présenter une sensibilité accrue aux maladies ou une accumulation de facteurs de risque et un déficit de facteurs de protection. Les groupes vulnérables ne sont pas forcément socialement défavorisés. Le terme «**socialement défavorisé**» désigne quant à lui spécifiquement les personnes et groupes de population touchés par des inégalités sociales ou désavantagés par des facteurs structurels et présentant de ce fait souvent une fragilité accrue face aux maladies. Le présent rapport se concentre sur les iniquités en santé et donc sur les groupes de population socialement défavorisés.

Les caractéristiques sociodémographiques ne sont qu'un point de départ pour comprendre la vulnérabilité

Des études empiriques montrent que les caractéristiques susmentionnées augmentent la probabilité de la vulnérabilité en santé, mais ne la déterminent pas de manière intrinsèque [56]. Ainsi, le passé migratoire en tant que tel n'aggrave pas la prédisposition aux maladies ou le risque de mortalité. La vulnérabilité découle plutôt de facteurs tels qu'une *faible connaissance d'une langue nationale*, une *intégration économique et sociale insuffisante*, un *parcours migratoire difficile* ou un *statut de séjour précaire*, qui peuvent être associés à un passé migratoire, mais ne le sont pas nécessairement. Une analyse précise est indispensable pour identifier les causes de la vulnérabilité en santé et prévoir des interventions efficaces. Mettre l'accent sur les facteurs explicatifs plutôt que sur les caractéristiques sociodémographiques comporte en outre le risque de stigmatiser certains groupes sociaux (cf. chap. 9.3).

Caractéristiques susceptibles d'aller de pair avec un désavantage social

Dans la littérature, les groupes de population les plus souvent cités comme étant «*socialement défavorisés*» sont: les personnes disposant d'un bas revenu et d'un faible niveau de formation, les travailleurs et travailleuses dont les conditions d'emploi sont peu sûres, les membres de minorités sexuelles et de genre, les personnes migrantes se trouvant dans des situations précaires ou disposant de connaissances linguistiques insuffisantes. À noter que le genre constitue aussi une catégorie essentielle de la structure sociale susceptible d'engendrer des désavantages et, par conséquent, d'avoir des effets négatifs sur les chances en matière de santé [29, 36, 49, 50].

Digression: ressources et résilience des personnes socialement défavorisées

La conception de la vulnérabilité en santé exposée précédemment – déséquilibre entre facteurs de risque et facteurs de protection – met en avant le fait que tous les individus, y compris ceux qui sont socialement défavorisés, disposent de ressources face aux contraintes. Les désavantages sociaux ne constituent pas une fatalité; les groupes concernés ont eux aussi une capacité d'agir (*agency*) et des ressources à mobiliser [3, 287].

Il est capital que les mesures de promotion de la santé et de prévention visant à garantir l'égalité des chances évitent toute victimisation axée uniquement sur la protection contre les désavantages et les contraintes [3, 288, 289]. Il est crucial de faire également appel aux ressources des groupes défavorisés afin de les renforcer ou d'en développer de nouvelles et donc d'améliorer la capacité d'action face à la santé [1, 3, 36, 287].

L'objectif est d'encourager la résilience, à savoir la «résistance psychique déployée face à des événements contraignants» et la gestion réussie des circonstances difficiles de l'existence (Blaser & Amstad 2016) [290].

Cette perspective orientée vers les ressources reprend l'approche salutogène, qui ne s'interroge pas sur ce qui rend quelqu'un malade, mais, au contraire, sur ce qui lui permet de rester en bonne santé. Dans l'état actuel des connaissances, la santé se traduit par un équilibre entre contraintes et ressources, ou par un éventail de ressources plus large que les difficultés [52]. Les ressources peuvent influencer directement et indirectement sur la santé [290]:

- elles aident à surmonter plus facilement les circonstances défavorables et donc à rester en bonne santé. Elles permettent, jusqu'à un certain point, d'atténuer les contraintes. Il s'agit d'un effet indirect;
- elles peuvent également exercer une influence directe: un sentiment d'auto-efficacité élevé a, par exemple, des effets positifs sur la santé psychique, indépendamment de l'existence de contraintes.

Les sciences de la santé partent du principe que les ressources – tout comme les contraintes – sont présentes à la fois chez les individus (ressources endogènes) et dans leur environnement (ressources exogènes). Toutes deux peuvent être physiques, psychiques, sociales ou matérielles [52].

Les traits de personnalité (sentiment d'auto-efficacité et de cohérence), la formation et le savoir (compétences en santé), les compétences professionnelles et interpersonnelles ainsi que les possibilités financières sont autant de ressources importantes. Parmi les ressources, citons le soutien par le réseau social, des conditions de travail favorables à la santé, un environnement propice à l'activité physique ou encore des possibilités de participer à la vie sociale. Pour améliorer durablement l'égalité des chances, les mesures de promotion de la santé et de prévention doivent non seulement viser à renforcer les ressources, mais aussi agir sur les ressources en créant des conditions de vie salutogènes.

3.4 Égalité et équité des chances en santé

Pour couvrir l'ensemble des objectifs et mesures relatifs à l'inégalité en santé, deux termes sont communément employés: l'égalité des chances en santé et l'équité en santé. Ainsi le Conseil fédéral, dans les priorités de sa politique de santé «Santé 2020» [1], et la stratégie nationale Addictions [57] parlent tous deux exclusivement d'égalité des chances, tandis que la stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024 [51] et le plan de mesures correspondant [39] utilisent les deux termes comme des synonymes.

Distinction fondamentale entre les deux termes

Si le présent rapport emploie les deux termes, il établit une nuance:

- Tel que nous les concevons aujourd'hui⁹, les termes français *égalité* et anglais *equality* en tant que pendants de l'allemand *Gleichheit* signifient «*qualité de ce qui est égal ou très similaire, et absence de discrimination sur le plan des droits*». L'égalité fait ainsi référence aux résultats (p. ex. les chances et les possibilités).
- *Équité*, *equity* et *Gerechtigkeit* désignent quant à eux une «*attitude de l'État ou de la société consistant à octroyer équitablement ses droits à chacun et à attribuer à chaque personne ce qui lui est dû*». L'équité se fonde ainsi sur un niveau d'*action* permettant de garantir que les personnes bénéficient des droits et possibilités qui leur reviennent.

Par analogie avec ces définitions de base, il est proposé dans le domaine de la santé d'utiliser le terme *égalité des chances en santé* dans le sens du but ou du résultat à atteindre et celui d'*équité en santé* dans le sens du processus et du chemin à suivre pour atteindre le but ou le résultat visé [58-61].

Assurer l'*égalité des chances en santé* signifie par conséquent offrir au plus grand nombre de personnes les mêmes possibilités d'amélioration, de préservation et de rétablissement de leur santé [39]. L'expérience a néanmoins clairement démontré que les différents groupes de population ne jouissent

pas tous des mêmes conditions de départ et que certaines personnes rencontrent davantage d'obstacles sur la voie de la santé. D'où la nécessité de l'*équité en santé*, dont le but est de créer les conditions nécessaires pour que chaque personne ait effectivement la possibilité de vivre longtemps et en bonne santé. Autrement dit: l'*égalité des chances* représente un objectif de santé publique fondamental et l'*équité* un principe opérationnel de mise en œuvre.

L'égalité des chances en santé est un objectif de santé publique fondamental et vise à assurer à tous et toutes les mêmes possibilités d'amélioration, de préservation et de rétablissement de leur santé.

L'équité des chances en santé est un principe opérationnel de mise en œuvre. Elle se concentre essentiellement sur la création des conditions nécessaires pour permettre à chacun de vivre en bonne santé.

L'égalité des chances en tant qu'objectif de santé publique fondamental

Assurer l'égalité des chances en santé ne signifie pas faire en sorte que tous les membres d'une société présentent le même état de santé. Compte tenu des prédispositions génétiques, un tel critère serait irréaliste; sans compter qu'au vu du libre arbitre comportemental – et de son influence sur la santé –, le postulat du «même état de santé pour tous» serait inconciliable avec les valeurs de responsabilité personnelle et d'autodétermination.

Dans le terme d'égalité des chances, l'égalité est moins considérée sous l'angle du résultat («*même santé pour tous*»), que sous celui des possibilités («*même accès à la santé pour tous*») [36, 52]. Ce postulat accepte les disparités en matière de santé pour autant que chaque individu dispose des mêmes possibilités d'améliorer son état [36, 62].

L'égalité des chances telle qu'elle est définie ici – offrir au plus grand nombre de personnes les mêmes possibilités d'amélioration, de préservation et, si nécessaire, de rétablissement de leur santé – correspond ainsi à un droit fondamental de notre

⁹ Les concepts actuels reposent sur des dictionnaires français (<http://www.larousse.fr/>), allemand (<https://www.duden.de/>) et anglais (<http://www.merriam-webster.com>) de premier plan.

société [6, 63], qui implique de limiter les disparités sociodémographiques autant que faire se peut [6, 15, 51, 63, 64]. Il va de soi qu'il serait irréaliste de vouloir épurer les possibilités en matière de santé de toutes les inégalités existantes; aussi l'objectif déclaré est-il de réduire «autant que possible» cette inégalité des chances [6, 40].

D'aucuns critiquent cette approche en se demandant notamment si l'égalité des chances en santé n'est pas trop éloignée de la réalité pour servir d'objectif fondamental. Selon eux, le seul but envisageable dans cette optique serait d'instaurer des chances (plus) équitables, mais pas identiques. Même s'il est vrai que le degré d'iniquité actuel est décourageant, le présent rapport préconise de garder l'égalité des chances en santé comme objectif. En effet, un objectif fondamental en santé publique devrait correspondre à des droits fondamentaux de l'État et à la manière dont une société se perçoit. Or, le deuxième article de la Constitution fédérale¹⁰ dispose que la Confédération suisse «*veille à garantir une égalité des chances aussi grande que possible*». Cette déclaration d'intention concernant une égalité des chances aussi grande que possible étant inscrite dans la Constitution, il ne peut pas être supprimé dans certains domaines [cf. 6]. Offrir à toute la population la plus grande égalité des chances possible doit donc demeurer un objectif fondamental de la santé publique.

Détourner le droit à l'égalité des chances au niveau des objectifs, c'est courir le risque d'accepter l'inégalité des chances comme étant «normale» et «inévitabile», pour finalement cesser de la remettre en question. Dès lors, le but ne serait plus d'offrir aux groupes socialement défavorisés des chances aussi égales que possible, mais de qualifier d'équitables des chances pourtant nettement moins bonnes au vu de la situation des personnes concernées. Reste néanmoins à savoir à partir de quand – dans la perspective d'un objectif – les chances doivent être considérées comme équitables. Pour le dire plus directement: à partir de quand des possibilités en matière de santé qui se révèlent discriminatoires pour les groupes socialement défavorisés doivent-elles malgré tout être perçues comme «(suffisamment) équitables» pour les personnes concernées? Rendre ces «chances équitables» opérationnelles et trou-

ver les arguments requis pour les défendre en tant qu'objectif fondamental serait un défi pratiquement impossible à relever tant sur le plan éthique que moral. Pour les motifs exposés ci-dessus, il convient de continuer à aspirer à des chances égales, même si l'égalité absolue des chances semble hors de portée.

L'équité en tant que principe opérationnel de mise en œuvre

Assurer l'équité des chances consiste essentiellement à créer les conditions requises pour permettre à chaque personne d'améliorer, de préserver et, si nécessaire, de rétablir sa santé. Pour être qualifiés d'équitables, la promotion de la santé, la prévention et les soins de santé doivent contribuer à répartir sans discrimination les possibilités et les ressources sanitaires sur l'ensemble de la population, et ainsi à appliquer ce que la Constitution fédérale et l'objectif de l'égalité des chances en santé considèrent comme un droit commun.

Comment déterminer si certains désavantages sociaux pénalisent au point de limiter les possibilités de vivre sainement? Cette question est clairement de nature à susciter le débat [17]. Il appartient donc avant tout à la société de mener les discussions requises pour définir le seuil à partir duquel les possibilités en matière de santé doivent être considérées comme injustement restreintes [58]. L'équité des chances est ainsi un concept éthico-normatif. Du point de vue de la politique de la santé, le besoin d'agir devient particulièrement pressant lorsque a) des groupes de population entiers courent des risques sanitaires disproportionnés (inégalité systématique) et b) des personnes ne parviennent pas (ou très difficilement) à améliorer leur état de santé uniquement en menant un style de vie sain et responsable, c'est-à-dire lorsque la péjoration de l'état de santé est due à des processus structurels et à la position de la personne concernée dans la société [17, 65].

Garantir l'équité des chances implique non seulement des mesures universelles (qui ne sont pas destinées à un groupe cible en particulier) afin d'embrasser toute la diversité de la population, mais aussi, si nécessaire, des actions spécifiques aux groupes défavorisés. Pour être efficaces, ces me-

sures doivent dans les deux cas tenir compte des causes des iniquités en santé tout comme du contexte donné et des besoins des personnes socialement défavorisées [60, 66]. La métaphore des coureurs illustre bien le fait que les conditions de départ des différents groupes de la population sont inégales et montre le besoin de mesures spécifiques [cf. 59, 67]. Lors d'une course durant laquelle les concurrents et concurrentes doivent faire tout le tour du stade, les coureurs et coureuses situés à l'intérieur de la piste ovale parcourent une distance plus courte que les autres. Si tous les coureurs et coureuses partaient sur la même ligne, ceux qui se trouvent à l'extérieur souffriraient d'un désavantage structurel (cf. illustration 2). Pour compenser ce désavantage – et ainsi, créer des conditions équitables – les blocs de départ sont décalés (cf. illustration 3). Cette mesure permet d'établir les conditions nécessaires pour que tous les coureurs et coureuses jouissent des mêmes possibilités de gagner la course.

Dans le même esprit, les conditions de départ déterminantes pour la santé ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Par rapport aux personnes privilégiées, celles qui sont socialement défavorisées se heurtent à davantage d'obstacles sociaux, politiques et économiques sur la voie de la santé; autrement dit, leur chemin est «plus long». Il faut donc prendre des mesures spécifiques qui tiennent compte des situations et des besoins de chacun afin d'établir, conformément à la vision de l'équité décrite en introduction, les conditions requises pour que tout le monde bénéficie autant que possible des mêmes possibilités de vivre en bonne santé. Cela implique, d'une part, de répartir de manière non discriminatoire les ressources influant sur la santé et, d'autre part, de réduire les contraintes que subissent les personnes défavorisées (cf. digression sur les ressources et la résilience au chap. 3.3).

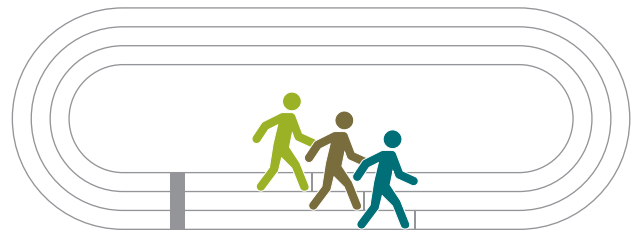
ILLUSTRATION 2

Absence de prise en compte de conditions inégales à l'exemple de coureurs et coureuses [67]



ILLUSTRATION 3

Prise en compte de conditions inégales à l'exemple de coureurs et coureuses [67]



Partie 1: description de la situation

4 Comment se manifestent les iniquités en santé?

Le présent chapitre vise à mettre en lumière le lien empirique entre inégalités sociales et santé. Dans un premier temps, nous esquisserons l'état actuel des connaissances concernant les iniquités en santé puis, à l'aide de données suisses, nous nous pencherons sur les facteurs permettant de les décrire.

4.1 État actuel des connaissances

Depuis la publication du rapport pionnier de la Commission des déterminants sociaux de la santé (OMS) [18] il y a plus de dix ans, les iniquités en santé ont fait l'objet d'un grand nombre de travaux de recherche en Suisse et dans le monde. Selon les connaissances empiriques actuelles, **les iniquités en santé...**

- **...existent dans tous les pays:** dans tous les États pour lesquels des données sont disponibles, la mortalité prématurée et l'espérance de vie différent d'un groupe social à l'autre [8, 31];
- **...concernent presque toutes les maladies:** des disparités sociales sont présentes dans presque l'ensemble des maladies et handicaps et donc dans l'espérance de vie en bonne santé [8, 31, 68]. Les maladies et les handicaps sont généralement plus répandus chez les personnes socialement défavorisées, à quelques rares exceptions près, comme le cancer du sein et l'asthme, dont la fréquence augmente avec le statut social [31, 32];
- **...touchent toutes les catégories d'âge:** des disparités sociales s'observent dès l'enfance et l'adolescence et jusqu'à un âge très avancé [8, 69]. Les enfants et les adolescent-e-s semblent particulièrement vulnérables en raison, d'une part, de leur dépendance à l'égard des parents ou d'autres personnes de référence et, d'autre part, de l'importance cruciale des premières années de la vie pour leur développement [68]. Les personnes âgées sont elles aussi touchées par des inégalités en matière de mortalité et de morbidité liées à leur situation sociale [8, 70-73].
- **...sont influencées par le parcours de vie:** les contraintes et les désavantages subis tôt dans l'existence ont une influence négative sur la santé ultérieure; de plus, les iniquités durant les premières phases de développement persistent généralement en vieillissant. La durée est également déterminante: les atteintes et désavantages subis sur une longue période ont tendance à aggraver les iniquités en santé au cours de la vie [8, 70-73];
- **...sont liées à différentes caractéristiques constitutives d'inégalités:** des différences de revenu, de fortune, de formation et de statut professionnel tout comme les caractéristiques telles que le genre et la migration (cf. chap. 3.1) peuvent causer des désavantages sociaux et, par conséquent, avoir des répercussions négatives sur les chances et les risques en santé [29, 36, 58];
- **...restent stables, voire s'aggravent:** depuis les dernières décennies, les iniquités face à la mortalité tendent à se creuser [8, 31]. En ce qui concerne la morbidité, la situation semble en revanche stabilisée bien que des études fassent état de disparités sociales croissantes dans ce domaine également [3, 5, 8, 31];
- **...suivent un gradient social:** il existe, en général, un rapport linéaire entre la situation sociale et la santé. Plus une personne occupe une position sociale élevée, meilleure est sa santé. Ou formulé de manière négative: plus les désavantages sociaux sont marqués, plus les taux de mortalité prématurée et de prévalence des maladies sont élevés. Ce rapport est appelé «gradient social» d'après Marmot et Wilkinson [74].

4.2 Données suisses concernant les indicateurs de santé retenus

Les inégalités sociales sont susceptibles d'influer sur la santé de multiples manières. Tous les indicateurs de santé pertinents révèlent donc des disparités d'ordre social, notamment ceux relatifs

- à la mortalité;
- à la fréquence des maladies (morbidité);
- au comportement et aux compétences en matière de santé;
- à l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des offres du système de santé (promotion de la santé, prévention et soins).

Boes et al. [75], l'OFSP [76] et Spiess et Schnyder-Walser [77] ont dressé un état des lieux des iniquités en santé en Suisse, dont voici les résultats à titre d'illustration:

Une **espérance de vie plus faible et un risque de mortalité plus élevé** sont particulièrement bien attestés chez les groupes socialement défavorisés. Ainsi, des données fournies par la ville de Berne indiquent que les hommes vivant dans le quartier défavorisé de Bümpliz ont une espérance de vie inférieure de cinq ans à ceux de Kirchenfeld, quartier plus aisé [76, 77]. En Suisse, la mortalité des 15-35 ans liée à des accidents et à des suicides est par ailleurs étroitement corrélée à la formation et à l'intégration dans le marché du travail: un jeune adulte ayant uniquement accompli sa scolarité obligatoire est exposé à un risque deux fois supérieur par rapport à un individu du même âge titulaire d'une formation du degré tertiaire. Le chômage double également le risque de décès pour les jeunes. Comme les facteurs de risque sociaux se cumulent généralement, les jeunes adultes les plus défavorisés présentent même un risque de suicide cent fois plus élevé par rapport à leurs pairs les plus privilégiés [78].

Des études suisses mettent aussi en évidence de nombreux exemples d'iniquités face aux **maladies et aux troubles fonctionnels** [79]: disparités dans l'appréciation subjective de l'état de santé, prévalence de MNT telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires, fréquence de troubles psychiques comme la dépression, présence de facteurs de risque comme le surpoids/l'obésité et l'exposition au stress [77, 79]. Chez les enfants socialement

défavorisés, les données suisses font état de prévalences plus élevées dans les domaines suivants: surpoids et obésité, caries, troubles alimentaires, psychiques ou du développement (émotionnel, langagier et cognitif), risque d'accident plus élevé et premières expériences liées à l'addiction plus précoces et plus fréquentes [79]. Les jeunes hommes homosexuels ont par ailleurs un risque de dépression et de suicide cinq fois plus important que les hétérosexuels [80-82].

Également déterminé par des facteurs sociaux, le **comportement en matière de santé** suit un gradient social à bien des égards. Ainsi, les personnes à faible niveau de formation et à bas revenu se conforment plus rarement aux recommandations d'activité physique que celles au bénéfice d'une formation tertiaire et d'un revenu élevé [77, 83]. Les individus socialement défavorisés consacrent en outre plus de temps aux jeux en ligne et, en tant que groupe, ont un comportement alimentaire moins sain que les franges privilégiées [77].

S'agissant du lien entre la consommation d'alcool ou de tabac et le revenu, l'existence d'un gradient social est par contre moins évidente, voire contredite: en Suisse, les groupes les plus pauvres sont ceux qui fument le moins, la prévalence la plus élevée se retrouvant chez les revenus moyens, pour s'abaisser à nouveau dans la tranche la plus riche [75]. Récemment, les personnes aux revenus élevés ont toutefois davantage réduit leur consommation de tabac que les groupes aux revenus modestes [76]. Leur consommation d'alcool est par contre plus souvent à risque que chez les personnes défavorisées [75]. Il existe par ailleurs une relation d'interdépendance entre le chômage et la consommation chronique d'alcool. Le risque de mourir de maladies et de blessures liées à l'alcool est particulièrement élevé chez les personnes à bas revenus et peu instruites [76]. De manière générale, bien que la consommation d'alcool et de tabac soit un phénomène complexe, les risques pour la santé liés au comportement sont significativement plus élevés chez les groupes à faibles revenus [75].

La prise de substances illégales est plus répandue chez les personnes homosexuelles et bisexuelles qu'hétérosexuelles. Par contre, la consommation de tabac n'est que légèrement supérieure tandis que celle d'alcool est variable: si les femmes homo-

sexuelles ont un risque bien plus élevé d'avoir une consommation à risque par rapport à l'ensemble de la population féminine, il n'existe pas de différences nettes entre les jeunes hommes hétérosexuels et homosexuels [44].

Les comportements à risque s'expliquent en outre par le fait que les personnes socialement défavorisées disposent souvent d'une **moins bonne compétence en matière de santé**¹¹. En Suisse, les groupes suivants présentent des lacunes importantes dans ce domaine: personnes à la situation financière modeste, à faible niveau de formation et certaines franges issues de la migration [84].

Il existe enfin des différences dans l'**accessibilité, la qualité et l'utilisation des offres**. Des données suisses et européennes mettent en évidence un double problème: non seulement les personnes au statut socio-économique inférieur ont un plus grand besoin de prestations médicales (du fait de la fréquence plus élevée des maladies), mais elles y ont plus rarement recours que les groupes aisés [76, 77, 85]. Les consultations de spécialistes et les soins dentaires sont particulièrement concernés et, dans une moindre mesure, les hospitalisations et les visites chez le médecin de famille. Ce phénomène tient au fait que les personnes à faible niveau de formation ont du mal à se repérer dans le système de santé et que celles à revenu modeste renoncent plus souvent à des prestations médicales pour des raisons financières [79]. De plus, les offres existantes ne tiennent pas suffisamment compte de la situation et des besoins des personnes socialement défavorisées (cf. chap. 6.4.2).

¹¹ La notion de compétences en santé est expliquée au chapitre 6.4.2.

Partie 2: analyse des causes

«If you want to understand why health is distributed the way it is, you have to understand society.»

Michael Marmot (2015, p. 7) [19]

Trouver des solutions efficaces à un problème implique tout d'abord d'en comprendre les origines. Le présent chapitre s'intéresse par conséquent en détail à l'apparition des iniquités en santé afin de pouvoir définir des interventions efficaces.

Il est structuré comme suit:

1. À titre d'introduction, nous étudierons les facteurs d'influence et les prémisses qui sont au cœur des débats scientifiques portant sur les iniquités en santé **(chap. 5)**.
2. Nous proposerons ensuite une ébauche d'explication à l'apparition de ces iniquités en introduisant un modèle graphique qui illustre les effets concrets des inégalités sociales sur la santé **(chap. 6)**.
3. Nous accorderons enfin une attention particulière aux désavantages aggravés, qui surviennent lorsque différentes caractéristiques constitutives d'inégalités interagissent et déploient des effets cumulatifs (principe de l'intersectionnalité) **(chap. 7)**.

Partie 2: analyse des causes

5 Remarques préliminaires

Au cours des dernières décennies, différentes hypothèses ont été émises pour expliquer l'apparition des iniquités en santé¹². Les paragraphes ci-après décrivent les principaux facteurs avancés aujourd'hui et les interactions entre la santé et la situation sociale d'une personne.

5.1 Tournant des débats scientifiques

Les dernières années et décennies ont marqué un tournant dans les tentatives d'expliquer la santé et les iniquités dans ce domaine [63]: il est à présent admis que la santé des individus et de la population n'est plus uniquement à imputer à des facteurs biomédicaux et comportementaux; l'attention se porte plutôt sur les conditions dans lesquelles les personnes grandissent, travaillent et vivent [8]. Ces *déterminants sociaux de la santé* revêtent une importance toute particulière lorsqu'il est question d'expliquer pourquoi la répartition statistique de la santé et de la maladie coïncide avec les modèles expliquant les désavantages sociaux.

Les aspects contextuels se voient ainsi accorder un plus grand poids que les aspects comportementaux. Les facteurs directement responsables de maladies, tels que le tabagisme et le manque d'activité physique passent au second plan dans la volonté de remonter «aux causes des causes» [3, 19], à savoir la position sociale et les conditions de vie et de travail qui influencent le comportement en matière de santé [3, 18].

Ainsi, la santé et la maladie sont de plus en plus considérées comme des produits de l'organisation politique, économique et sociale des sociétés (Rathmann & Richter 2016) [8]. L'étude des iniquités en santé doit par conséquent prendre pour point de départ la structure et le fonctionnement de la société. En effet, pour reprendre la citation d'introduction, comprendre la répartition de la santé implique de comprendre la société elle-même¹³ [19]. Les modèles de sociologie médicale sont particulièrement utiles à cet égard, car ils essaient de montrer, sous forme graphique, comment des situations sociales et des conditions de vie inégales se développent au sein d'une société et engendrent des iniquités en santé (cf. chap. 6).

L'OMS définit les **déterminants sociaux** de la santé (en anglais: *social determinants of health*) comme les «*circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie*» (OMS 2018) [43]. Les déterminants sociaux de la santé ne font l'objet d'aucune liste exhaustive communément admise, toutes les influences non génétiques et non biologiques pouvant en quelque sorte être considérées comme tels [7, 68]. Les éléments les plus fréquemment discutés sont toutefois le revenu, la formation, la situation en matière de logement et de travail, l'inclusion sociale et les discriminations vécues [98].

¹² Pour une vue d'ensemble des explications historiques: [6, 23, 284, 285].

¹³ Citation originale: «*If you want to understand why health is distributed the way it is, you have to understand society*» (Marmot 2015, p. 7) [19].

5.2 Est-ce la situation sociale qui détermine la santé ou l'inverse?

La corrélation entre la situation sociale¹⁴ et la santé d'une personne n'a pas encore été précisément établie [8, 86]. L'absence d'explication univoque tient à la grande complexité des interactions entre les désavantages sociaux et la santé (problème de la causalité). La problématique est la suivante: la pauvreté est-elle réellement la cause de la mauvaise santé? Ou est-ce plutôt la mauvaise santé qui engendre la pauvreté?

Dans la littérature scientifique, les notions de causalité et de sélection [8, 73] sont employées pour désigner ces deux hypothèses:

- Selon la perspective de la *causalité*, ce sont les désavantages sociaux qui sont néfastes pour la santé, par exemple parce qu'ils exercent une influence négative sur le comportement et la charge psychosociale d'une personne et donc sur sa santé (cf. chap. 6.4.2). Cette hypothèse peut se résumer comme suit: «la pauvreté rend malade.»
- À l'inverse, la perspective de la *sélection* part du principe que la santé d'un individu influe sur sa situation sociale. Il est ainsi plus difficile à une personne malade d'intégrer le monde du travail qu'à une personne en bonne santé. Autrement dit: «la maladie appauvrit.»

Ces deux perspectives ne s'excluent pas, mais peuvent fortement se renforcer [73]. Considérer le lien entre l'inégalité sociale et la santé sous deux angles différents permet d'affiner notre compréhension, mettant au jour un grave cercle vicieux: selon le principe de causalité, les personnes au statut socio-économique inférieur ont plus de risques de développer un trouble psychique, lequel, selon le principe de sélection, réduit leur capacité de travail et fait baisser leur statut socio-économique, situation qui, à son tour, aggrave l'état psychique [87].

Bien que ces deux interactions soient attestées empiriquement [4], le principe de la causalité pèse davantage aujourd'hui que celui de la sélection. En d'autres termes, il est admis que nos conditions de vie ont plus d'effet sur notre santé que l'inverse. Cette perspective rend mieux compte du lien entre l'inégalité sociale et la santé que la notion de sélection [8, 23].

¹⁴ La «situation sociale», autrefois aussi appelée «position sociale», est la place qu'occupe une personne dans la société (cf. chap. 6.3).

Partie 2: analyse des causes

6 Iniquités en santé: modèle explicatif

Les dernières décennies ont vu le développement de nombreux modèles graphiques visant à comprendre les effets complexes des facteurs sociaux sur la santé. Le modèle utilisé dans le présent rapport reproduit en grande partie celui de l'OMS [18, 73]. Quelques nuances ont toutefois été apportées, notamment celles proposées par Mielck [64], puis intégrées dans des modèles suisses [6, 23, 32, 36].

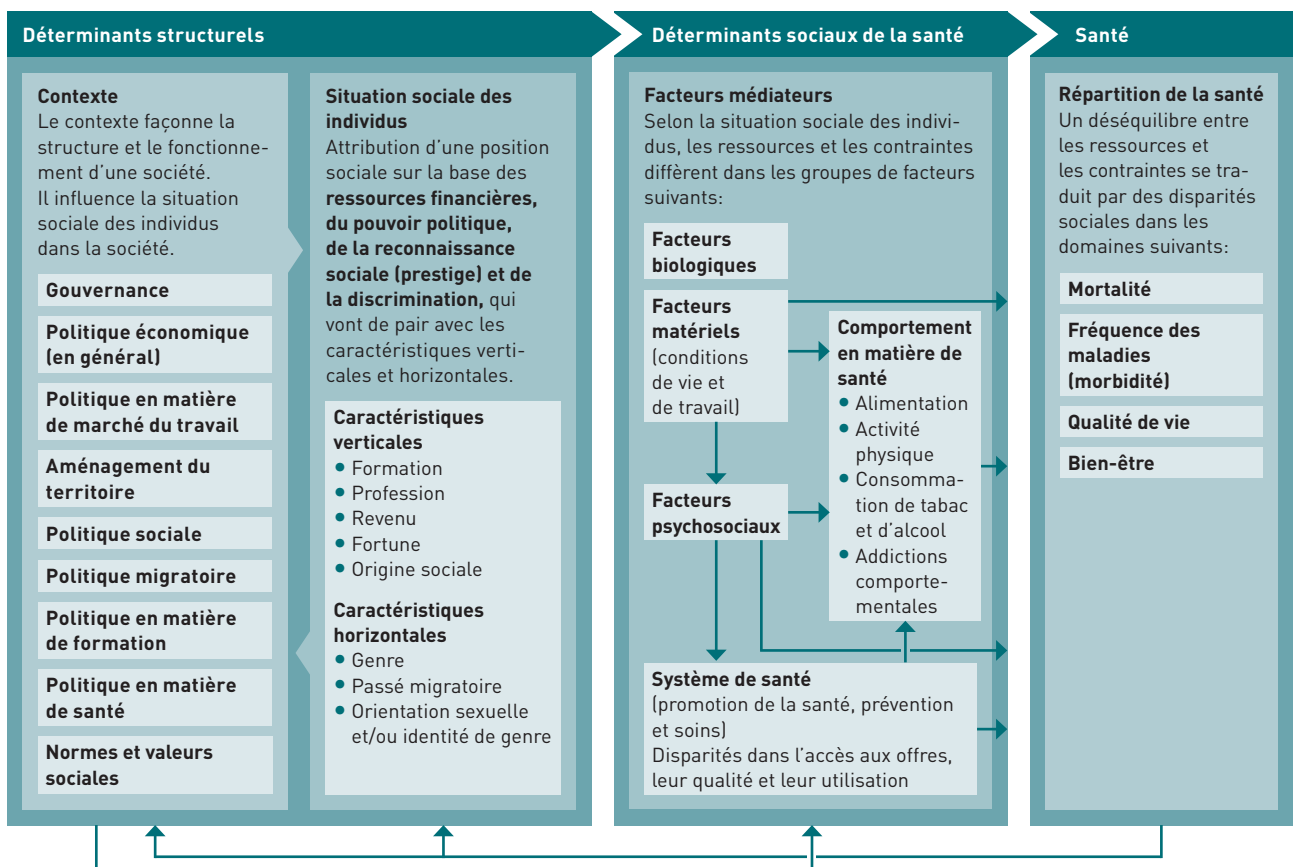
6.1 Présentation du modèle et des blocs de déterminants

Pour comprendre le lien entre inégalités sociales et santé, le modèle utilisé ici distingue quatre éléments clés (cf. illustration 4):

1. le contexte (les conditions socio-économiques, politiques, culturelles, juridiques et technologiques);

ILLUSTRATION 4

Modèle explicatif des iniquités en santé



Le modèle présente uniquement les interactions déterminantes qui contribuent à instaurer l'iniquité en santé. On trouve en parallèle de nombreuses autres interactions (p.ex. entre les facteurs biologiques et le comportement sanitaire ou entre le comportement sanitaire et les facteurs psychosociaux).

Source: graphique propre basé sur CSDH (2008) [18] et Mielck (2000) [64]

2. la situation sociale d'une personne;
3. les facteurs médiateurs (qui correspondent aux déterminants sociaux de la santé);
4. la répartition de la santé et de la maladie dans la société.

Ces quatre blocs de déterminants interagissent; le modèle doit donc être lu de gauche à droite, un bloc posant les conditions du suivant.

Constituant le premier bloc, le contexte sociétal recouvre aussi bien la politique économique, sociale et sanitaire que les normes et les valeurs d'une société. Il influe sur la structure de cette dernière, à savoir la position qu'assument les individus au sein de la société (deuxième bloc). En fonction du contexte, une personne donnée jouira d'une situation sociale plus ou moins élevée, en d'autres termes, elle sera privilégiée ou défavorisée par rapport à d'autres membres de la société.

La situation sociale détermine à son tour les charges concrètes auxquelles une personne est exposée et les ressources dont elle dispose (troisième bloc). De manière générale, les individus socialement défavorisés subissent davantage de contraintes et disposent de moins de ressources, ce qui a des répercussions concrètes sur leur santé. C'est ainsi qu'apparaissent les iniquités en santé, phénomène bien documenté empiriquement (quatrième bloc).

Les caractéristiques sociodémographiques ont rarement une influence directe sur notre santé; elles agissent plutôt par l'intermédiaire de facteurs médiateurs. Ainsi, un revenu élevé n'implique pas automatiquement une meilleure santé, mais il va en général de pair avec de meilleures conditions de logement et de vie, davantage de possibilités de participation sociale et une plus grande marge de manœuvre. Tous ces éléments permettent d'instaurer un rapport positif entre les ressources et les contraintes, ce qui se traduit par une meilleure santé par rapport aux personnes à faible revenu. Les différentes catégories sont discutées en détail ci-après.

6.2 Contexte (premier bloc)

Le contexte influe sur la situation sociale...

Le contexte a des répercussions directes sur le deuxième bloc du modèle, à savoir la situation sociale, comme l'illustre l'exemple des normes et des valeurs: dans une société hétéronormée, c'est-à-dire dans laquelle l'hétérosexualité est considérée comme «normale» et souhaitable, les personnes qui dérogent à cette norme sont susceptibles de subir des discriminations et des préjudices sociaux, juridiques et économiques. Ces discriminations placent les membres de la communauté LGBTI dans une situation sociale défavorable. Un deuxième exemple est emprunté au marché du travail: du fait des inégalités salariales liées à leur sexe, les femmes jouissent d'un statut socio-économique inférieur au sein de la société.

...et sur les facteurs médiateurs...

Le contexte agit *indirectement* – via la situation sociale – sur le troisième bloc, qui est celui des facteurs médiateurs. Il peut toutefois aussi influencer *directement* sur des facteurs intermédiaires tels que les conditions de travail et de logement et les comportements. Ainsi, la politique d'aménagement du territoire ou les réglementations juridiques telles que la législation sur le tabac et sur l'alcool orientent les styles de vie et les comportements en matière de santé [32].

...tout en étant lui-même socialement déterminé et dynamique

Il est important de préciser que le contexte est dynamique et peut aussi être influencé. Il est en effet déterminé par la société: la politique sociale et le

ILLUSTRATION 5

Bloc 1: contexte

Contexte

Le contexte façonne la structure et le fonctionnement d'une société. Il influence la situation sociale des individus dans la société.

système de formation sont les résultats de processus de négociation sociale [7]. Parallèlement, la santé d'une population peut avoir des effets de rétroaction sur le contexte. Considérons, par exemple, les maladies très répandues qui présentent certains traits communs aux épidémies, telles que les maux de dos et les dépressions: dès qu'elles atteignent un taux de prévalence élevé dans la population, la productivité de l'économie risque d'en être sensiblement affectée, et il peut s'ensuivre une pénurie de main-d'œuvre [73].

Considéré dans son sens le plus large, le **contexte** «recouvre tous les mécanismes socio-politiques qui créent, façonnent et maintiennent la hiérarchie sociale» (Solar & Irwin 2010) [73], à savoir les formes de gouvernement, le marché du travail, le système de formation, la politique de la santé et les valeurs sociales. En matière de santé et d'iniquités en santé, la politique sociale, l'État providence et sa politique de redistribution (ou l'absence de telles mesures) revêtent également une importance particulière [73].

6.3 Situation sociale (deuxième bloc)

La situation sociale d'un individu constitue la pierre angulaire du modèle et donc la clé pour expliquer les iniquités en santé [7, 32].

ILLUSTRATION 6

Bloc 2: situation sociale

Situation sociale des individus

Attribution d'une position sociale sur la base des **ressources financières, du pouvoir politique, de la reconnaissance sociale (prestige) et de la discrimination**, qui vont de pair avec les caractéristiques verticales et horizontales.

Caractéristiques verticales

- Formation
- Profession
- Revenu
- Fortune
- Origine sociale

Caractéristiques horizontales

- Genre
- Passé migratoire
- Orientation sexuelle et/ou identité de genre

La situation sociale est le fruit de caractéristiques verticales et horizontales

La situation sociale découle du contexte sociétal. Les ressources économiques, l'influence politique et la reconnaissance dont disposent les individus sont liées à la politique (marché du travail, affaires sociales) ou encore aux normes sociales. Les personnes dotées de davantage de ressources économiques, de pouvoir politique et de reconnaissance sociale jouissent d'une position sociale plus élevée [73]. Rappelons, à titre d'exemples, le cas des membres de la communauté LGBTI ou les différences salariales fondées sur le genre.

Les ressources, le pouvoir et la reconnaissance dont bénéficie une personne sont étroitement corrélés aux caractéristiques constitutives d'inégalités discutées au chapitre 3.1 [6, 73]. Au niveau vertical, le revenu et la fortune, la formation et le statut professionnel constituent les principaux déterminants de la situation sociale. Au niveau horizontal, il s'agit du genre, du passé migratoire, de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre¹⁵.

La situation sociale est définie par une combinaison de caractéristiques verticales et horizontales: une personne n'est ainsi pas seulement un homme ou une femme, elle est instruite ou peu formée, riche ou pauvre, homosexuelle ou hétérosexuelle (cf. chap. 7).

La situation sociale détermine les ressources et les contraintes en matière de santé et peut à son tour être influencée par la santé

La situation sociale revêt une importance cruciale, car elle conditionne l'éventail de contraintes et de ressources d'une personne face à la santé [73]. De manière générale, les personnes socialement défavorisées subissent à la fois un excédent de contraintes et un déficit de ressources, ce qui a des répercussions majeures sur leur santé (cf. chap. 6.4). À l'inverse, les maladies et les handicaps peuvent agir sur la situation sociale d'une personne (cf. chap. 5.2). Ainsi, des troubles psychiques compliquent le maintien ou la réintégration sur le marché du travail. Certains handicaps et maladies (comme le VIH/SIDA) peuvent en outre s'accompagner de stigmatisations et de discriminations, qui ont aussi un effet négatif sur la situation sociale des personnes.

¹⁵ La situation sociale étant souvent transmise par les parents [7], la formation et le revenu de ces derniers doivent être pris en compte dans la problématique des iniquités en santé chez les enfants et les adolescent-e-s.

La **situation sociale**, autrefois aussi appelée position sociale, est la place qu'occupe une personne dans la société; elle révèle par conséquent si un individu est défavorisé ou privilégié par rapport à d'autres membres de la collectivité [7, 8].

6.4 Facteurs médiateurs (troisième bloc)

Les deux premiers blocs du modèle expliquent la position qu'occupent les individus dans la société, en d'autres termes, comment naissent les inégalités sociales. Le troisième bloc met concrètement en évidence les répercussions de la situation et des inégalités sociales sur la santé.

Définition

Dans le domaine social, des facteurs si variés influent sur la santé qu'il est difficile de tous les étudier en détail. À l'heure actuelle, les groupes de facteurs suivants sont toutefois communément invoqués pour expliquer les iniquités en santé¹⁶ [5, 8, 31, 73]:

- **les facteurs matériels et structurels:** les ressources et la marge de manœuvre financières, les conditions de logement, de vie et de travail ou encore les influences de l'environnement naturel (émissions sonores, pollution atmosphérique ou accès à des espaces de détente);
- **les facteurs psychosociaux:** les ressources et les contraintes psychosociales, telles que les événements critiques de la vie, le réseau et le soutien sociaux, la perception subjective du statut social ou encore le stress lié au quotidien et à la discrimination. Le savoir et les compétences, la résilience individuelle, les ressources internes comme le sentiment d'auto-efficacité et l'optimisme constituent également des facteurs psychosociaux essentiels;

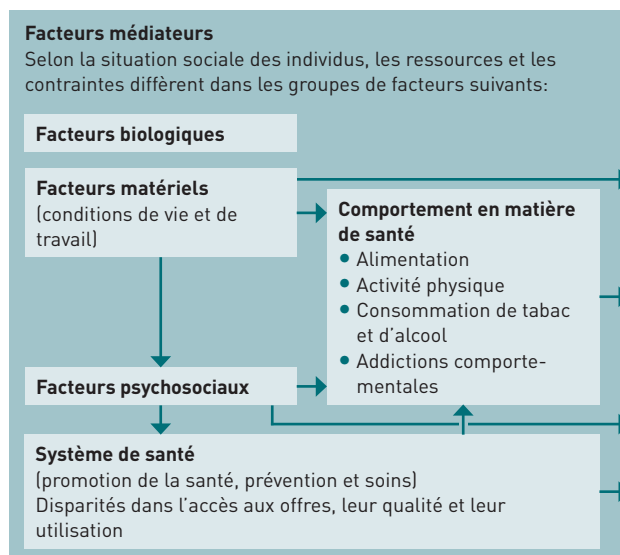
- **les facteurs socioculturels liés au comportement:** la conscience de la santé et les comportements influant sur cette dernière, tels que les modèles d'alimentation et d'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool et le recours à des examens préventifs (p. ex. dépistage du cancer).

Considéré comme un déterminant distinct [73], le **système de santé** recouvre la promotion de la santé, la prévention, et les soins. Les principales disparités portent sur l'*accessibilité*, la *qualité* et l'*utilisation* des prestations du système de santé [32, 88, 89].

Ces groupes de facteurs n'existent pas indépendamment les uns des autres, mais sont en interaction. Ainsi, les facteurs psychosociaux sont étroitement liés aux conditions de travail, de logement et de vie d'une personne.

ILLUSTRATION 7

Bloc 3: facteurs médiateurs



¹⁶ Le modèle permet de représenter des phénomènes complexes tout en procédant à une simplification (nécessaire). Il vise à expliquer les disparités sociales en matière de santé. Les conditions matérielles et structurelles jouant un rôle particulièrement important à cet égard, elles sont placées au premier plan; les facteurs biologiques et écologiques sont au contraire laissés de côté [6].

Les facteurs susmentionnés permettent d'expliquer une grande partie des iniquités sanitaires en santé. Soulignons à cet égard le rôle décisif des conditions matérielles et structurelles qui, selon les conclusions d'une méta-analyse [31], agissent à la fois directement et indirectement sur la santé. Les conditions de vie ont également des répercussions considérables sur les facteurs psychosociaux tels que le stress du quotidien, mais aussi sur les comportements influant sur la santé. L'analyse et la prévention des iniquités en santé doit par conséquent accorder une importance particulière aux facteurs matériels. Dans le modèle, les facteurs comportementaux sont représentés en aval des facteurs matériels, structurels et psychosociaux.

Les **facteurs médiateurs** reprennent pour l'essentiel les **déterminants sociaux de la santé** (cf. chap. 5.1). Ces deux notions sont **employées comme synonymes** dans le présent rapport [73].

Comment les facteurs médiateurs influent-ils précisément sur la santé?

La santé se caractérise par le rapport entre les contraintes et les ressources [52]. Or, les personnes socialement défavorisées présentent souvent un bilan négatif à cet égard. Lorsque les contraintes dépassent les ressources pendant une longue période, le risque de maladie augmente. À l'inverse, une personne disposant des atouts nécessaires pour compenser les charges est à même de protéger ou de promouvoir sa santé [52].

Les facteurs médiateurs sont par conséquent directement à l'origine des disparités sociales en matière de maladie et de mortalité [8, 18, 32, 36, 38, 73]. Mais quelle est leur action concrète sur la santé et la répartition des contraintes et des ressources? Les paragraphes suivants décrivent plusieurs *chaînes d'effets* bien attestées empiriquement [23, 38, 88].

S'agissant des **facteurs matériels et structurels**, il est admis que la pauvreté financière et des conditions de travail précaires accentuent les problèmes de santé. La *pauvreté financière* influence négativement la santé de diverses manières. Par exemple, le surpoids, qui a tendance à être plus fréquent chez les personnes socialement défavorisées, est en

partie imputable à des obstacles économiques, les aliments sains et équilibrés étant généralement plus onéreux que les produits hautement caloriques et mauvais pour la santé [6]. Des *conditions de travail précaires* peuvent également aggraver le risque de troubles psychiques et physiques: travail physiquement difficile, activités bruyantes et polluantes, tâches monotones, manque de possibilités de participer aux décisions et à l'organisation, épuisement non compensé de manière adéquate (sous forme de rémunération, de possibilités d'évolution ou de sécurité de l'emploi) [23, 79].

Les **charges psychosociales** sont souvent liées aux conditions de travail, de logement et de vie d'une personne [6]. Le stress chronique est par exemple un phénomène bien étudié. Les deux hypothèses suivantes mettent en évidence le lien entre *stress* et désavantage social [6, 23]:

- D'une part, les personnes au statut social inférieur subissent davantage de contraintes, tant en termes de volume que d'intensité (hypothèse de l'inégalité d'exposition). Citons les soucis financiers, les activités de loisirs et les relations sociales limitées en raison de difficultés financières, la pollution sonore et atmosphérique, la peur de perdre son emploi, etc.
- D'autre part, les personnes socialement défavorisées sont moins à même de gérer les contraintes que les groupes privilégiés (hypothèse de l'inégalité de vulnérabilité), car elles disposent de ressources insuffisantes (stratégies d'adaptation ou de *coping*, possibilités d'influence, etc.). Exposées au même niveau de stress, les individus jouissant d'une situation sociale inférieure sont donc plus vulnérables aux problèmes de santé.

En raison de ce rapport défavorable – plus de contraintes, moins de ressources –, les individus de rang social inférieur sont plus souvent victimes de stress que les personnes privilégiées. Les maladies et comportements liés au stress sont donc plus répandus dans les groupes socialement défavorisés [6, 77]. Les discriminations, par exemple en raison de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre [45, 46], le racisme [41] et les stigmatisations peuvent aussi être responsables de stress chronique et d'une mauvaise santé.

Les comportements influant sur la santé doivent également être compris en réaction à un environnement social, culturel et économique [78], ce pour deux raisons: tout d'abord, les marges de manœuvre et les décisions dépendent des possibilités matérielles et structurelles dont dispose une personne du fait de sa situation sociale [6, 90]. Par exemple, les personnes à faible revenu disposent de choix plus restreints en matière de logement, d'activités de loisirs et d'alimentation que les personnes qui gagnent bien leur vie. Les comportements sont en outre acquis dans un milieu social et expriment des rôles attendus par la société [6]. Par exemple, les modèles d'activité physique et d'alimentation trouvent leurs origines au domicile parental ou sont expérimentés avec les pairs. Les conditions de vie extérieures constituent des modèles d'action fixes persistant le plus souvent tout au long de l'existence, aussi appelés «style de vie» (Mielck 2006) [90].

Bien que le **système de santé** suisse offre des soins de bonne qualité, en particulier en comparaison internationale, il n'est pas ouvert à tous de la même manière. Il existe en effet des différences sociales

Les **compétences en santé (ou littératie en santé)**, à savoir la capacité d'un individu à prendre des décisions de la vie quotidienne qui influent de manière positive sur sa santé – au domicile, au travail, dans le système de santé et au sein de la société en général – constituent une ressource importante. Les compétences en santé donnent aux individus les moyens de s'autodéterminer et de gérer librement leur santé [291]. Une personne disposant de ces compétences est capable de trouver des informations sur la santé, de les comprendre, de les considérer sous un angle critique et de les mettre en pratique [292, 293].

La littératie en santé n'est pas répandue de manière uniforme dans la population. En Suisse, les groupes suivants présentent les plus grandes lacunes à cet égard: personnes à la situation financière modeste, à faible niveau de formation, certaines franges issues de la migration [84].

en termes d'*accessibilité*, de *qualité* et d'*utilisation* des offres [88, 89]. Un aspect problématique est que les groupes de population souvent stigmatisés, tels que les minorités sexuelles et de genre (LGBTI), utilisent plus rarement les services de santé, car ils ont subi des discriminations de la part du personnel médical et soignant [79]. Leur accès au système de santé est en outre entravé par des schémas de travail inadéquats comme les systèmes de classification binaires (hommes/femmes) qui ne tiennent pas compte de la réalité des personnes transsexuelles et intersexuelles. Par ailleurs, le manque de compétences du personnel de santé en matière de diversité limite parfois la qualité des prestations et le recours à celles-ci pour certains groupes de personnes. Certains groupes au passé migratoire, en particulier, se heurtent au problème de la compréhension linguistique, ce qui complique la recherche du personnel de santé adéquat, la communication et la mise en œuvre effective de recommandations [91].

6.5 Répartition de la santé (quatrième bloc)

Les iniquités en santé sont la conséquence des trois blocs précédents. Bien attestées empiriquement, elles concernent notamment l'espérance de vie, la fréquence des MNT et des troubles psychiques, la perception subjective de la santé, la joie de vivre ainsi que la mortalité (cf. chap. 4).

ILLUSTRATION 8

Bloc 4: répartition de la santé

Répartition de la santé

Un déséquilibre entre les ressources et les contraintes se traduit par des disparités sociales dans les domaines suivants:

Mortalité

Fréquence des maladies (morbidité)

Qualité de vie

Bien-être

6.6 Distinction utile pour la pratique

Le modèle différencie deux types de déterminants: les déterminants structurels et les déterminants sociaux de la santé (cf. illustration 9). Cette distinction mise en avant par l'OMS [73] est capitale pour engager des mesures concrètes de promotion de la santé et de prévention.

- Les **déterminants structurels** se composent du contexte (premier bloc du modèle) et de la situation sociale (deuxième bloc) [73]. Ils sont définis comme les structures et processus sociaux à l'origine de l'affectation systématique des individus à différentes positions sociales (autrement dit, la situation sociale) et de la répartition inégale des déterminants sociaux de la santé au sein de la société¹⁷ [92]. Les déterminants structurels sont importants, car ils conditionnent les chances en matière de santé des groupes sociaux [73].
- Les **déterminants sociaux de la santé** sont discutés dans la dernière catégorie du modèle et sont aussi appelés «déterminants intermédiaires». Ils correspondent aux «*circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie*» (OMS 2018) [43]. Ils exercent une influence concrète sur la santé des individus.

En résumé, il convient de faire la distinction entre les mécanismes à l'origine de la hiérarchie sociale (les déterminants structurels) et les conditions de vie quotidiennes (les déterminants sociaux de la santé) qui en résultent¹⁸ [73]. Sur le plan causal, les déterminants sociaux de la santé se situent donc en aval des déterminants structurels; ils sont par conséquent déterminés par ces derniers [73].

Chaque type de déterminant appelle des mesures spécifiques

Selon que l'on souhaite modifier les déterminants structurels ou les déterminants sociaux de la santé, il convient d'adapter en conséquence la politique sanitaire et les mesures concrètes [73]:

- Les mesures ciblant les **déterminants structurels** visent à atténuer les désavantages sociaux liés à des caractéristiques horizontales et verticales: amélioration des chances de formation pour les groupes défavorisés, réduction des inégalités économiques et structurelles de la société, lutte contre la discrimination et la stigmatisation, etc.
- Les mesures portant sur les **déterminants sociaux de la santé** entendent réduire concrètement les contraintes tout en renforçant les ressources importantes pour la santé.

Remédier durablement aux iniquités en santé requiert non seulement des mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé, mais également au contexte (premier bloc du modèle) et au processus de hiérarchisation de la société (deuxième bloc) [73].

ILLUSTRATION 9

Les deux types de déterminants



¹⁷ Citation originale: «*The underlying social structures and processes that systematically assign people to different social positions and distribute the social determinants of health unequally in society are the social determinants of health inequities*» (VicHealth 2015, p. 6) [92].

¹⁸ Citation originale: «*A key aim of the framework is to highlight the difference between levels of causation, distinguishing between the mechanisms by which social hierarchies are created, and the conditions of daily life which then result*» (Solar & Irwin 2010, p. 4) [73].

6.7 Le parcours de vie, une perspective complémentaire nécessaire

Les désavantages et privilèges analysés dans le modèle influent sur la santé, de la naissance jusqu'à la fin de l'existence (cf. chap. 4.1). Seule la perspective du parcours de vie est, par conséquent, à même d'éclairer l'apparition et la dynamique des iniquités en santé et de représenter la durée de l'atteinte [8]. Elle apporte ainsi un complément essentiel aux groupes de facteurs matériels, structurels, psychosociaux et comportementaux (chap. 6.4). Ce n'est qu'en procédant à une analyse combinée de ces éléments qu'il a été possible d'expliquer les iniquités en santé et d'ouvrir la voie à des interventions efficaces [8].

La **perspective du parcours de vie** signifie que l'état de santé n'est pas uniquement le reflet de la situation actuelle, mais qu'il est aussi le fruit de circonstances antérieures, qui remontent jusqu'à la grossesse [93].

Les contraintes sociales et les atteintes à la santé intervenant avant la naissance et au cours des premières années de l'existence peuvent se répercuter sur la santé de trois manières [5, 68, 93]:

- **Effets latents:** les contraintes subies pendant des phases de développement décisives peuvent compromettre la santé de manière durable, parfois irréversible. Par exemple, une prise en charge prénatale inadéquate ou des conditions défavorables à la santé pendant la grossesse sont susceptibles de causer des dommages qui se manifesteront plus tard dans la vie.
- **Effets de trajectoire (*pathway effects*):** les habitudes acquises précocement peuvent influencer le comportement en matière de santé tout au long de l'existence; ainsi, les modèles d'activité physique acquis pendant l'enfance et l'adolescence sont souvent conservés toute la vie même s'ils pourraient en principe évoluer pendant la vie adulte.

- **Effets cumulatifs:** la durée des contraintes est déterminante. Si une personne est exposée longtemps à des influences environnementales néfastes, ou si elle est confrontée à une pauvreté durable, les effets délétères semblent se cumuler et s'aggraver. Un faible revenu à l'âge adulte peut ainsi avoir des répercussions plus négatives sur la santé des personnes qui ont grandi dans un foyer modeste que sur les personnes issues de familles aisées.

Les inégalités endurées durant les premières phases de l'existence (grossesse, enfance et adolescence) peuvent influencer sur la santé, indépendamment des conditions de vie et des comportements ultérieurs et par conséquent engendrer des iniquités en santé entre les groupes sociaux [68].

Le modèle doit donc être lu dans la perspective du parcours de vie, ce qui implique de tenir compte des contraintes sociales et des atteintes à la santé subies dès le début de l'existence, par exemple durant l'enfance et l'adolescence, et de s'intéresser de plus près à leur accumulation [3, 68]. Cette perspective souligne en outre la nécessité d'adapter les contextes de la promotion de la santé et de la prévention aux étapes de la vie [94]. Elle sensibilise enfin aux transitions difficiles et aux événements critiques traversés au cours d'une vie qui sont susceptibles de représenter un risque s'ils ne sont pas surmontés [87].

Les connaissances de la recherche sur le parcours de vie soulignent l'importance d'une promotion précoce de la santé visant à garantir l'égalité des chances [3, 68], sans toutefois remettre en cause l'intérêt d'engager des mesures plus tard dans l'existence. En effet, lorsque la durée du problème aggrave l'injustice sociale, il est justifié, quel que soit l'âge, de mettre fin à l'accumulation de phases de désavantages sociaux (Rathmann & Richter 2016) [8] et d'instaurer de nouveaux comportements et conditions de vie favorables à la santé [3, 68].

Partie 2: analyse des causes

7 Digression: les désavantages

Bien que le modèle explicatif (chap. 6) décrive un ordre de succession logique, la réalité est plus complexe et plus opaque, les caractéristiques constitutives d'inégalités ne produisant pas systématiquement les mêmes effets [36]. Par exemple, les conséquences d'un faible revenu sur les contraintes et les ressources ne sont pas univoques et peuvent se manifester de manière très différente chez les personnes. Les iniquités en santé sont en effet déterminées par l'interaction de plusieurs caractéristiques, qui peuvent s'aggraver ou au contraire s'affaiblir mutuellement [32, 36].

Réflexions dépassant l'identité et la situation sociale

Pour comprendre les interactions entre les caractéristiques, de nouvelles approches, telles que l'*intersectionnalité*, sont nécessaires [95]. Cette notion part du principe que l'identité d'un individu ne se réduit pas à un seul attribut. Ainsi, une personne n'est pas seulement une femme ou un homme, elle est instruite ou peu éduquée, aisée ou pauvre, homosexuelle ou hétérosexuelle, née en Suisse ou à l'étranger, religieuse ou sans confession, etc.

De la même manière, la situation sociale d'une personne est le fruit de plusieurs caractéristiques. Lorsque les traits qui engendrent des inégalités sociales se combinent, cela tend à aggraver le désavantage social¹⁹. Tel est notamment le cas des femmes noires, qui sont à la fois concernées par le racisme et le sexisme et sont donc confrontées à de plus grands défis sur le marché du travail que les femmes blanches et les hommes noirs [96].

Les caractéristiques constitutives d'inégalité se cumulent et doivent être considérées dans leur ensemble

Dans la réalité, les caractéristiques verticales (formation, revenu, fortune et statut professionnel) et horizontales (genre, parcours migratoire, orientation sexuelle et/ou identité de genre) ne peuvent souvent pas être découplées [8]²⁰. La perspective de l'intersectionnalité permet de considérer les inégalités sociales et les discriminations (en raison de la formation, du revenu, du sexe, de la migration, etc.) non pas séparément les unes des autres, mais dans leur ensemble [4, 17]. Il est fréquent qu'une inégalité ou une discrimination entraîne une autre, provoquant une accumulation de désavantages sociaux [74, 97]. Ainsi, un faible niveau de formation va souvent de pair avec un faible revenu qui, à son tour, est l'origine de mauvaises conditions de logement [98].

Le cumul des désavantages augmente le risque de maladie et de mortalité

Les interactions entre les caractéristiques constitutives d'inégalités conditionnent les ressources, le pouvoir, les possibilités et la reconnaissance dont jouit une personne (deuxième bloc), influant par conséquent sur ses contraintes et les ressources quotidiennes (troisième bloc). Lorsqu'un individu concentre différentes caractéristiques, il se produit un effet de cumul, qui se traduit par une plus grande vulnérabilité en santé et des ressources d'autant plus réduites [68, 74, 97].

¹⁹ Les interactions des caractéristiques constitutives d'inégalités peuvent avoir aussi bien des effets cumulatifs que compensatoires [36, 95]. Prenons l'exemple d'une jeune enseignante allemande en Suisse: elle possède les caractéristiques «femme» et «migrante», qui sont susceptibles d'influer négativement sur sa situation sociale. Dans le même temps, son bon niveau de formation, son revenu élevé et son jeune âge ont un effet positif, qui compense en partie son sexe et son passé migratoire [36]. Mais souvent, une caractéristique avantageuse ne peut entièrement neutraliser un désavantage [103].

²⁰ Les caractéristiques verticales et horizontales sont traitées au chapitre 3.1.

Partie 3: développement et mise en œuvre de mesures

«*Die Politik ist nichts weiter als Medizin im Grossen*»²¹
(«*La politique n'est rien d'autre que de la médecine à grande échelle*»)

Rudolph Carl Virchow, pathologiste allemand (1821-1902)

À l'appui des éléments théoriques définis, nous souhaitons à présent proposer un certain nombre de recommandations et de principes à l'intention de la pratique:

- Dans un premier temps, nous **examinerons** un certain nombre de **stratégies sanitaires nationales et internationales sous l'angle de l'égalité des chances** afin, d'une part, de légitimer les mesures de promotion de la santé et de prévention garantissant l'équité et, d'autre part, de dégager des principes et des lignes directrices opérationnelles en vue d'actions concrètes (**chap. 8**).
- Pour développer des mesures, il importe d'identifier le public cible prioritaire de projets et de programmes. C'est pourquoi nous formulerons des principes et des propositions en vue de **définir les groupes cibles** de mesures de promotion de la santé et de prévention garantissant l'égalité des chances (**chap. 9**).
- Enfin, nous présenterons des **approches et des critères de réussite fondés sur des preuves** permettant d'améliorer l'égalité des chances. L'objectif est de montrer ce qui peut être fait en pratique pour promouvoir la santé des groupes cibles socialement défavorisés (**chap. 10**).

²¹ Der Armenarzt. *Die medizinische Reform*. n° 18, 3.11.1848, p. 125

Partie 3: développement et mise en œuvre de mesures

8 Ancrage des mesures dans la politique de la santé

Les iniquités en santé sont un phénomène si bien attesté que les stratégies actuelles de la santé intègrent toutes, bien qu'à différents niveaux de détail, le thème de l'égalité des chances. Le présent chapitre dresse un état des lieux de l'ancrage de cette problématique dans divers documents stratégiques. Il s'agit en particulier de répondre aux questions suivantes:

- Comment l'égalité des chances en santé et la diversité sociale sont-elles intégrées dans les stratégies de la santé?
- Quels sont les messages principaux de ces stratégies en matière de diversité et d'égalité des chances?
- Quels sont les principes d'action formulés et les champs d'action définis?

Cette démarche vise un double objectif: d'une part, identifier les principes et les recommandations concernant l'égalité des chances actuellement diffusés dans les politiques sanitaires nationales et internationales afin de disposer d'un premier point de départ pour concevoir et mettre en œuvre des mesures; d'autre part, ancrer et légitimer les actions en faveur de l'équité dans les stratégies de la santé.

8.1 Stratégies internationales et bases de l'OMS

Depuis les années 1950, soit environ 70 ans, de nombreuses stratégies sanitaires internationales incluent les thèmes de la diversité et de l'égalité des chances. Si on les considère dans leur ordre chronologique, un fil rouge se dégage, indiquant que les débats n'ont cessé de se concrétiser: les premiers textes posent des prémisses normatives, les suivants complètent les bases conceptuelles, apportent des arguments en faveur d'une plus grande égalité des chances et formulent des recommandations opérationnelles.

Les paragraphes ci-après synthétisent les principaux messages contenus dans ces actes fondamentaux. La stratégie de politique de la santé où ils apparaissent pour la première fois est mentionnée entre parenthèses. De manière générale, les bases ultérieures réaffirment et consolident les déclarations des documents précédents.

Nous avons veillé à choisir des stratégies et documents-cadres qui soient a) pertinents pour la Suisse, c'est-à-dire non explicitement destinés aux pays en voie de développement, et b) formulés indépendamment d'indicateurs sociodémographiques (p. ex. non axés exclusivement sur certains groupes de population comme les personnes réfugiées).

Politique de la santé: principes et objectifs

Dans le domaine de l'égalité des chances en santé, les stratégies des 70 dernières années ont fixé les principes et objectifs suivants:

- **Droit fondamental:** la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain (*Constitution de l'OMS 1948*).
- **Justice sociale:** l'égalité des chances en santé fait partie des droits de l'homme et relève de la justice sociale (*Déclaration d'Alma-Ata 1978*).
- **Responsabilité collective:** la santé et l'égalité des chances en santé ne sont pas uniquement des affaires privées; les individus, les gouvernements et les sociétés dans leur ensemble ont le devoir de veiller à ce que tout être humain puisse jouir du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre (*Constitution de l'OMS 1948*).
- **Pertinence pour l'ensemble de la société:** loin d'être uniquement un précepte éthico-normatif, l'équité en santé joue un rôle déterminant dans le progrès social et la croissance économique et revêt par conséquent une importance capitale pour toute la société (*Stratégie de la santé pour tous en l'an 2000, OMS 1981*).

- **Défense de la santé et de l'égalité des chances dans ce domaine:** sur le modèle des groupes d'intérêts économiques, il convient de soutenir durablement la cause de la santé sur la base des droits de l'homme et de la solidarité. Le secteur sanitaire en particulier, mais aussi d'autres champs d'action politiques, doivent tendre vers l'objectif de l'équité en santé (*Charte de Bangkok, OMS 2005*).

Axes opérationnels et lignes directrices

Plus concrètement, les lignes directrices et axes opérationnels suivants ont été formulés et réaffirmés au cours des 70 dernières années:

- **Renforcer l'égalité des chances dans le système de santé:** pour que chacun puisse atteindre un bon niveau de santé, l'équité des soins, de la promotion de la santé et de la prévention doit être garantie (*Déclaration d'Alma-Ata 1978*). Dans ce but, des investissements supplémentaires sont nécessaires (*Charte d'Ottawa, OMS 1986*).
- **Améliorer l'ouverture du système de santé:** les offres et les mesures en matière de soins, de promotion de la santé et de prévention doivent être accessibles à tous les membres de la société et adaptées aux difficultés et aux besoins d'une population hétérogène (*Charte d'Ottawa, OMS 1986*).
- **Tenir compte du rôle clé des déterminants sociaux de la santé:** étant donné qu'une part essentielle de la santé est liée à des circonstances extérieures, les conditions de vie, de travail et de loisirs doivent être conçues de manière à promouvoir la santé (*Charte d'Ottawa, OMS 1986*).
- **Agir sur les déterminants structurels:** il importe de réduire autant que possible les inégalités d'une société en intervenant sur les origines structurelles des déterminants sociaux de la santé, en particulier la répartition inégale des possibilités de participation, des richesses et de la reconnaissance sociale: mesures en faveur de l'égalité des sexes, lutte contre la discrimination et la stigmatisation des populations migrantes ou de la communauté LGBTI, etc. (*Rapport Comblent le fossé en une génération, OMS 2008*). Des réglementations et des législations ciblées sur la protection de la santé et sur l'amélioration de l'égalité des chances et du bien-être pour tous sont nécessaires (*Charte de Bangkok, OMS 2005*).
- **Favoriser l'empowerment et les compétences en santé:** pour aider les êtres humains à mieux maîtriser leur santé et leur vie, il faut renforcer leur capacité d'autodétermination de manière à la fois générale et spécifique, notamment en développant leurs compétences sanitaires et en auto-gestion (*Charte d'Ottawa, OMS 1986*).
- **Développer la capacité de résistance des communautés et la cohésion sociale:** il y a lieu d'encourager non seulement les compétences individuelles mais aussi les forces collectives et la résilience des communautés, à savoir l'inclusion et la cohésion sociales ainsi que le sentiment d'appartenance (*Déclaration de Jakarta, OMS 1997*).
- **Favoriser la participation:** jouant un rôle décisif dans la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé et de prévention efficaces et adaptées aux besoins, les collectivités et la société civile dans son ensemble doivent pouvoir participer activement à toutes les étapes des programmes et des projets, de la conception et la planification à l'évaluation en passant par la mise en œuvre (*Constitution de l'OMS 1948*).
- **Adopter une approche multisectorielle:** les mesures de politique sanitaire ne suffisent pas à elles seules à instaurer l'égalité des chances en santé. Le rôle des secteurs sociaux et économiques (formation, marché du travail, aménagement du territoire, etc.) est crucial pour assurer à chacun les mêmes possibilités de réaliser pleinement son potentiel de santé (*Déclaration d'Alma-Ata, OMS 1978*).
- **Mettre en œuvre le principe de «la santé dans toutes les politiques»:** dans la continuité de l'approche multisectorielle, tous les secteurs politiques sont enjoint à intégrer des réflexions liées à la santé dans leur travail et à évaluer les conséquences sanitaires de leurs décisions (*Charte d'Ottawa, OMS 1986*).
- **Tenir compte du rôle clé des entreprises:** outre les gouvernements, les décideurs et décideuses, les collectivités et la société civile, les entreprises et les employeurs privés ont une part essentielle à jouer en matière d'égalité des chances étant donné que les conditions de travail influent directement sur la santé (*Charte de Bangkok, OMS 2005*).

- **Sensibiliser, informer et mettre en place des formations continues:** il importe de sensibiliser le public, les décideurs et décideuses et les professionnel-le-s de la santé aux disparités sociales en matière de santé et de leur transmettre des recommandations concrètes s'agissant de la réalisation de mesures, de la prise de décisions et de la définition de stratégies politiques (*Rapport Comblant le fossé en une génération, OMS 2008*).
- **Considérer le parcours de vie:** dans la mesure où les iniquités en santé sont influencées par les circonstances au début de l'existence et par la durée des atteintes, les objectifs et les mesures de promotion de la santé et de prévention garantissant l'égalité des chances doivent se fonder sur le parcours de vie (*Santé2020, OMS 2012*).
- **Concevoir des systèmes de santé proches de la population:** les soins, la promotion de la santé et la prévention doivent être à bas seuil et orientés vers les conditions de vie concrètes; les patient-e-s doivent être reconnus comme des ressources et des partenaires et inclus activement dans leur traitement (*Santé2020, OMS 2012*).
- **Appliquer le principe de l'universalisme proportionné:** les personnes qui subissent le plus de contraintes en termes de santé et bénéficient le moins des offres du système sanitaire doivent être considérées comme groupes cibles prioritaires. Bien que les prestations s'adressent à tous, l'intensité des mesures doit être proportionnelle au degré de désavantage des groupes de population (*Déclaration mondiale sur la santé, OMS 1998*).
- **Augmenter les investissements:** des moyens supplémentaires dans la politique, les mesures et l'infrastructure sont requis pour pérenniser les effets, mettre en place des actions durables et augmenter les capacités et la qualité du système de santé (*Charte de Bangkok, OMS 2005*).
- **Assurer le monitoring et l'évaluation:** la mise sur pied et le développement de systèmes de monitoring sont indispensables pour mieux

comprendre comment se manifestent et se développent les iniquités en santé. Des efforts supplémentaires sont également nécessaires en ce qui concerne l'évaluation afin d'identifier et de généraliser les mesures améliorant efficacement l'égalité des chances (*Stratégie de la santé pour tous en l'an 2000, OMS 1981*).

- **Rendre compte des actions menées:** dans la continuité du monitoring et de l'évaluation, il est essentiel de mesurer la politique de la santé sur la base d'objectifs et de résultats clairs, et donc de rendre davantage compte des effets (*Santé21, la politique-cadre de la santé pour toute la région européenne de l'OMS, 1998*).

8.2 Stratégies et bases suisses dans le domaine de la santé

Tout comme pour les stratégies mondiales, notre intention n'est pas ici de dresser une liste exhaustive des bases nationales pertinentes, mais de privilégier les documents de politique de la santé qui a) sont valables pour toute la Suisse et b) portent de manière générale sur les thèmes de la diversité et de l'égalité des chances. Aussi avons-nous laissé de côté les bases cantonales et les stratégies axées sur un groupe de population donné (p. ex. population migrante, femmes²²).

Les éléments portant sur l'équité en santé seront cette fois présentés séparément pour chaque document.

8.2.1 Constitution fédérale de la Confédération suisse

Les dispositions fondamentales relatives à l'égalité des chances en Suisse sont contenues dans la Constitution fédérale. La Confédération suisse «favorise la prospérité commune, le développement durable, la cohésion interne et la diversité culturelle du pays» (art. 2, al. 2) et «veille à garantir une égalité des chances aussi grande que possible» (art. 2, al. 3). Cette mission de garantir une égalité des chances

²² Pour cette raison, les activités dans le domaine de la migration relevant de la politique suisse en matière d'intégration (<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/berichte/integration.html>, page consultée le 20.06.2019) et le programme national Migration et santé (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/programm-migration-und-gesundheit-2002-2017.html>, page consultée le 20.06.2019) ne sont pas non plus pris en compte.

aussi grande que possible à la population s'étend à tous les domaines de la société, et donc aussi au système de santé. La Constitution fédérale instaure par conséquent le cadre juridique duquel découle l'objectif de **bénéficier des mêmes chances en santé pour tous les membres de la société** (cf. chap. 3.4).

8.2.2 Stratégies Santé2020 et Santé2030

La stratégie Santé2020²³ reflète les priorités actuelles du Conseil fédéral en matière de politique de santé. Elle oriente le système sanitaire suisse sur les défis présents et futurs en définissant quatre domaines d'action principaux:

1. garantir la qualité de vie;
2. renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle;
3. garantir et renforcer la qualité des soins;
4. garantir la transparence, améliorer et piloter la coordination.

L'égalité des chances en santé s'impose ainsi dans l'agenda politique de la Confédération: «*Dans le domaine de la santé publique, il est impératif de veiller à l'équité, notamment de permettre à tous d'accéder au système de santé*» (OFSP 2018, p. 1) [99].

Santé2020 vise à mettre en œuvre des mesures dans les domaines des MNT, des troubles liés aux addictions et de la santé psychique [1]. Les stratégies et documents fondamentaux discutés dans les chapitres suivants sont spécifiquement consacrés à ces trois domaines.

L'égalité des chances comme principe directeur est également présente dans la nouvelle stratégie de politique de la santé Santé2030. Elle formule la vision que toutes les personnes en Suisse vivent dans un environnement qui promeut la santé, indépendamment de leur état de santé et de leur statut socio-économique. À la différence de Santé2020, la nouvelle stratégie se focalise entre autres sur certains facteurs d'influence pour la santé (environnement et travail) dans le but d'augmenter les chances de vivre en bonne santé.

8.2.3 Stratégie nationale MNT 2017-2024 et plan de mesures

Le principe de l'équité en santé est déjà fermement ancré dans la vision de la stratégie²⁴: «*Quel que soit leur statut socio-économique, les personnes sont encouragées à adopter des styles de vie sains dans un environnement favorable à la santé*» (OFSP & CDS 2016, p. 4) [51]. L'amélioration de l'égalité des chances dans l'accès à la promotion de la santé et à la prévention constitue en outre un des objectifs spécifiques (le n° 4).

Enfin, l'équité en santé est définie comme l'un des quatre thèmes majeurs du plan de mesures de la stratégie MNT: «*Ce principe, important pour toutes les phases de la vie, doit être pris en compte lors de la planification et de la mise en œuvre des mesures dans les trois groupes de mesures de la stratégie MNT*» (OFSP; CDS; PSCH 2016, p. 16) [39].

Jouant un rôle essentiel dans ce cadre, le système de santé doit s'orienter sur les besoins des personnes en Suisse, être accessible à tout le monde et proposer des prestations de qualité (**ouverture du système de santé**) [39]. Des mesures spécifiques peuvent toutefois être nécessaires pour promouvoir la santé des groupes défavorisés (**universalisme proportionné**): il convient dès lors de développer des offres et des informations à bas seuil tenant compte des besoins particuliers des personnes en situation de vulnérabilité (champ d'action 6 de la stratégie, mesure D.2 du plan de mesures) [39, 51]. Se fondant sur Santé2020, la stratégie MNT met également l'accent sur les **compétences en matière de santé et les responsabilités des individus** (champ d'action 1 et objectif spécifique 2 de la stratégie). Dans sa vision, elle souligne déjà la nécessité de créer un environnement favorable à la santé (**déterminants sociaux de la santé**, champs d'action 1 et 7 et objectif spécifique 3 de la stratégie, mesure E.2 du plan de mesures), postulant que «*les personnes en situation de vulnérabilité sont justement celles qui profitent le plus des mesures de prévention structurelle*» (OFSP & CDS 2016, p. 46) [51].

²³ Disponible ici: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020.html> (page consultée le 20.06.2019).

²⁴ Disponible ici: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html> (page consultée le 20.06.2019).

Défendant la conviction selon laquelle les «*mesures de lutte contre les MNT sont liées à de nombreux domaines de la politique et de la vie (p. ex. économie, environnement, formation, circulation, aménagement du territoire, etc.)*» (OFSP & CDS 2016, p. 47) [51], la stratégie MNT appelle également à une **approche multi-sectorielle** (champ d'action 3 de la stratégie, mesures A et E.2 du plan de mesures), faisant valoir que, pour créer des conditions-cadres propices à la santé «*tenant compte de la question de l'égalité des chances, la collaboration avec différents domaines de la politique revêt une importance capitale*» (OFSP & CDS 2016, p. 4) [51].

Enfin, la stratégie MNT plaide en faveur du principe de **la santé dans toutes les politiques** et d'une **responsabilité sociale pour la santé** (champ d'action 7 de la stratégie, mesure E.2 du plan de mesures).

8.2.4 Stratégie nationale Addictions 2017-2024 et plan de mesures

L'égalité des chances et l'attention particulière à accorder aux groupes vulnérables sont inscrites dans les objectifs stratégiques et les champs d'action de la stratégie nationale Addictions^{25,26}. De manière générale, le champ d'action 1 vise à renforcer le repérage précoce face aux comportements à risque, aux addictions et aux problèmes qui en découlent en précisant que les «*personnes particulièrement vulnérables et les catégories à risque bénéficient rapidement d'aide et de soutien*» (**principe de l'universalisme proportionné**) (OFSP 2015, p. 53) [57]. Le plan de mesures définit en outre que «*l'égalité des chances en matière de santé constitue un autre aspect central de la mise en œuvre de la Stratégie nationale Addictions. Des efforts seront déployés pour que chacun – quel que soit son sexe, son statut socio-économique, son origine culturelle ou son âge – puisse accéder aux informations mais aussi aux offres d'aide*» (OFSP 2016, p. 5) [100].

Conformément à la stratégie, le monde professionnel de l'aide et la prévention dans le domaine des addictions doit tenir compte de toute l'hétérogénéité de la société [101]. Son **travail doit être axé sur les besoins et sensible à la diversité** car les troubles liés aux **addictions** touchent toutes les catégories

d'âge et tous les milieux socioculturels [57]. Dans le même temps, il importe de prendre en considération les multiples facettes des addictions: d'une part, les modes de consommation de substances diffèrent selon le statut socio-économique ou le genre de la personne concernée [57]; d'autre part, certains groupes sociaux ont un risque plus élevé de développer des troubles liés à l'addiction [57]. Pour ces raisons, un objectif stratégique du champ d'action 2 est d'adapter les offres de traitement et de conseil aux besoins des personnes concernées et à leurs objectifs thérapeutiques individuels [57]. La stratégie vise donc principalement l'**ouverture du système de santé et de ses prestations**.

Il convient de tenir compte de la diversité de la société et des situations en **sensibilisant les groupes à risque et en les informant de manière ciblée et à bas seuil** (champ d'action 7). Cela suppose d'augmenter les moyens de **toucher les personnes vulnérables** indépendamment de leur genre, de leur âge ou de leur milieu socioculturel et d'améliorer l'**accessibilité des offres** (champ d'action 2) [57].

Le référentiel en matière de **qualité et d'assurance de la qualité** a quant à lui été adapté de façon à intégrer tous les aspects de la diversité et de l'égalité des chances [101]. Cette problématique est en outre traitée dans la **formation et le perfectionnement** des professionnel-le-s de la santé et des addictions afin de sensibiliser les personnes actives dans les différents domaines aux besoins particuliers des personnes dépendantes et des groupes vulnérables (champ d'action 6). Enfin, la Suisse met l'accent sur le thème de l'équité dans le cadre de l'**échange de connaissances et d'expériences** au niveau international (champ d'action 8).

Comme l'addiction est une maladie complexe, impliquant des facteurs à la fois biologiques et psychosociaux [57], la stratégie et le plan de mesures mettent à la fois en avant la responsabilité **individuelle et collective**, appelant d'une part à renforcer les **compétences en santé** et à **responsabiliser** les personnes concernées et leur entourage (champ d'action 1) [100] et, d'autre part, à **développer des conditions générales favorables à la santé** (champ d'action 1) [57].

²⁵ Disponible ici: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html> [page consultée le 20.06.2019]

²⁶ L'importance de l'égalité des chances dans la stratégie Addictions fait l'objet d'une analyse systématique dans un autre document [101].

Ce dernier objectif requiert une **collaboration multisectorielle** avec différents domaines politiques (champ d'action 5, mesures 4.2, 5.1, 5.2, 5.3 du plan de mesures). La mise en réseau et la coopération des divers secteurs (santé, social, formation, justice, police, marché du travail, économie, transports et infrastructure) est cruciale pour mener une politique en matière d'addictions efficace et cohérente [57]. Une **bonne coordination** est donc nécessaire aux échelons communal, cantonal et fédéral étant donné que tous les niveaux étatiques sont concernés (mesure 5) [100]. En complément, la stratégie nationale Addictions s'appuie aussi sur le principe de la **santé dans toutes les politiques** [57].

8.2.5 Santé psychique: rapports «Santé psychique en Suisse» et «Prévention du suicide en Suisse»

Fondements des activités dans le domaine de la santé psychique, les rapports «Santé psychique en Suisse»²⁷ et «Prévention du suicide en Suisse»²⁸ élaborés conjointement par l'OFSP, la CDS et PSCH mettent en exergue le **rôle important des déterminants sociaux de la santé** dans l'apparition de troubles. En particulier la pauvreté, le chômage ou le manque de possibilités de participation sociale sont considérés comme des sources de stress chronique mettant en danger la santé psychique [102].

Le rapport «Santé psychique en Suisse» définit les quatre champs d'action suivants, chacun d'eux comportant deux domaines de mesures prioritaires:

1. sensibilisation, déstigmatisation et information;
2. réalisation d'actions dans les domaines de la promotion de la santé, la prévention et le dépistage précoce;
3. sensibilisation et diffusion des bases scientifiques;
4. structures et ressources.

Thème transversal, l'égalité des chances doit être prise en considération dans tous les champs d'action identifiés et les mesures correspondantes. Ainsi, le travail de **sensibilisation et d'information** (champ d'action 1) s'adresse explicitement aussi bien à la population générale et au monde professionnel de la santé qu'aux groupes à risque. Un **accès à bas seuil adapté aux besoins** doit en outre être garanti dans toutes les régions: les mesures et les offres doivent tenir compte de la multiplicité des déterminants sociaux de la santé et des besoins qui en découlent (champ d'action 2). La **diversité des contraintes et des ressources** est ainsi reconnue et mise en avant [102]. Pour réellement améliorer la santé psychique, les programmes et les mesures doivent par conséquent atteindre les différents groupes de population de différentes manières [102].

Le soutien des divers secteurs est primordial pour mettre en œuvre des mesures de manière cohérente. Dans ce but, il convient d'ancrer plus fortement les contenus et les enjeux pertinents pour la santé dans l'administration et la politique ainsi qu'au sein des associations économiques et professionnelles et des ONG (champ d'action 3, ensemble de mesures 5, **la santé dans toutes les politiques**). Le rapport «Santé psychique en Suisse» préconise en outre la **collaboration multisectorielle**. En effet, les conditions d'une bonne santé psychique dépendent en grande partie des politiques dans le domaine de l'éducation, du travail, du social et de la jeunesse, et non uniquement du secteur sanitaire (champ d'action 4, ensemble de mesures 7) [102].

²⁷ Disponible ici: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/dialogbericht-psychische-Gesundheit.html> (page consultée le 02.07.2019).

²⁸ Disponible ici: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html> (page consultée le 02.07.2019).

Partie 3: développement et mise en œuvre de mesures

9 Recommandations concernant la définition des groupes cibles

Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, il est capital de définir clairement les groupes cibles auxquels les mesures et les offres sont destinées [6, 63]. Cette démarche est complexe et requiert un réajustement permanent. Le présent chapitre décrit les principes à respecter.

9.1 Défis

Bien délimiter les groupes cibles est essentiel pour développer des mesures destinées aux personnes dont la santé est la plus atteinte en raison de désavantages sociaux et, par conséquent, améliorer l'efficacité de la promotion de la santé et de la prévention. Cette démarche se heurte toutefois à plusieurs obstacles, ainsi que l'illustre la perspective de l'intersectionnalité:

- 1) Il est difficile de définir de manière univoque et uniforme les groupes privilégiés et défavorisés. La théorie de l'intersectionnalité nous enseigne que les caractéristiques sociodémographiques se combinent et **interagissent de multiples façons** [36, 95].
- 2) Étant donné que les iniquités en santé sont le fruit d'interactions entre les facteurs de désavantages, les **groupes cibles ne peuvent être définis sur la base d'une seule caractéristique**, comme cela est pourtant souvent le cas (p. ex. la population issue de la migration, les femmes, la population à faible revenu, etc.). La perspective de l'intersectionnalité met ainsi en garde contre le fait de **former des groupes sociaux qui n'existent pas sous cette forme** (Domenig & Cattacin 2015) [17]. Prenons l'exemple de la population issue de la migration: les situations de vie sont différentes selon qu'il s'agit d'enseignants et enseignantes au bon niveau de formation ou de main-d'œuvre peu instruite, de personnes aisées ou à revenu modeste, de citoyens et citoyennes de l'Union européenne ou de requérants et requérantes d'asile

au statut de séjour précaire, de femmes ou d'hommes, etc. [103]. Les conséquences d'un passé migratoire n'étant pas les mêmes pour tous [36], il faut éviter de réduire la situation et les besoins d'un individu en matière de santé à un seul aspect de son identité.

- 3) Enfin, définir des groupes spécifiques comporte toujours un risque de **stigmatisation**, de **discrimination** voire de *victim blaming*, comme le montre le chapitre 3.3 [49, 53]. La perspective de l'intersectionnalité nous a en outre appris que l'identité et les désavantages étaient des questions complexes et qu'il pouvait être injuste et discriminatoire de traiter de la même manière des personnes dont la situation est présumée identique [17]. Ainsi, une mesure destinée exclusivement à la population migrante à faible revenu est susceptible de discriminer les personnes dont le statut de séjour précaire ou de parent seul ne permet ni d'expliquer ni de résoudre les problèmes de santé.

De surcroît, la définition des catégories défavorisées peut évoluer au cours du temps et n'est pas valable pour tous les domaines de la promotion de la santé et de la prévention. Avant de cibler des groupes sociaux, deux facteurs doivent être pris en considération [63, 79]:

- 1) **le thème et l'objectif d'une mesure:** les groupes cibles prioritaires diffèrent en fonction du thème du projet ou du programme concerné (p. ex. alimentation, santé psychique, arrêt du tabac);
- 2) **les données disponibles:** une base empirique est nécessaire pour établir des corrélations systématiques entre la santé et certaines caractéristiques sociodémographiques. Étant donné que le nombre de ces caractéristiques n'ont pas été étudiées de manière méthodique, les statistiques de la santé ne suffisent pas à identifier tous les groupes défavorisés. Il est donc impossible d'élaborer une liste exhaustive des facteurs respon-

sables de désavantages ou de vulnérabilité en santé et par conséquent de fixer des priorités. L'important est au contraire de garder à l'esprit que certains facteurs sont encore inconnus [38].

9.2 Recommandations générales

En résumé, il n'est ni faisable ni opportun de dresser une liste générale des caractéristiques liées à un risque de maladie plus élevé car a) les groupes cibles diffèrent en fonction du thème et de la mesure, b) les statistiques de la santé comportent des zones d'ombre importantes et c) les interactions entre les caractéristiques de désavantages sont complexes.

Compte tenu de l'impossibilité de proposer une liste à validité générale permettant d'établir des priorités, nous ne présenterons aucune définition des groupes cibles valable pour toutes les mesures, mais nous intéresserons au processus y conduisant. Nous formulerons en outre quelques principes susceptibles d'être utiles à cet égard et d'inciter à l'action.

- **Intégrer le principe de l'universalisme proportionné lors de la définition des priorités:** bien que les mesures de promotion de la santé et de prévention garantissent de l'égalité des chances entendent améliorer la santé de toute la population, leur intensité doit être proportionnelle au degré de désavantage de certains groupes («universalisme proportionné») [3, 7, 19, 68]. Autrement dit, les efforts doivent être idéalement concentrés sur les cercles de personnes défavorisées et tenir compte des réalités sociales qui engendrent des iniquités en santé [3]. Liée à la notion de gradient social (cf. chap. 4.1), cette approche est aujourd'hui mise en pratique dans la plupart des politiques sanitaires (cf. chap. 8).
- **Ne pas penser en catégories figées mais tenir compte des interactions entre les caractéristiques constitutives d'inégalités,** qui sont des éléments clés à considérer lors de la définition de groupes cibles [61]. La combinaison de facteurs crée des sous-groupes présentant des contraintes spécifiques en matière de santé ainsi que des

ressources et des potentiels de prévention particuliers (Fehr et al. 2014) [63]. On évite ainsi de considérer que les groupes sociaux sont homogènes et que leurs situations de vie et leurs besoins en matière de santé ne s'expliquent que par un seul aspect de leur identité. Définir des groupes cibles à l'aide de la perspective de l'intersectionnalité permet de cerner plus précisément les iniquités en santé et, ainsi, de dégager des mesures plus ciblées et plus efficaces [95]²⁹.

- **Accorder une attention particulière aux interactions entre les caractéristiques verticales et horizontales:** le fait d'être davantage concerné par les maladies est imputable non seulement à la pauvreté matérielle ou au manque d'instruction (axe vertical), mais aussi à des facteurs comme le genre et le passé migratoire (axe horizontal) [79]. Des formes particulières de vulnérabilité apparaissent lorsque les caractéristiques socio-économiques et celles constitutives de désavantages se combinent [38], à l'exemple d'un migrant âgé au faible niveau de formation.
- **Analyser les processus liés aux désavantages et à la vulnérabilité:** plutôt que de penser en catégories figées, nous proposons de nous concentrer sur les processus à l'origine des désavantages [3, 95] et de la situation sociale d'une personne. Tout comme les interactions entre les caractéristiques, cet aspect doit être analysé en détail lors de la définition des groupes cibles (cf. axes prioritaires définis par l'OFSP et Pro Senectute exposés plus loin).

9.3 Processus de définition des groupes cibles

Sur la base des recommandations précédemment formulées, nous suggérons de procéder en deux étapes pour étayer et nuancer la définition des groupes cibles.

Dans un premier temps, l'idéal est de se fonder sur des observations empiriques afin de déterminer quels groupes ont une plus forte probabilité d'être malades et/ou d'adopter des comportements dangereux pour la santé. Les données sanitaires four-

²⁹ La publication de la Centrale nationale de coordination des addictions (Infodrog) «*Diversité dans le domaine des addictions. Lignes directrices pour la gestion de la diversité de la clientèle*» montre par exemple comment appliquer la perspective de l'intersectionnalité pour définir des groupes cibles [286].

nissent des informations sur les groupes sociaux qui conjuguent contraintes particulières et manque de ressources. Toutefois, les statistiques actuelles comportent des zones d'ombre considérables et ne permettent donc pas d'identifier tous les groupes défavorisés sur les plans social et sanitaire. Elles doivent par conséquent être complétées d'expériences pratiques et de considérations théoriques. Ces trois sources d'information constituent un premier point de départ pour définir des groupes cibles, mais n'expliquent pas la propension plus élevée à contracter des maladies chez certaines catégories de population. Dans un second temps, il importe donc d'étudier plus précisément les facteurs expliquant pourquoi ces groupes sont plus souvent atteints dans leur santé (*analyser les processus liés aux désavantages et à la vulnérabilité*). Ce faisant, les interactions entre les caractéristiques sociodémographiques constitutives d'inégalités doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Première étape: principales caractéristiques constitutives d'inégalités en Suisse

Les désavantages et les privilèges sociaux ne se manifestent pas de la même manière dans toutes les sociétés: en Australie, des disparités significatives peuvent s'expliquer par une origine aborigène; la société indienne est quant à elle toujours structurée par le système des castes tandis qu'aux États-Unis, la situation favorable ou défavorable d'une personne tient souvent à la couleur de sa peau ou à son origine ethnique [5].

Il y a lieu ici d'établir une vue d'ensemble des principales caractéristiques constitutives d'inégalités qui, en Suisse, à elles seules ou en combinaison avec d'autres, augmentent la *probabilité* d'un désavantage social et la vulnérabilité en santé³⁰:

Parmi les **caractéristiques verticales**, relevons l'importance centrale du statut socio-économique. Il est recommandé de le subdiviser comme suit: revenu, fortune, formation, statut professionnel. S'agissant des enfants et des jeunes, l'origine sociale (revenu et formation des parents) [6, 8, 79] joue en outre un rôle particulier. Bien que l'on ait longtemps pensé que les facteurs socio-économiques

décrivaient plus ou moins le même phénomène, leurs interactions et la diversité de leurs effets sur la santé apparaissent aujourd'hui de plus en plus nettement [8].

Les **caractéristiques horizontales** suivantes semblent par ailleurs influencer tout particulièrement sur les iniquités en santé [79]:

- le genre;
- la migration;
- l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre (LGBTI).

À noter que ces caractéristiques constitutives d'inégalités peuvent être opérationnalisées, c'est-à-dire mesurées, de différentes manières. Stamm et al. [32] formulent à ce sujet des propositions spécifiques pour la Suisse et présentent des sources de données empiriques pertinentes pour chacune d'elles.

Deuxième étape: identifier les facteurs expliquant une plus grande vulnérabilité en santé

Pour éviter les catégories figées et donc tout risque d'approximation et de stigmatisation, nous estimons crucial de **préciser** et de **combinaison** les **caractéristiques constitutives d'inégalités**. Cette démarche permettra de déterminer concrètement comment une caractéristique engendre des iniquités en santé. Nous conseillons aux responsables de projets, en fonction de leur domaine d'activité thématique et géographique, de se poser les questions directrices suivantes pour identifier plus précisément les charges et les ressources en santé [63]:

Quels risques pour la santé sont liés aux caractéristiques constitutives d'inégalités identifiées à la première étape? En ce qui concerne les caractéristiques statut socio-économique, sexe, migration et orientation sexuelle et/ou identité de genre, citons les facteurs suivants:

- Statut socio-économique: des revenus et une fortune modestes, un manque de formation et un faible statut professionnel sont susceptibles d'aller de pair avec des conditions de travail et de logement ainsi que des comportements néfastes pour la santé, mais aussi avec le chômage et le recours à l'aide sociale.

30 En particulier les facteurs de désavantages individuels suivants augmentent le risque de vulnérabilité en santé (chap. 3.3): isolement social (absence de réseau), circonstances difficiles tôt dans le développement, grand âge, handicap, maladie, criminalité, violence domestique, marginalité, statut de sans-abri, de parent seul, prise en charge de proches malades [79].

- Migration: certaines contraintes particulières influant sur la santé de la population migrante peuvent être dues non seulement à des circonstances défavorables dans le pays d'origine (p. ex. conditions sociales sur place, persécution politique et/ou religieuse), mais aussi à la migration elle-même (traumatismes psychiques et physiques pendant la fuite), à des difficultés dans le nouveau pays de résidence (manque de connaissances dans la langue officielle, intégration économique, travail faiblement rémunéré, statut de séjour précaire ou expérience de la discrimination) ou encore à des tabous, valeurs et comportements socioculturels (p. ex. scepticisme à l'égard des mesures de promotion de la santé).
- Genre: des disparités dans la santé des femmes et des hommes peuvent être imputables à des facteurs d'influence sociaux (différences de statut dans la société et conséquences sur la formation, le travail, le revenu, la participation sociale, l'accès au système de santé, etc.) et biologiques.
- Orientation sexuelle et/ou identité de genre: les membres de la communauté LGBTI peuvent subir des discriminations et des stigmatisations sociales, juridiques et économiques, ce qui a des conséquences négatives sur leur santé. Ils ont aussi parfois davantage de difficultés à accéder au système de santé: (peur de la) stigmatisation de la part du personnel de santé, schémas de travail inadéquats (classification hommes/femmes) qui méconnaissent la réalité des personnes transsexuelles et intersexuelles, etc.

Outre les contraintes, il importe également de s'interroger sur les ressources sur lesquelles peuvent se fonder la promotion de la santé et la prévention [63]: quelles ressources en matière de santé et quels potentiels de prévention sont présents dans ces groupes sociaux (ou font défaut)? Citons par exemple les stratégies d'adaptation (*coping*), un réseau social solide, les compétences en santé et la réceptivité aux offres et aux enjeux de la prévention de la santé et la prévention.

Étant entendu qu'une personne appartient à plusieurs groupes (cf. chap. 7), il est nécessaire de combiner les caractéristiques constitutives d'inégalités pour identifier précisément les contraintes et les ressources en santé.

Cette méthode permet de mettre en évidence le besoin d'agir et de cibler les interventions. Le chapitre 10 expose les interventions visant à éliminer les contraintes et à développer les ressources manquantes.

Exemples de cas en Suisse

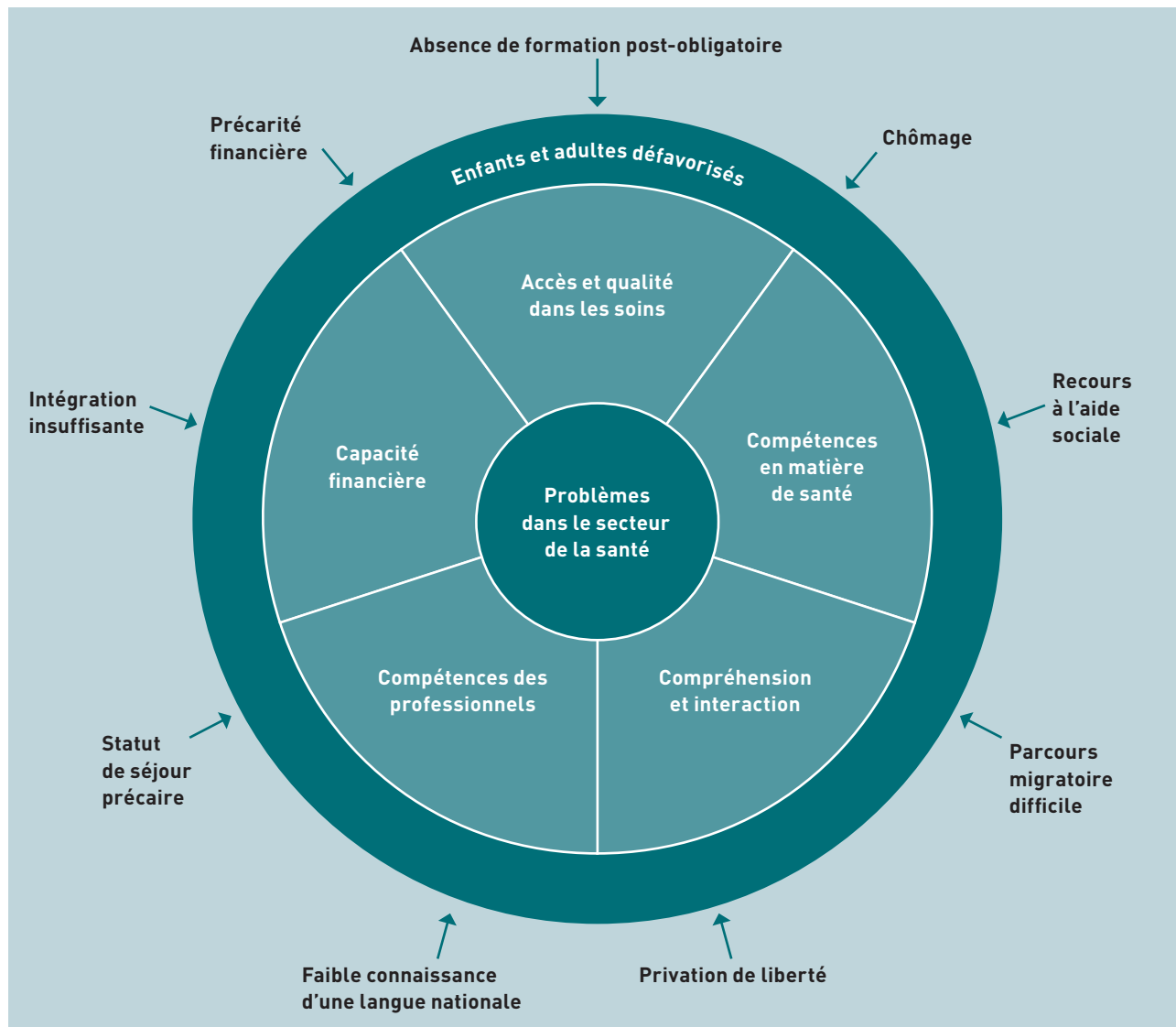
Les exemples de l'OFSP et de Pro Senectute montrent comment, en pratique, préciser les contraintes et les ressources. La section Égalité face à la santé de l'OFSP identifie par exemple différents facteurs liés aux caractéristiques «migration» et «statut socio-économique» qui sont susceptibles d'engendrer des inégalités sociales particulières (cf. illustration 10).

Ainsi, ce n'est pas la migration en tant que telle qui est responsable des inégalités mais plutôt les facteurs qui peuvent lui être associés: «faible connaissance d'une langue nationale», «intégration sociale et économique insuffisante», «parcours migratoire difficile» ou «statut de séjour précaire». De la même manière, les facteurs «pauvreté», «aide sociale», «absence de formation post-obligatoire» ou «chômage» aident à décrire plus précisément le statut socio-économique et à identifier les risques pour la santé.

Pro Senectute Suisse part elle aussi du principe que *«des facteurs comme la nationalité ou le sexe influencent donc la probabilité de faire partie de groupes vulnérables, mais ils ne constituent pas en soi des facteurs déterminants de la vulnérabilité»* (Gasser et al. 2015, p. 57) [56]. La prévalence plus élevée des maladies et des handicaps doit avant tout être comprise comme un déficit dans plusieurs formes de capital. Selon les travaux du sociologue Pierre Bourdieu, les personnes dont la santé est vulnérable sont celles qui sont pauvres (capital économique), peu instruites (capital culturel), isolées (capital social) et/ou fragiles (capital physique) (cf. illustration 11). La présence de déficits dans plusieurs formes de capital engendre une vulnérabilité particulière.

ILLUSTRATION 10

Axes prioritaires de l'OFSP dans le domaine de l'égalité des chances³¹



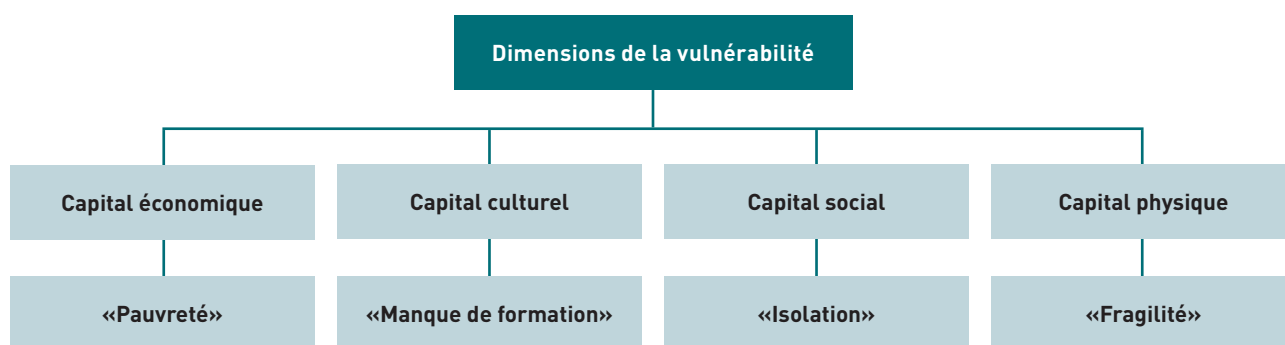
31 Source du graphique de l'OFSP: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/aktivitaeten-chancengleichheit/faktenblatt-chancengleichheit.pdf.download.pdf/Egalit%C3%A9%20des%20chances%20activit%C3%A9s.pdf> [page consultée le 20.06.2019]

Suivant cette logique, Pro Senectute Suisse considère que la prévalence plus élevée de maladies dans la population migrante est à imputer à la pauvreté, au manque de formation et/ou au défaut de lien social. Au lieu de se focaliser sur une caractéristique sociodémographique (la migration), elle s'intéresse par conséquent aux facteurs explicatifs tels que la

pauvreté et la formation, qu'elle place au cœur de ses mesures: «Pour limiter et éliminer la vulnérabilité, l'accent est mis ici sur le renforcement des formes de capital existantes et la compensation de lacunes dans une forme de capital par une autre» (Gasser et al. 2015, p. 48) [56].

ILLUSTRATION 11

Dimensions de la vulnérabilité selon la compréhension de Pro Senectute [56]



Partie 3: développement et mise en œuvre de mesures

10 Approches empiriques et critères de réussite

Quelles mesures concrètes sont adaptées pour accroître l'égalité des chances liée à la santé? Le présent chapitre vise à faire le lien entre les chapitres théoriques consacrés aux causes de l'iniquité en santé (chap. 6 et 7) et le travail sur le terrain. Sur cette base, nous présenterons les approches et les critères de réussite de mesures qui ont manifestement permis d'accroître l'égalité des chances en matière de santé.

Il convient de relever ici que la méthode choisie, une recherche bibliographique approfondie, permet de montrer ce qui peut être fait pour améliorer la santé des personnes socialement défavorisées. Cependant, elle ne permet pas de répondre aux questions opérationnelles en ce qui concerne les différentes étapes, les ressources financières et humaines nécessaires ou encore les partenaires de mise en œuvre en Suisse.

10.1 Introduction

10.1.1 Passage de la théorie aux recommandations pratiques

Que nous apportent les réflexions théoriques pour la mise en pratique? Le modèle explicatif présenté au chapitre 6 oriente l'action puisqu'il montre dans quels domaines politiques et pour quels déterminants de la santé il faut agir afin d'accroître l'égalité des chances en matière de santé.

Responsabilité de l'individu et de la société

Les individus et les sociétés sont tous deux responsables de la réduction de l'iniquité en santé. Ce principe de la politique sanitaire est clairement motivé dans le modèle. En effet, ce dernier montre que, souvent, certains comportements (p.ex. consommation de tabac ou alimentation déséquilibrée) ont

une influence directe sur les maladies. Ce sont les individus qui décident de fumer, de boire ou de manger trop ou de ne pas faire suffisamment d'activité physique [19].

En revanche, le modèle montre aussi que des décisions et comportements prétendument individuels sont étroitement liés à des conditions de vie et de travail données. Si des schémas sociaux apparaissent régulièrement dans les comportements, il est évident que des facteurs sociaux plus larges sont à l'œuvre [19]. Il serait par exemple erroné de penser que les disparités sociales dans les habitudes alimentaires des jeunes sont dues aux décisions strictement individuelles que prennent les jeunes. Ces habitudes sont également une réaction à l'environnement social [19].

La responsabilité individuelle est aussi primordiale dans les questions sanitaires et doit donc être encouragée de manière ciblée [cf. 1]. Toutefois, si la marge de manœuvre individuelle est influencée par les conditions de vie, le fait d'imputer la responsabilité de la santé au seul individu masque la complexité de l'iniquité en santé. Michael Marmot écrit à cet égard que les individus ne peuvent assumer aucune responsabilité lorsqu'ils ne peuvent pas contrôler ce qui leur arrive³² (Marmot 2015) [19]. Il ne s'agit donc pas de savoir avec quelles stratégies une personne *souhaite* réagir à une situation difficile, mais comment elle *peut* le faire.

Au vu du modèle, il faut tirer deux conclusions pour la politique et la pratique. Premièrement, l'opinion selon laquelle les individus choisissent librement et sciemment leur comportement est trop absolue [cf. 19]. Deuxièmement, eu égard à l'effet des déterminants structurels, les sociétés sont tenues de reconnaître qu'elles sont en partie responsables de l'iniquité en santé et d'assumer cette responsabilité.

32 Citation originale: «People cannot take responsibility if they cannot control what happens to them» (Marmot 2015, p. 51) [19].

Prendre en compte les conditions de vie avant le comportement en matière de santé

Le modèle montre que l'iniquité en santé est un problème social. Nous savons aujourd'hui que des facteurs matériels et structurels ont une répercussion directe mais aussi indirecte sur le comportement et que des facteurs psychosociaux influent sur la santé. C'est pourquoi la genèse de l'iniquité en santé s'explique avant tout par des facteurs matériels et structurels [31]. Suivant le principe selon lequel un problème doit être réglé au niveau où il survient, il n'est donc pas possible de concentrer les mesures visant à accroître l'égalité des chances en matière de santé uniquement sur le comportement des individus. Un problème structurel ne peut pas être résolu qu'au travers de mesures axées sur l'individu.

Agir sur les déterminants structurels et sur les déterminants sociaux de la santé

En pratique, il convient de faire la distinction entre deux types de déterminants et de travailler sur ces deux éléments afin d'accroître l'égalité des chances en matière de santé. Il s'agit premièrement des dé-

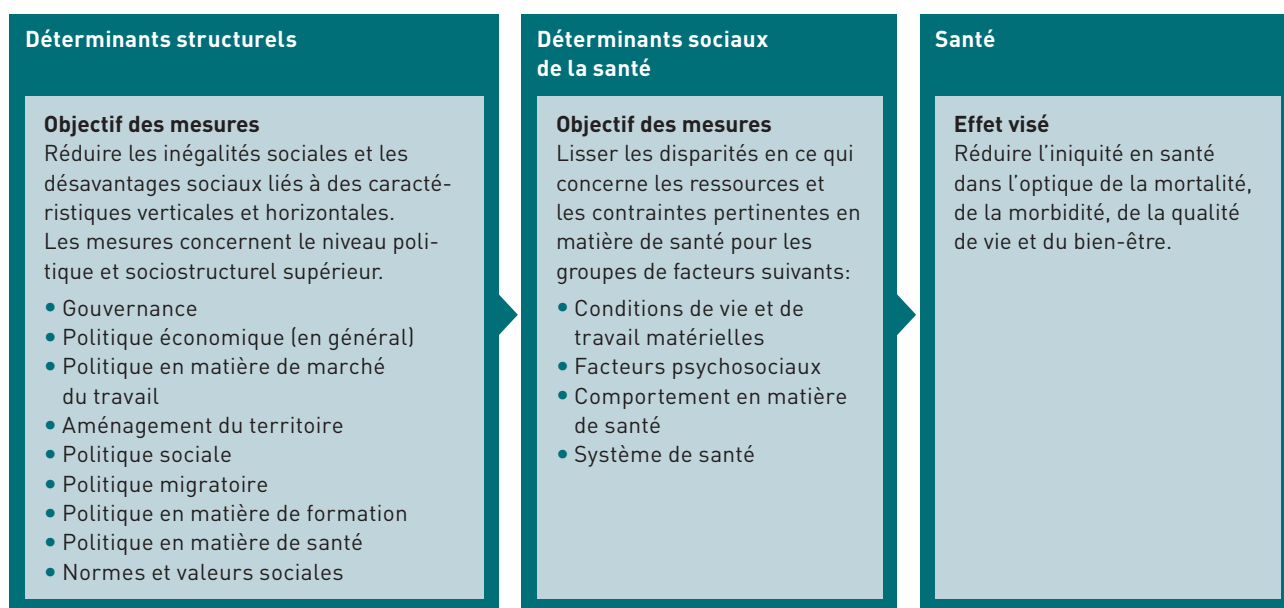
terminants sociaux de la santé, c'est-à-dire des conditions de vie et de travail qui ont une influence directe sur la santé. Les mesures portant sur ces déterminants ont pour objectif principal de réduire les contraintes et de renforcer les ressources pour que tout un chacun dispose de meilleures possibilités de gérer les conditions de vie déterminantes pour sa santé et ait plus de contrôle sur sa vie [3, 19].

Afin que les effets soient durables, il faut prendre des mesures non seulement pour les conditions de vie, mais aussi pour les facteurs qui influencent ces conditions. Par conséquent, le second type d'interventions touche les *déterminants structurels*. Il convient de s'attaquer directement aux inégalités sociales et de les réduire afin d'accroître durablement l'égalité des chances en matière de santé [7, 49, 73, 104].

Dans ce contexte, les approches empiriques et les critères de réussite exposés ci-après sont divisés en fonction des déterminants structurels et des déterminants sociaux de la santé et présentés dans une version simplifiée du modèle explicatif (cf. illustration 12).

ILLUSTRATION 12

Version simplifiée du modèle explicatif



Collaboration multisectorielle et santé dans tous les domaines politiques

Étant donné que l'iniquité en santé peut avoir plusieurs causes, diverses interventions sont nécessaires pour promouvoir la santé des groupes socialement défavorisés. Cependant, le domaine de la santé ne peut pas influencer à lui seul sur les déterminants sociaux de la santé et, en particulier, sur les déterminants structurels. Une collaboration intersectorielle entre la politique sanitaire, la politique sociale, la politique économique, la politique de la formation et la politique d'aménagement du territoire est nécessaire [73]. Ce sont notamment ces domaines politiques qui créent les conditions pour que les individus puissent mener une vie saine [68]. La collaboration multisectorielle se fonde sur le principe suivant: la santé dans tous les domaines politiques.

En pratique, il est essentiel que les acteurs ne doivent et ne puissent pas tout faire, mais que les domaines d'attribution et les compétences des divers spécialistes et des différentes institutions soient bien coordonnés et se complètent de manière optimale.

Mesures de promotion de la santé et de prévention garantissant l'égalité des chances dans la perspective du parcours de vie

Les désavantages sociaux lors de la petite enfance peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé tout au long de la vie, même lorsqu'aucun désavantage n'existe par la suite [68]. Dès lors, les mesures de promotion de la santé et de prévention garantissant l'égalité des chances doivent être planifiées dans la perspective du parcours de vie et mises en œuvre à toutes les étapes de la vie. Afin de faciliter une planification systématique à long terme, les approches empiriques et les critères de réussite exposés ci-après sont (dans la mesure du possible) présentés en fonction de l'étape concernée.

10.1.2 Problématiques, objectifs et champ d'application du chapitre

Le présent chapitre montre ce qui peut être fait pour remédier à l'iniquité en santé et réduire les disparités sociales liées à la santé. Les problématiques suivantes sont au cœur des réflexions:

- Quelles approches permettent de réduire manifestement l'iniquité en santé dans les domaines suivants: activité physique et alimentation, santé psychique, addictions?
- Quelles approches exacerbent l'iniquité en santé dans ces domaines?
- Quels sont les critères de réussite pour la mise en œuvre de mesures efficaces destinées aux groupes défavorisés?

Le présent chapitre porte **sur l'identification des approches et des critères de réussite³³ qui se sont avérés efficaces jusqu'à présent**, c'est-à-dire qui ont effectivement permis d'accroître l'égalité des chances liée à la santé pour les groupes défavorisés.

Nous n'avons pas compilé une liste exhaustive des approches et des critères de réussite qui sont appliqués en pratique et recommandés par les organisations de la santé. Nous discutons plutôt des approches et des critères de réussite qui ont été jugés efficaces dans des évaluations et des méta-analyses (et pas seulement dans des études isolées)³⁴. Cette démarche nous permet de formuler des recommandations empiriques pour la promotion de l'égalité des chances en matière de santé auprès des groupes concernés.

33 Par critères de réussite, on entend les conditions et les modalités qui permettent de réaliser une intervention ou une mesure avec succès. Alors que les approches montrent ce qui peut être fait, les critères de réussite concernent la manière dont le faire.

34 Si certaines approches ou certains critères de réussite ne sont pas traités ci-après, cela ne signifie pas obligatoirement qu'ils sont inefficaces. Leur absence peut aussi se justifier par le fait qu'aucune évaluation ou méta-analyse n'a encore été réalisée quant à leur efficacité et donc que des preuves de qualité concernant leur efficacité font défaut.

10.1.3 Structure du chapitre

Les **recommandations** sont d'abord classées par thème, c'est-à-dire que chaque sous-chapitre est consacré aux recommandations spécifiques à un thème: activité physique et alimentation, santé psychique et addictions (sur la base de l'exemple de la prévention contre le tabagisme)^{35,36}.

Au sein des sous-chapitres thématiques, les recommandations sont ensuite **divisées** selon que les mesures portent sur les **déterminants structurels** ou sur les **déterminants sociaux de la santé**. Ainsi, les mesures recommandées peuvent être situées sur le plan conceptuel, et planifiées et réalisées de manière systématique.

Étant donné que les mesures de promotion de la santé et de prévention qui garantissent l'égalité des chances doivent être planifiées dans la perspective du cycle de vie, elles sont également **formulées de manière différenciée selon la phase de vie concernée** lorsque cela est possible et judicieux: grossesse/petite enfance (de -9 mois à 3 ans), enfance et adolescence (de 4 à 20 ans), adultes en âge de travailler (de 21 à 64 ans) et adultes d'un certain âge et d'un âge avancé (à partir de 65 ans).

Les **chapitres** consacrés aux déterminants structurels et aux déterminants sociaux de la santé se concentrent sur les **personnes défavorisées d'un point de vue socio-économique**³⁷. Cela se justifie par le fait que le statut socio-économique est le principal facteur qui permet de déterminer la position d'une personne dans la société. Cependant, pour tenir compte du fait que d'autres facteurs, dits horizontaux, ont aussi une influence non négligeable sur les chances d'une personne en matière de santé, les facteurs suivants sont explicitement traités par la suite **dans des chapitres qui leur sont spécifiquement dédiés**: le **genre**, le **passé migratoire** et l'**orientation sexuelle et/ou l'identité de genre (LGBTI)**³⁸.

Les chapitres thématiques sont à chaque fois complétés d'**exemples de bonnes pratiques suisses**. La sélection d'exemples n'est toutefois pas exhaustive. Enfin, un dernier chapitre formule des recommandations d'**approches pour le développement organisationnel**, lesquelles contribuent à faire systématiquement de l'égalité des chances un objectif du travail des organisations qui œuvrent dans la promotion de la santé et la prévention (chap. 10.5). Le développement organisationnel est en effet une tâche transversale qui concerne les trois thèmes d'intervention (activité physique et alimentation, santé psychique, addictions).

Source du chapitre

Le présent chapitre résume les résultats d'un rapport élaboré sur mandat de Promotion Santé Suisse et de l'Office fédéral de la santé publique [281].

Sur la base de l'analyse d'ouvrages scientifiques des cinq dernières années, des approches empiriques et des critères de réussite ont été identifiés pour différentes mesures visant à accroître l'égalité des chances en matière de santé. L'analyse a principalement porté sur des évaluations systématiques et/ou sur des méta-analyses afin de prendre en compte les connaissances les plus solides possibles. Deux groupes de suivi ont été constitués pour consolider les connaissances tirées de la recherche bibliographique et intégrer des expériences pratiques suisses: un groupe composé de professionnel-le-s de la science et un groupe composé de professionnel-le-s de la pratique.

³⁵ Le choix de ce thème est motivé au chapitre 1.

³⁶ Les recommandations sont classées par thème car, dans les études scientifiques, les mesures de promotion de la santé sont généralement examinées en fonction d'un thème d'intervention. Cependant, dans la pratique et notamment dans la promotion de la santé chez les seniors, il est important de ne pas mettre en œuvre les mesures séparément, mais de les planifier et de les réaliser de manière combinée et systématique.

³⁷ Les termes «personnes défavorisées d'un point de vue socio-économique» et «statut socio-économique peu élevé» font référence à des personnes qui ont de faibles revenus, une faible fortune, un faible niveau de formation et un faible statut professionnel (cf. chap. 3.1).

³⁸ Le choix des caractéristiques horizontales constitutives d'inégalités se fonde sur les chapitres 3.1 et 3.3.

10.2 Domaine de l'activité physique et de l'alimentation

Ce chapitre présente des approches empiriques (**en gras**) et des critères de réussite (soulignés) relatifs aux mesures de promotion de la santé et de prévention qui garantissent l'égalité des chances dans le domaine de l'activité physique et de l'alimentation.

10.2.1 Mesures relatives aux déterminants structurels pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé

La littérature scientifique se penche sur plusieurs approches qui peuvent promouvoir une activité physique régulière et une alimentation équilibrée chez les personnes au statut socio-économique peu élevé (mais en général uniquement si les critères de réussite suivants sont appliqués):

- **modification du prix des denrées alimentaires** au travers de l'augmentation du prix des produits «malsains» ou **incitations financières en faveur d'une alimentation saine** sous la forme de subventions [105, 106];
- **mesures structurelles** dans les écoles, par exemple par le biais de directives, de stratégies et de programmes visant la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine [106];
- **rabais et déductions fiscales pour les cours de sport destinés aux enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés**. Ces rabais et déductions créent une incitation pour les parents. Ils permettent de diminuer les obstacles financiers qui empêchent les parents d'inscrire leurs enfants à des cours de sport et ainsi de favoriser l'activité physique de leurs enfants [105, 107].

Des évaluations montrent que ces mesures structurelles ne contribuent pas toujours à changer le comportement des personnes au statut socio-économique peu élevé en ce qui concerne l'activité physique et l'alimentation. Il faut notamment créer les conditions suivantes pour que les mesures relatives aux déterminants structurels soient efficaces.

Dans le domaine traité ici, les mesures structurelles produisent le plus souvent un effet seulement lorsqu'elles sont combinées avec des interventions au niveau individuel [106, 108-111]. Il est donc essentiel d'associer des mesures comportementales et des mesures structurelles. Cette combinaison est re-

commandée tant pour les enfants et les jeunes [58] que pour les adultes [105]. Ainsi, les écoles qui mettent en œuvre des mesures structurelles telles que des directives, des stratégies et des programmes tout en promouvant les compétences en matière de santé du corps enseignant, des élèves et des parents au travers de mesures d'information et de sensibilisation sont celles qui parviennent le mieux à changer les comportements et les habitudes alimentaires néfastes [106].

Deux autres critères de réussite principaux sont l'orientation des interventions sur un groupe cible spécifique et la participation du groupe cible à toutes les phases de l'intervention ou du projet, de sa planification à son évaluation en passant par sa mise en œuvre [112]. Des programmes scolaires développés de manière participative, c'est-à-dire pour lesquels des familles, les milieux scolaires et/ou des communes ont été impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre, ont par exemple porté des fruits [106].

10.2.2 Mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé

Les mesures suivantes concernant les déterminants sociaux de la santé, qui sont efficaces pour promouvoir une activité physique régulière et une alimentation équilibrée chez les personnes au statut socio-économique peu élevé, sont dans la mesure du possible classées selon la phase de vie concernée.

10.2.2.1 Mesures transversales

De manière générale, **l'aménagement des conditions de vie matérielles et structurelles** a fait ses preuves. On entend par là des changements dans l'environnement physique, tels que l'augmentation du nombre de terrains de jeu ou d'espaces verts dans une ville, la promotion de l'activité au quotidien grâce à la création de voies pédestres et de pistes cyclables ou encore la limitation du trafic motorisé [106, 113]. Une autre mesure possible est la mise à disposition d'infrastructures sportives communales pour les habitants et habitantes de la commune lorsqu'elles ne sont pas utilisées par les écoles [110].

En outre, des interventions qui visaient à promouvoir **l'offre locale de repas sains** dans les quartiers défavorisés se sont également révélées efficaces dans certaines conditions [106, 109].

À l'instar des mesures relatives aux déterminants structurels (cf. chap. 10.2.1), les interventions concernant les conditions de vie physiques ne permettent pas à elles seules d'accroître l'égalité des chances ou ne le permettent que dans une mesure limitée [108]. Ainsi, la création de parcs, de terrains de jeu et de cours de récréation dans des quartiers comptant un nombre élevé de personnes au statut socio-économique bas n'a eu qu'une faible influence sur l'activité physique de ces personnes (adultes et enfants) [106]. Dès lors, l'association de mesures comportementales et de mesures structurelles constitue également l'un des principaux critères de réussite pour les interventions relatives aux conditions de vie matérielles [106]. Dans l'idéal, l'environnement physique doit, ici aussi, être adapté en combinaison avec des consultations individuelles sur les modes de comportement [106, 109, 110].

Les vastes projets qui associent plusieurs niveaux et composantes constituent une stratégie fructueuse pour combiner des mesures comportementales et des mesures structurelles [112, 114]. Citons par exemple une intervention qui vise à promouvoir l'offre locale d'aliments sains non seulement dans les supermarchés, mais aussi dans les stands de repas à l'emporter, les écoles, les entreprises, les églises et les institutions de la société civile tout en essayant d'accroître la demande en la matière au travers de stratégies de communication (p. ex. affiches et étiquettes de rayon dans les magasins ou encore dépliants et manifestations publiques). En outre, des éléments participatifs, tels que des ateliers de planification et de réalisation des projets, ont été mis en place pour que les groupes concernés puissent s'impliquer activement. À l'aune de différents indicateurs psychosociaux ou comportementaux et du PIB, ce projet a connu du succès [112]. Une autre étude prouve par ailleurs que les stratégies de communication, telles que le marketing social, permettent d'accroître considérablement l'utilisation des nouvelles voies piétonnes [114].

10.2.2.2 Grossesse et petite enfance (de -9 mois à 3 ans)

Le foyer familial, les structures ordinaires d'accueil et les communes sont des vecteurs particulièrement adaptés pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation équilibrée chez les enfants en âge préscolaire. À la phase de vie «grossesse et petite

enfance», les **interventions visant à promouvoir le rôle d'exemple des parents** sont en particulier efficaces pour modeler favorablement les habitudes alimentaires des jeunes enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés [108]. Les critères de réussite suivants sont particulièrement importants à cet égard [108, 115]:

- Les approches éducatives (*educational approaches*) qui utilisent des techniques de changement de comportement et qui soutiennent l'acquisition de compétences concrètes (p. ex. cuisine, communication, résolution des problèmes, gestion des conflits) sont primordiales. En fait par exemple partie l'apprentissage sur la base d'exemples (appelés vignettes) qui présentent une situation et proposent des solutions concrètes.
- De telles interventions peuvent être menées avec succès dans différents cadres, tels que le foyer familial, les consultations pédiatriques ou encore les structures de garde. Toutefois, ce sont avant tout les interventions dans le cadre de la commune qui ont le plus d'effet chez les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés. Les programmes d'encouragement précoce *Head Start* aux États-Unis et *Sure Start* au Royaume-Uni en sont de bons exemples.
- Les consultations concernant l'allaitement et l'introduction d'aliments solides qui sont menées avec les mères pendant la grossesse ou peu après la naissance semblent importantes [115].
- Il est en outre recommandé de mettre l'accent sur plusieurs thématiques en même temps (p. ex. outre le surpoids, aborder aussi les routines quotidiennes, les habitudes en matière de médias et les habitudes de sommeil), de soutenir les personnes concernées dans la définition d'objectifs, de promouvoir les contacts sociaux et d'informer sur les autres offres de soutien qui existent dans la commune.

En ce qui concerne les **interventions visant une perte de poids** chez des enfants en surpoids, les familles au statut socio-économique peu élevé sont souvent difficiles à recruter et sous-représentées [116]. Les obstacles suivants ont notamment été mis en lumière: problèmes de temps et manque de conviction des parents quant au fait que le poids de leur enfant est problématique [116]. Les interventions efficaces relatives à la perte de poids touchent

le comportement des parents et des enfants dans plusieurs domaines (alimentation, activité physique et souvent aussi utilisation des médias) et utilisent une combinaison d'approches diverses (p.ex. auto-monitorage, contrôle des stimuli, stratégies pédagogiques, composantes pratiques telles que dégustations ou activité physique commune) [116]. En outre, pour de telles interventions, il convient de recruter les familles au travers des pédiatres ou dans des cadres spécifiques au groupe cible (p.ex. établissements médicaux, autres programmes de soutien). Enfin, ces interventions doivent impliquer les parents de manière participative dans le développement du programme et se fonder sur des grilles IMC culturellement adaptées et dotées d'un code couleurs [116].

10.2.2.3 Enfance et adolescence (de 4 à 20 ans)

Les **interventions liées à l'activité physique et à l'alimentation qui sont menées à l'école** ont fait leurs preuves en ce qui concerne les enfants et les adolescent-e-s défavorisés. En font partie l'adaptation des conditions matérielles (p.ex. changements dans l'offre de repas et augmentation du nombre d'opportunités de pratiquer une activité sportive) ainsi que les mesures touchant le comportement, telles que l'étude pendant les cours (de sport) de sujets en lien avec l'activité physique et l'alimentation [106].

Les mesures sont les plus efficaces lorsqu'elles respectent les critères suivants:

- Les sujets de l'alimentation et de l'activité physique sont inclus aux plans d'études et aux leçons [108].
- Les leçons ordinaires sont enrichies par des exercices physiques ou de relaxation [108].
- Les mesures portent sur plusieurs thématiques et touchent plusieurs comportements individuels en même temps (p.ex. activité physique, alimentation, consommation des médias) [108, 117, 118].
- Les activités sportives extrascolaires sont encouragées, mises en lumière ou rendues accessibles [108].
- Les mesures sont mises en œuvre par des acteurs qui sont directement en contact avec des groupes défavorisés [105, 107].
- Les interventions sont adaptées au groupe cible sur le plan socioculturel [117].
- Les interventions comportent plusieurs niveaux [108]. L'association des mesures de prévention

structurelles et des mesures de prévention comportementales ou la prise en compte du niveau structurel sont également primordiales, par exemple au travers de directives ou grâce à l'intégration du sujet dans les plans d'études, à l'ajout d'exercices physiques aux leçons ordinaires, à l'adaptation de l'environnement physique ou au changement d'heure pour les repas scolaires [108, 117-119]. Les interventions à plusieurs niveaux peuvent aussi très bien associer mesures scolaires et mesures dans d'autres cadres, par exemple dans le foyer familial sous la forme d'une diminution du temps passé devant les écrans ou d'une formation familiale couplée à une thérapie comportementale [120].

La situation des enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés doit être explicitement prise en compte dans la planification des projets et dans le monitoring. En effet, les interventions universelles, c'est-à-dire qui ne sont pas adaptées à un groupe cible donné, promeuvent souvent moins la santé de ces enfants que celle des enfants bénéficiant d'une meilleure situation [121] ce qui contribue donc à accroître l'iniquité en santé.

En ce qui concerne les adolescent-e-s défavorisés, il est difficile de trouver des approches univoques et spécifiques à cette tranche d'âge dont l'efficacité repose sur des preuves solides [108, 122]. Quelques études ont certes identifié des interventions fructueuses, mais les mêmes approches ou des approches similaires examinées dans d'autres études ne se sont guère avérées efficaces [122]. Les interventions étudiées combinaient la plupart du temps des techniques comportementales et des composantes éducatives et/ou des mesures structurelles, mais ont été réalisées dans des cadres différents (école, commune, domaine de la santé, camps d'été) et visaient des objectifs différents (c.-à-d. promotion de l'activité physique, d'une alimentation équilibrée et/ou d'une consommation saine des médias) [122]. Presque toutes les interventions comportaient des démonstrations pratiques de comportements donnés et l'exercice de ces comportements avec les adolescent-e-s (p.ex. préparation en commun de collations saines) [122].

Le type de mise en œuvre semble déterminant pour le succès des interventions. Les principaux critères

de réussite sont les suivants: implication des parents, activités physiques ludiques (p.ex. excursions, activités en plein air) et participation des jeunes dans le développement et la réalisation des programmes (p.ex. au travers de pairs *leaders*) [122]. Dans le cadre de l'approche reposant sur les pairs *leaders*, les élèves ont réalisé eux-mêmes certaines parties de l'intervention ou ont été encouragés à promouvoir des comportements sains chez eux [123]. De manière générale, il semble que les adolescent-e-s défavorisés dépendent encore beaucoup du soutien de leurs parents pour changer leurs habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique. Il est donc recommandé d'impliquer activement les parents dans le cadre de consultations individuelles ou en groupe ou encore dans la planification des repas et des collations [122]. Par ailleurs, dans cette phase de la vie comme dans d'autres, il semble plus facile de changer les habitudes alimentaires que les habitudes liées à l'activité physique ou l'IMC [122].

10.2.2.4 Adultes en âge de travailler (focalisation: famille et travail – de 21 à 65 ans)

S'agissant des adultes, peu d'études portent sur des interventions liées à l'activité physique ou à l'alimentation qui ont été menées auprès de personnes au statut socio-économique peu élevé. De plus, les composantes de ces interventions sont relativement hétérogènes. La plupart des interventions étudiées en ce qui concerne l'activité physique sont des **interventions comparativement complexes et aux composantes multiples qui combinent par exemple techniques comportementales, composantes éducatives et changements structurels dans l'environnement physique** [108]. Nombre d'entre elles ont été menées par des professionnel-le-s de la santé [124]. Nous ne disposons pas de résultats d'études suffisants afin de formuler des affirmations claires au sujet d'approches fructueuses pour cette phase de vie.

Certains éléments indiquent toutefois que les interventions visant à accroître l'activité physique de manière générale ont aussi de légers effets chez les adultes défavorisés et que des améliorations ont été constatées en ce qui concerne l'alimentation et la perte de poids [124-126].

Cependant, les interventions universelles ont aussi moins de succès chez les adultes défavorisés que

chez les adultes privilégiés sur le plan socio-économique [125, 126]. Il faut donc les adapter au groupe cible considéré afin de garantir qu'elles n'aggravent pas les disparités sociales en matière de santé.

Même lorsque les approches standards sont spécifiquement adaptées à des groupes cibles défavorisés, elles obtiennent souvent de moins bons résultats qu'avec la population générale [126]. Il existe donc des enjeux particuliers dans la promotion de la santé et la prévention auprès des personnes défavorisées. Dans le domaine de l'alimentation, il arrive par exemple souvent que les personnes très défavorisées d'un point de vue socio-économique rencontrent des difficultés avec les recommandations qui leur sont faites. Elles les trouvent souvent confuses, peu claires voire contradictoires [111]. Il convient par conséquent de veiller à une communication simple et accessible à tout le monde.

Il existe d'autres obstacles qui empêchent les personnes défavorisées de participer aux interventions préventives: langue trop compliquée, manque de temps, manque de possibilités de garde d'enfants, faibles compétences en lecture et manque de transports [126].

Les recommandations suivantes sont tirées des études et visent à lever ces obstacles [108, 110, 111]:

- Contrairement aux phases de vie précédentes, il semble que les mesures destinées aux adultes défavorisés rencontrent plus de succès lorsqu'elles se concentrent sur le changement d'un seul comportement.
- À l'âge adulte aussi, il y a lieu de penser que la prise en compte de plusieurs niveaux peut contribuer au succès des interventions. Ainsi, il est possible d'accroître l'efficacité des interventions liées au comportement ou au savoir dans les domaines de l'activité physique et de l'alimentation lorsque la commune est impliquée dans le développement et la réalisation des mesures et/ou que l'infrastructure au sein de la commune est adaptée aux interventions visées.
- Les offres sont mises en œuvre par groupe; en moyenne, il est possible d'augmenter l'activité physique de 70 minutes par semaine en utilisant les effets du soutien social [127].
- Un contact personnel et étroit favorise le succès des interventions. Il en va de même si les personnes qui réalisent les mesures appartiennent au groupe cible ou connaissent bien le groupe cible.

- Les communications sont le plus simple possible sur les plans matériel et linguistique.
- Les interventions se fondent fortement sur la motivation et l'empowerment et visent des changements par petites étapes.
- Les interventions ont plus de succès lorsque le lien entre activité physique/alimentation et santé est clair et que les aliments sains semblent savoureux et attrayants.
- Les interventions comportent des exercices pratiques, veillent à transmettre des mesures concrètement applicables (p. ex. sous la forme d'études de cas) et sont adaptées au groupe cible sur le plan matériel (p. ex. recettes ou activités adéquates).
- Les interventions sont combinées avec un service de garde d'enfants.

À cette phase de vie, le cadre s'avère moins important que pour les enfants par exemple [108]. La prise en compte de plusieurs niveaux permet certes d'accroître le succès des interventions (p. ex. lorsque la commune est impliquée dans le développement et la réalisation des mesures), mais cela semble moins décisif que pour d'autres phases de la vie [108, 128]. De manière générale, le **lieu de travail** est particulièrement adapté pour atteindre les adultes en âge de travailler. Peu de recherches ont toutefois été menées sur la promotion égalitaire de l'activité physique et de l'alimentation dans ce cadre. Voici les connaissances limitées qui existent en la matière: les interventions réalisées sur le lieu de travail favorisent l'égalité des chances lorsqu'elles sont spécifiques à un groupe cible, c'est-à-dire qu'elles se concentrent sur le personnel défavorisé au niveau socio-économique [129]. Les mesures universelles comportent en effet le risque d'aggraver l'iniquité en santé. Par ailleurs, les interventions qui comportent des offres concrètes en matière d'activité physique (p. ex. marcher, courir, faire du vélo) et qui ne se basent pas uniquement sur la formation et le conseil s'avèrent fructueuses [129]. Les changements suivants dans l'environnement de travail sont par exemple efficaces: valorisation des cages d'escaliers et amélio-

ration de l'offre en aliments sains dans les distributeurs automatiques et les cafétérias.

Les **interventions basées sur la technologie**, qui requièrent par exemple l'utilisation des SMS, des smartphones ou des appareils de mesure de l'activité physique, sont prometteuses mais n'ont pas encore fait l'objet de nombreuses études dans l'optique des groupes défavorisés [110, 130]. Elles présentent les avantages suivants: elles sont flexibles en termes de temps et interactives et peuvent être individualisées ou permettre de surmonter des obstacles tels que les frais de transport ou le manque de garde d'enfants [110, 130]. Au sein de la population générale, il a par exemple déjà été constaté qu'un appareil de mesure de l'activité physique pouvait à lui seul être une intervention fructueuse, mais que des interventions comportementales supplémentaires permettaient d'accroître encore le succès des mesures [131]. S'agissant des personnes socialement défavorisées, il est important de savoir que de tels appareils ont incité des personnes particulièrement inactives à bouger [131].

10.2.2.5 Adultes d'un certain âge et d'un âge avancé (à partir de 65 ans)

Il existe également peu de connaissances au sujet des interventions liées à l'activité physique ou à l'alimentation qui visent à garantir l'égalité des chances chez les seniors. Il n'est donc pas possible d'identifier des approches spécifiques dont l'efficacité repose sur des preuves solides³⁹. Même s'il manque des évaluations et des méta-analyses quant à leur efficacité, les approches suivantes font notamment l'objet de discussions dans la littérature scientifique:

- Les mesures individuelles ou de groupe relatives à la **promotion de l'activité physique dans le cadre du quotidien** sont efficaces lorsqu'elles sont réalisées au sein de la commune et qu'elles combinent par exemple des approches éducatives et des techniques comportementales. Ces interventions permettent dans l'ensemble d'améliorer la santé physique et psychique, d'accroître la vitalité et, en particulier, de réduire les risques de dépression [132].

³⁹ Nous soulignons une nouvelle fois ici qu'un manque de preuves solides quant à l'efficacité des interventions ne signifie pas que les interventions déjà effectuées n'ont pas été fructueuses et qu'elles ne permettent pas de réduire l'iniquité en santé chez les seniors. Cela peut simplement vouloir dire qu'aucune évaluation et/ou méta-analyse n'a encore été réalisée au sujet des interventions liées à l'activité physique ou à l'alimentation qui visent à garantir l'égalité des chances chez les seniors.

- Les **interventions basées sur la technologie** (p. ex. téléphone, Internet ou appareil de mesure de l'activité physique tel qu'un podomètre) peuvent aussi contribuer à accroître l'activité physique des seniors [133, 134]. Ces interventions combinées donnent un feedback au sujet de l'activité physique ainsi que des astuces individuelles.
- Les **visites à domicile préventives lors desquelles des professionnel-le-s de la santé** sensibilisent les seniors au sujet de l'activité physique sont également efficaces [135]. Elles permettent de stabiliser l'activité physique, bien qu'elles aient des effets différents en fonction de l'âge et du sexe des personnes concernées (elles connaissent plus de succès avec les personnes plus âgées de sexe féminin).
- Les visites à domicile préventives peuvent être combinées avec l'envoi de **lettres-typées motivantes présentant une évaluation individuelle de l'activité physique ainsi que des activités à faire dans l'environnement immédiat** [136]. Cette recommandation est intéressante car l'effet positif des lettres ne semble pas dépendre du niveau de formation des seniors.

Il est en revanche possible de formuler des critères de réussite empiriques pour la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique chez les seniors. Au sein de la population générale, les mesures de promotion de l'activité physique rencontrent le plus de succès lorsqu'elles sont réalisées en groupe et qu'elles proposent des offres très concrètes d'activités (dans la commune ou à domicile) [133]. En outre, les transitions entre les phases de vie (p. ex. départ à la retraite) sont le moment idéal pour améliorer son comportement en matière de santé [133]. Les critères de réussite suivants ont spécifiquement été identifiés s'agissant des seniors défavorisés sur le plan socio-économique [132]:

- adaptation au contexte socioculturel sur les plans matériel et linguistique: par exemple adaptation des imprimés informatifs, musique spécifique pour accompagner les exercices de gymnastique ou encore formateurs ou formatrices issus du même environnement socioculturel que les personnes participantes (pairs éducateurs);
- renforcement de l'empowerment, par exemple grâce à une approche axée sur l'individu;
- transmission d'informations sur la santé;
- combinaison d'approches éducatives et de techniques comportementales;
- réalisation des interventions par des professionnel-le-s de la santé qualifiés.

L'implication des médecins de famille, les visites à domicile préventives et l'intégration/la réintégration sociale (p. ex. grâce à des offres de groupe ou au travail communautaire) constituent d'autres critères de réussite pour la promotion de la santé chez les seniors défavorisés [29].

10.2.3 Focalisation: genre, passé migratoire, LGBTI

Suite aux recommandations pour les personnes au statut socio-économique peu élevé, le présent chapitre se concentre sur les caractéristiques horizontales constitutives de désavantages que sont le genre, le passé migratoire et l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre. Il vise à répondre à la question suivante: à quoi devrait veiller la promotion égalitaire de la santé psychique en ce qui concerne ces caractéristiques?

10.2.3.1 Genre

Dans le domaine de l'activité physique et de l'alimentation, il n'est pas rare que les interventions produisent des effets différents selon le sexe de la personne [114, 137-139]. Ainsi, certaines interventions sont plus profitables aux hommes qu'aux femmes et inversement. Cette différence d'effet peut se révéler dans les changements de comportement et les modes d'utilisation liés à une mesure. Une évaluation relative à l'utilisation des parcs publics, une mesure visant à améliorer les conditions de vie matérielles, a par exemple montré que le nombre de femmes et d'hommes qui utilisaient les parcs était plus ou moins égal, mais que ces deux groupes effectuaient des activités différentes: les hommes se rendaient plus souvent dans les parcs pour des activités physiques et sportives intenses, alors que les femmes avaient plutôt tendance à se balader ou à être physiquement inactives [137].

Les études examinées ne permettent pas d'évaluer les raisons qui sous-tendent ces différences dans l'utilisation et les effets d'une mesure. Il est toutefois possible de tirer quelques recommandations générales des analyses empiriques:

- Il n'est pas possible de supposer que les interventions liées à l'activité physique et à l'alimen-

tation ont le même effet sur les deux sexes. La caractéristique *genre* doit donc être prise en compte de manière systématique dans la conception, la réalisation, le monitoring et l'évaluation des mesures.

- Les interventions qui s'adressent **spécifiquement** aux femmes (en particulier aux femmes issues de la migration) ont fait leurs preuves lorsqu'elles étaient adaptées sur les plans socioculturel et linguistique, participatives, réalisées au sein des communautés en question (p. ex. dans des églises) ou qu'elles impliquaient des membres du groupe cible [130]. Des critères de réussite similaires ont été identifiés pour la promotion des sports d'équipe auprès des filles: consultation directe des filles quant au sport souhaité et promotion de la motivation à bouger, par exemple en adoptant un style d'entraînement participatif et enthousiasmant ou en engageant des entraîneurs et entraîneuses sympathiques [140].
- La sous-représentation des hommes dans les interventions liées à l'activité physique et à l'alimentation constitue aussi l'une des principales différences concernant le sexe [141-143]. On entend surtout par là le **recrutement d'hommes** dans une optique d'égalité des chances, notamment le recrutement d'hommes *défavorisés sur le plan socio-économique* et d'un *âge avancé*. Les critères de réussite suivants permettent entre autres de s'adresser davantage aux hommes: accent mis sur l'activité physique et augmentation/maintien des performances physiques, adaptations linguistiques (p. ex. «entraînement» au lieu de «gymnastique») et recrutement et réalisation des mesures dans des «cadres masculins» (p. ex. associations, organisations, clubs sportifs) [142, 144]. On a en outre constaté que les hommes plus âgés qui avaient vécu des événements critiques (départ à la retraite, limitation physique, décès de proches) avaient plus de motivation à travailler sur leur activité physique et leur alimentation [144].

10.2.3.2 Passé migratoire

Jusqu'à présent, peu d'études ont été explicitement consacrées aux effets des mesures liées aux déterminants structurels sur la population immigrée.

Plus de recherches sont donc nécessaires pour pouvoir déterminer comment ces mesures doivent être conçues et réalisées dans l'idéal.

Au niveau des déterminants sociaux de la santé, quelques critères de réussite clairs ont en revanche été mis au jour pour les interventions menées avec la population migrante dans le domaine de l'activité physique et de l'alimentation. Ainsi, les interventions rencontrent le plus de succès lorsqu'elles:

- sont adaptées au groupe cible sur les plans matériel et linguistique;
- sont participatives;
- sont réalisées au sein des structures et des cadres des communautés immigrées;
- sont réalisées par des personnes issues du groupe cible ou par des personnes bilingues [130, 145];
- intègrent la famille (p. ex. touchent aux valeurs familiales, impliquent des membres de la famille) [146].

Un rapport de fond suisse sur l'égalité des chances et un poids corporel sain souligne également l'importance de la participation du monde de la santé et des groupes et organisations d'entraide issus des communautés immigrées [58].

Par ailleurs, les **offres en ligne** ont également des effets positifs sur la population immigrée [147]. Des études sur la perte de poids chez des groupes minoritaires aux États-Unis ont montré que les offres en ligne avaient un taux de réussite particulièrement élevé (plus de 70%) [147], ce qui souligne le potentiel et la bonne acceptation de telles approches pour les groupes défavorisés. D'après les connaissances actuelles, les interventions en ligne sont dans l'idéal combinées à un soutien personnel ponctuel [147] et adaptées au groupe cible sur les plans linguistique et matériel [148].

En outre, les **canaux médiatiques spécifiques au groupe cible** constituent un critère de réussite important pour les campagnes menées auprès de la population immigrée⁴⁰, élément qui a toutefois été négligé jusqu'ici [149, 150].

Les approches applicables aux enfants défavorisés au niveau socio-économique semblent aussi porter leurs fruits pour les enfants issus de la migration (cf. chap. 10.2.2.3) [145].

40 Cf. campagnes pour la prévention contre le tabagisme au chapitre 10.4.1.

10.2.3.3 Orientation sexuelle et/ou identité de genre

Peu d'études sur les interventions égalitaires dans le domaine de l'activité physique et de l'alimentation se sont penchées sur l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre, que ce soit au niveau des déterminants structurels qu'au niveau des déterminants sociaux de la santé [151, 152]. Cela contraste avec les résultats empiriques, selon lesquels les membres de la communauté LGBTI sont aussi touchés par les problèmes de poids et encourent un risque plus élevé de souffrir de troubles alimentaires [152, 153]. Dès lors, l'étude bibliographique n'a pas permis de trouver d'informations sur des interventions taillées sur mesure pour les membres de la communauté LGBTI dans le domaine de l'activité physique et de l'alimentation.

Aux États-Unis, il existe quelques interventions fructueuses qui visent **spécifiquement** à promouvoir l'activité physique et une alimentation saine auprès des femmes lesbiennes et bisexuelles [154]. Les critères de réussite à cet égard sont les suivants: réalisation en groupe et avec des organisations locales du groupe cible ainsi que focalisation sur l'activité physique au lieu du poids car le poids peut être considéré comme l'expression d'une image du corps hétéronormée [154].

Une étude souligne par ailleurs que les **vestiaires non genrés** dans les installations sportives peuvent faciliter l'accès à l'activité physique surtout pour les personnes transsexuelles, mais aussi pour les personnes homosexuelles et bisexuelles [152]. Nous n'avons toutefois pas trouvé d'études qui traitaient explicitement de ce sujet.

Enfin, plusieurs études avancent que le **travail sur des images du corps normées** pouvait constituer un bon point de départ pour aborder la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine avec les jeunes LGBTI [152, 153]. Le thème «image positive du corps» permet en effet de traiter divers aspects, tels que les habitudes en termes d'alimentation et d'activité physique, les troubles alimentaires ou encore la santé psychique.

10.2.4 Exemples pratiques suisses

Ce chapitre présente quelques projets suisses consacrés à la promotion égalitaire de l'activité physique et d'une alimentation saine. Lors de la sélection, nous avons veillé à ce que a) les projets soient bien documentés, b) les approches et critères de

réussite identifiés lors de la recherche bibliographique soient illustrés et c) les exemples couvrent plusieurs phases de vie et plusieurs caractéristiques constitutives d'inégalité. La liste suivante n'est toutefois pas exhaustive. De nombreux projets ont dû être écartés faute de place.

- **Programmes pour la petite enfance, p. ex. petits:pas** (www.a-primo.ch/fr/offres/petits-pas/general): des intervenants ou intervenantes non professionnels mais formés (souvent des migrantes) rendent visite à des familles en situation de vulnérabilité sociale à leur domicile pour leur apporter des conseils dans les domaines suivants: encouragement précoce des enfants, système de formation suisse et promotion de la santé. Le projet vise aussi à promouvoir l'intégration sociale des familles.
- **Conseils aux parents issus de la migration en ce qui concerne la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine dès la naissance, p. ex. Miges Balù** (https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/fokus-themen/fruehe-foerderung/Steckbrief_Miges-Balu_082017.pdf): les centres de puériculture sont une offre à bas seuil dans les communes qui vise à conseiller les parents de manière anticipée. Miges Balù les aide à mieux toucher les familles immigrées et à promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière dès la naissance. Ainsi, des médiateurs et médiatrices interculturels interviennent et bénéficient, tout comme les conseillers et conseillères en puériculture, de formations continues sur les sujets suivants: compétences transculturelles, activité physique et alimentation, perception de soi, etc.
- **Cours de danse pour les filles et les jeunes femmes, p. ex. Roundabout** (www.roundabout-network.org/home): les cours de danse favorisent non seulement l'activité physique des filles et des jeunes femmes, mais aussi leur estime de soi. Bien qu'ils ne s'adressent pas exclusivement aux filles et jeunes femmes défavorisées, ces dernières ont plus souvent recours à l'offre Roundabout qu'à d'autres cours de danse conventionnels.
- **Cours de préparation à l'accouchement avec des interprètes interculturels, p. ex. Mamamundo** (www.mamamundo.ch/fr): lors des cours de préparation à l'accouchement, les thèmes de la

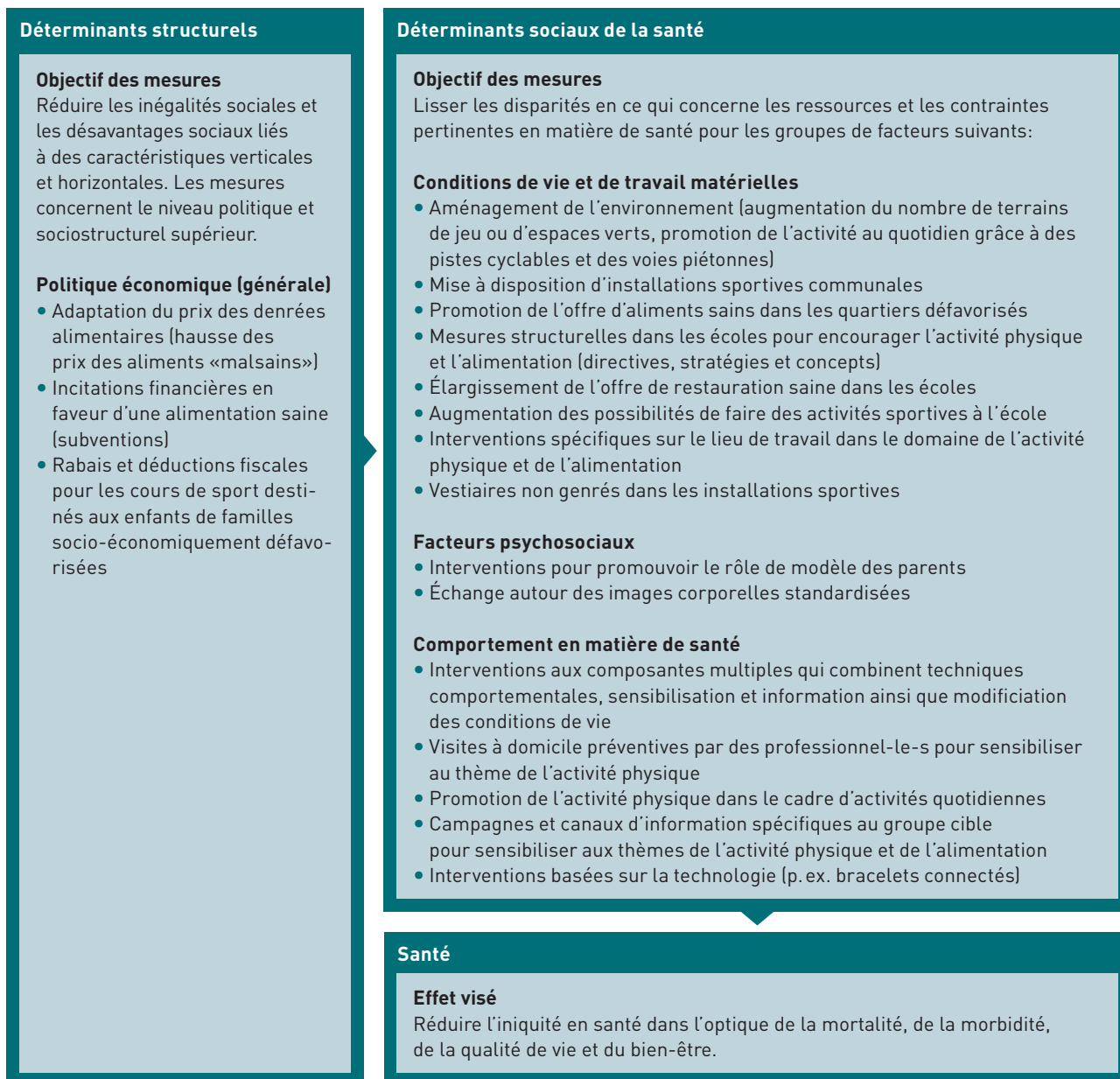
grossesse, de la naissance et de la périnatalité sont abordés avec des femmes enceintes issues de la migration et des exercices physiques sont réalisés. Des sages-femmes, des gynécologues ou du personnel hospitalier facilitent le travail avec ces femmes.

- **Promotion de la santé et prévention au sein de la famille, tables rondes pour la population migrante, p. ex. Femmes-Tische ou Hommes-Tische ou forums de pères** (<https://femmes-tische.ch/>): Femmes-Tische permet à des femmes de discuter d'éducation et de santé dans un cadre informel. Une femme invite chez elle six à huit mères de son entourage. À l'aide d'un court film, d'images thématiques ou d'autres supports, elle lance la discussion sur un sujet choisi. Lors de ces tables rondes, les femmes immigrées reçoivent des informations claires sur la manière dont elles peuvent promouvoir leur santé et celle de leurs enfants. Il existe des modules spécifiques sur la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine chez les enfants en âge préscolaire, chez les enfants du primaire et chez les femmes. Des supports sont également disponibles pour la prévention contre le tabagisme et pour l'amélioration de la santé psychique. L'approche «éducation par les pairs» est prometteuse pour l'éducation parentale à bas seuil, en particulier dans le domaine de la migration.
- **Soirées pour les hommes d'un certain âge, p. ex. «Feierabendtreff Männer 60-plus»** (http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_304.pdf): lors de soirées, des hommes âgés de 60 ans ou plus sont informés au sujet de la retraite et du couple. Plusieurs organisations (p. ex. Pro Senectute région de Berne/projet «Vieillir en forme», les paroisses et le Forum Männergesundheit) facilitent le travail avec ces hommes. Le projet est participatif et peut être spécialement adapté aux groupes d'hommes défavorisés.

10.2.5 Résumé

Les approches exposées précédemment sont représentées dans une version simplifiée du modèle explicatif (cf. chap. 6). Ce modèle axé sur la pratique a pour but de résumer la manière d'accroître l'égalité des chances en matière de santé dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique. Il permet de mettre en lumière des mesures concrètes et éprouvées pour différents domaines politiques et déterminants sociaux. Ce mode de représentation montre comment les diverses mesures sont liées et peuvent être combinées. Il est par exemple judicieux de compléter la mesure «promotion des repas sains dans les quartiers défavorisés» (au niveau des conditions de vie matérielles) par des mesures concernant les déterminants structurels, telles que «adaptation du prix des denrées alimentaires» ou «incitations financières en faveur d'une alimentation saine». Le modèle facilite donc la planification systématique de mesures égalitaires de promotion de la santé et de prévention.

ILLUSTRATION 13

Approches efficaces pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique auprès des personnes socialement défavorisées

10.3 Domaine de la santé psychique

Ce chapitre présente des approches factuelles (**en gras**) et des critères de réussite (soulignés) pour les mesures de promotion de la santé et de prévention qui garantissent l'égalité en santé psychique.

10.3.1 Mesures relatives aux déterminants structurels pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé

De manière générale, les mesures relatives aux déterminants structurels sont importantes pour la promotion de la santé psychique, en particulier lorsqu'elles visent à améliorer celle des personnes ayant un statut socio-économique peu élevé.

Le changement des normes et valeurs sociales constitue une mesure spécifique de promotion de la santé psychique. Les **campagnes ayant pour but de diminuer la stigmatisation des personnes souffrant de maladies psychiques** permettent d'atteindre cet objectif⁴¹. En effet, réduire la stigmatisation liée aux maladies psychiques est une mesure cruciale de promotion de la santé psychique [155]. Souvent, l'une ou plusieurs des stratégies suivantes sont utilisées dans le cadre de telles campagnes [156]:

- prise de contact entre les personnes concernées et les personnes non concernées;
- diffusion de supports audiovisuels rendant compte d'histoires personnelles;
- transmission des connaissances concernant l'apparition et les conséquences des maladies psychiques;
- formation du personnel médical à la prise de contact avec les personnes concernées;
- sensibilisation et défense (*advocacy*, c.-à-d. campagnes publiques visant à mettre fin à la stigmatisation).

D'après les connaissances actuelles, il semble que l'approche la plus efficace consiste à combiner la prise de contact entre les personnes concernées et les personnes non concernées, d'une part, et la transmission des connaissances, d'autre part [156]. Outre cette mesure spécifique, la littérature scientifique traite surtout de mesures structurelles qui ne

concernent pas exclusivement ou pas explicitement la santé psychique. Les interventions qui touchent aux déterminants structurels n'influent pas toujours sur la santé psychique de manière directe et mesurable [157]. Elles permettent toutefois de créer les conditions préalables pour résoudre les problèmes sanitaires et sociaux [158]. En outre, comme le montre le modèle explicatif (cf. chap. 6), ces mesures contribuent à réduire les inégalités sociales et préviennent l'apparition d'iniquités en santé. Les mesures structurelles générales qui ont fait leurs preuves pour la promotion de la santé psychique chez les personnes socialement défavorisées sont présentées brièvement ci-après:

- La **réduction de la pauvreté** constitue l'une des mesures prioritaires pour promouvoir la santé psychique des personnes défavorisées et prévenir les maladies psychiques [158, 159]. Stabiliser la situation économique des familles avec enfants revêt une importance primordiale à cet égard: les statuts socio-économiques peu élevés ont plusieurs répercussions négatives sur la santé psychique, lesquelles peuvent encore produire des effets à l'âge adulte [160]. La réduction de la pauvreté couvre différentes mesures, telles que la promotion de salaires minimum équitables, la redistribution des richesses au sein de la société ou encore la prévention de l'endettement. Il faut par ailleurs prendre en compte que les groupes défavorisés ont parfois besoin d'un soutien supplémentaire au niveau individuel pour pouvoir recourir aux offres visant à lutter contre la pauvreté et pour améliorer leur situation financière [161].
- Un **accès facilité au marché du travail** a aussi des effets positifs sur la réduction de la pauvreté et sur la santé psychique [158]. À cet égard, deux critères de réussite semblent particulièrement importants: programmes adaptés aux personnes défavorisées et développement actif d'une bonne collaboration entre les systèmes sanitaire et social [158].
- De plus, la simplification de la recherche d'emploi et les programmes de réinsertion ont fait leurs preuves chez les adultes en âge de travailler. Néanmoins, les **programmes visant à facili-**

⁴¹ À titre d'exemple, se référer à la campagne *See Me*, qui vise à réduire la stigmatisation liée aux maladies psychiques: <https://www.seemescotland.org/>

ter la recherche d'emploi ont avant tout été efficaces lorsqu'ils portaient sur des groupes, qu'ils permettaient aux personnes participantes de s'impliquer activement et qu'ils avaient pour but de transmettre des compétences concrètes (p. ex. utiliser les réseaux sociaux, créer un dossier de candidature, réussir en entretien d'embauche) [158]. Les **programmes de réinsertion** sur le marché du travail primaire semblent, quant à eux, promouvoir plus efficacement la santé psychique des personnes souffrant de maladies psychiques (ou ayant souffert de telles maladies) que les programmes d'occupation. Dans ce domaine, la médiation entre l'employeur et le personnel ainsi que l'encadrement du personnel pendant la réinsertion professionnelle sont des critères de réussite importants [162, 163].

- Un **accès universel à des offres de garde de qualité pour les enfants en bas âge** permet de réduire les disparités socio-économiques puisque les enfants issus de milieux défavorisés ont tendance à plus en profiter que les enfants de familles plus aisées [164]. Cette mesure peut poser les fondements essentiels pour un développement positif des enfants et a des effets bénéfiques sur la réussite scolaire ainsi que sur le statut socio-économique à l'âge adulte [165]. Comme l'iniquité en santé doit être considérée dans la perspective d'une vie, de telles offres présentent un potentiel élevé et durable.

10.3.2 Mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé

Les mesures suivantes, axées sur les déterminants sociaux de la santé, se sont révélées efficaces pour promouvoir la santé psychique des personnes à faible statut socio-économique. Elles sont, dans la mesure du possible, classées selon la phase de vie concernée.

10.3.2.1 Mesures transversales

Dans la littérature scientifique, sont décrites toute une série de mesures concernant les déterminants sociaux de la santé qui permettent de promouvoir efficacement la santé psychique des personnes défavorisées sur le plan socio-économique. Les mesures suivantes en font partie [158, 159]:

- **L'amélioration du logement** est l'une des approches la mieux documentée de promotion de la santé psychique chez les personnes défavorisées [158]. Dans ce domaine, diverses mesures sont envisageables et efficaces: a) promotion des structures qui aident les personnes défavorisées à payer leur loyer, b) promotion de la mixité sociale dans les quartiers et c) promotion des travaux d'assainissement et de rénovation des appartements dans les zones défavorisées (sans augmentation du loyer).
- Les personnes socialement défavorisées sont confrontées à plusieurs difficultés pour accéder aux prestations de santé (cf. chap. 6.4.2). Ainsi, **un accès facilité au système de santé et aux informations sanitaires** contribue à améliorer leur santé physique et psychique [158]. Il est possible d'abaisser le seuil d'accès des prestations de santé grâce à différentes mesures. D'une part, les communes peuvent collaborer avec des pairs influents issus des groupes défavorisés pour recenser les besoins de ces groupes (et ainsi concevoir des offres adaptées). Ces pairs peuvent aussi faire connaître les prestations de santé dans leur communauté. D'autre part, les communes peuvent coopérer avec des travailleurs sociaux, qui consultent des personnes défavorisées et les incitent à recourir aux offres universelles. Enfin, les offres et le personnel médical peuvent utiliser un langage adapté aux groupes cibles (simplifié, clair, répondant aux besoins et visant à lever les préjugés vis-à-vis du système ordinaire) [158].
- De nombreuses études soulignent l'existence d'un lien entre l'**accès aux espaces de détente** (parcs, forêts et points d'eau) et la santé psychique [155, 158]. La dernière enquête européenne sur la qualité de vie [170] a montré que, plus l'accès des groupes sociaux défavorisés aux espaces de détente était bon, plus leur santé psychique se rapprochait de celle des personnes privilégiées. Bien que l'augmentation du nombre d'espaces de détente ne permette pas d'améliorer automatiquement l'activité physique des groupes sociaux défavorisés (cf. chap. 10.2.1), il semble que l'accès à ces espaces soit crucial pour la santé psychique.

- Enfin, l'isolement social accroît le risque de souffrir de maladies psychiques. Dans ce contexte, la **promotion des structures qui favorisent l'intégration sociale des personnes défavorisées** contribue nettement à améliorer la santé psychique [158].

10.3.2.2 Grossesse et petite enfance (de -9 mois à 3 ans)

Lors de la petite enfance, les **programmes de soutien des parents** sont la principale approche qui produit des effets positifs sur les compétences éducatives des parents et par conséquent sur le bien-être psychique des enfants défavorisés [158]. Il s'agit souvent de séances de groupe, mais les visites à domicile ou une combinaison de ces deux mesures sont aussi possibles [164]. Les vignettes situationnelles tirées du quotidien, c'est-à-dire des exemples qui décrivent une situation et présentent des solutions concrètes, constituent un instrument essentiel de ces interventions [171].

L'étude bibliographique a permis de mettre en lumière les critères de réussite suivants pour les programmes de soutien destinés aux parents défavorisés:

- début du programme dès la grossesse, c'est-à-dire qu'une promotion égalitaire de la santé psychique commence, dans l'idéal, le plus tôt possible pour prévenir les problèmes psychiques à l'âge adulte [158, 159, 162, 164, 172];
- recrutement des parents et réalisation de la mesure au sein de la commune et non pas dans les milieux médicaux [173];
- programme proposé lors de l'entrée des enfants à l'école [173];
- adaptation du contenu du programme aux progrès du groupe cible (p. ex. traiter un sujet/ une situation jusqu'à ce que la situation soit maîtrisée) [173];
- implication précoce d'organisations du groupe cible dans la création et l'adaptation des programmes [174].

Les programmes de soutien destinés aux parents peuvent non seulement être réalisés en groupes, mais aussi dans le cadre de visites à domicile. La combinaison des visites à domicile et des offres de groupe est particulièrement prometteuse, tant pour

les enfants que pour les parents [164]. Toutefois, les personnes effectuant les visites à domicile doivent être bien qualifiées, c'est-à-dire être des professionnel-le-s ou des non-professionnel-le-s au bénéfice d'une formation spécifique [158, 164].

10.3.2.3 Enfance et adolescence (de 4 à 20 ans)

Durant l'enfance et l'adolescence, **l'école est le cadre principal pour la promotion de la santé psychique**. Plusieurs approches sont utilisées, lesquelles portent souvent sur la promotion des compétences psychosociales:

- **L'amélioration de la résilience, des compétences socio-émotionnelles et des compétences de vie** (notamment **approches axées sur la pleine conscience**) se sont révélées efficaces pour promouvoir la santé psychique des enfants et des adolescent-e-s [158, 175-179]. Les approches concernant les compétences socio-émotionnelles ou les compétences de vie ont entre autres pour objectif de promouvoir la confiance en soi, l'auto-gestion, le relationnel et la capacité à prendre des décisions [176]. Les approches axées sur la résilience visent, quant à elles, à consolider les facteurs de protection; outre la thérapie cognitivo-comportementale, l'amélioration des compétences socio-émotionnelles, l'initiation à la méditation de pleine conscience et la psychologie positive peuvent être efficaces dans ce domaine [175].
- Par ailleurs, des **interventions scolaires visant à accroître les connaissances sur la santé psychique, à changer les opinions sur la santé psychique ou à changer les comportements** (p. ex. augmenter le recours à l'aide) ont eu du succès. Il s'est avéré qu'il était plus facile d'améliorer les connaissances sur la santé psychique (c.-à-d. connaissances et compétences dans la prévention, le dépistage et la gestion des maladies psychiques) que de changer les opinions et les comportements [180]. Cela vaut aussi pour les interventions qui concernent la prévention du suicide [181].

Ces approches sont aussi fructueuses pour les enfants au faible statut socio-économique et pour les enfants ayant un passé migratoire [167, 178]. Quelle que soit l'approche retenue, les critères de réussite

suiuants ont fait leurs preuves dans les interventions scolaires visant à promouvoir la santé psychique des enfants défavorisés [158, 165, 182]:

- réalisation par des pairs;
- focalisation sur les activités interactives;
- suivis périodiques;
- implication de plusieurs niveaux;
- combinaison de plusieurs sujets, les thèmes suivants s'étant en particulier avérés efficaces seuls ou combinés: santé psychique, comportement agressif, alimentation saine et activité physique;
- le système de l'école promotrice de santé de l'OMS (1996), une intervention à long terme, impliquant toute une école et à plusieurs niveaux (parents, corps enseignant, élèves).

Alors que pour l'enfance il n'existe guère de preuves concernant l'efficacité et le caractère égalitaire des approches réalisées en marge de l'école, un petit nombre d'études est consacré aux mesures extrascolaires destinées aux adolescent-e-s:

- Des interventions **axées sur la famille et spécifiques au groupe cible** ont permis d'accroître le bien-être des adolescent-e-s défavorisés [183]. Toutes étaient réalisées en groupe, s'adressaient à la fois aux parents et aux adolescent-e-s et avaient pour objectif d'améliorer les compétences éducatives ainsi que la vie de famille. La réalisation des interventions dans la langue maternelle des personnes participantes constitue un autre critère de réussite [183].
- Les avis divergent quant à l'efficacité des **offres de loisirs visant le développement positif des adolescent-e-s** (*positive youth development*) [165, 181]. Une étude qui les considère efficaces pour les adolescent-e-s défavorisés souligne que l'application des principes SAFE (*sequenced, active, focused, and explicit*; en français: séquentiel, actif, concentré, explicite) représente un critère de réussite, de même que la promotion ciblée d'au moins l'une des compétences de vie suivantes au moyen de méthodes empiriques: estime de soi, sentiment d'efficacité personnelle, maîtrise de soi, capacité à résoudre les problèmes, *leadership*, capacité à prendre des décisions et gestion de conflits [165].

- **Les approches communautaires de promotion de la santé et de prévention des problèmes de comportement** chez les enfants et les jeunes ont notamment fait l'objet de tests concluants dans le cadre du programme *Communities that Care* [166]. Ce dernier est un système de planification qui favorise la mise en réseau des acteurs communaux concernés et qui les soutient dans l'élaboration de plans de prévention factuels [167]. Il a permis de réduire, de manière avérée, le risque de comportement criminel [168], de violence et de consommation de substances (notamment tabac) chez les adolescent-e-s [169]. En outre, il a renforcé des facteurs de protection qui favorisent un développement sain, par exemple augmentation du nombre d'opportunités de participer à la vie sociale de la commune (*prosocial involvement*), augmentation du nombre d'interactions avec des pairs et renforcement des compétences sociales [166].

Comme pour l'enfance, il n'existe guère de preuves évidentes concernant les **interventions basées sur la technologie** [181, 184] ou la promotion de la santé psychique au moyen de **l'activité physique** [181] chez les adolescent-e-s.

10.3.2.4 Adultes en âge de travailler (focalisation: travail – de 21 à 65 ans)

Le lieu de travail joue un rôle crucial dans la promotion de la santé psychique des personnes qui exercent une activité lucrative⁴². Dans ce cadre, la **régulation des conditions de travail** et la **modification de l'organisation du travail** permettent, en particulier, de réduire le stress et d'améliorer la santé psychique du personnel [165]. Des rapports de travail fixes et des modèles de travail bénéfiques pour la santé (p. ex. pour le travail en équipe) en font partie. Nous n'avons cependant trouvé aucune étude spécifique sur le caractère égalitaire de ces mesures. De manière générale, il semble que la régulation des conditions de travail pour les emplois à bas salaire revête une importance particulière pour les groupes socialement défavorisés⁴³. En outre, la **formation des cadres d'entreprises** au sujet de la santé psychique et les mesures visant à améliorer la

⁴² Des mesures éprouvées qui sont destinées aux adultes sans emploi ont déjà été présentées au chapitre 10.3.1.

⁴³ En ce qui concerne les adultes au chômage, l'insertion/la réinsertion dans le marché du travail a des répercussions positives sur la santé psychique. Ces mesures sont traitées dans le chapitre consacré aux déterminants structurels.

situation du personnel par des **stratégies de communication et de gestion du stress** se sont avérées efficaces [172].

Peu d'études portent sur la **prescription d'activités sociales** comme méthode pour réduire l'isolement social des personnes défavorisées, mais plusieurs équipes de recherche la considèrent prometteuse [158, 162]. Cette approche repose sur des personnes dénommées *link workers*, qui ont pour mission de présenter des activités sociales aux personnes isolées. Jusqu'à présent, elle est avant tout utilisée au Royaume-Uni, au Canada et aux Pays-Bas par les institutions de santé et les services sociaux.

Par ailleurs, on estime que les **interventions basées sur la technologie** présentent un potentiel élevé pour ce qui est de promouvoir la santé psychique des adultes défavorisés [185]. C'est notamment le cas parce qu'elles facilitent l'accès aux offres et évitent la stigmatisation en raison du grand anonymat qu'elles permettent. Il existe quelques études sur ces interventions; la plupart constate qu'elles ont des effets positifs sur la santé psychique [185]. Cependant, les personnes défavorisées elles-mêmes n'ont pas toujours considéré que l'accès à ces interventions était plus facile et plus anonyme que pour les offres traditionnelles (p. ex. doutes quant à la sécurité des données) [185].

10.3.2.5 Adultes d'un certain âge et d'un âge avancé (à partir de 65 ans)

Les recherches concernant la promotion de la santé psychique des seniors défavorisés sont encore insuffisantes. Nous présentons donc ici des approches et des critères de réussite qui ont fait leurs preuves de manière générale pour la promotion de la santé psychique des seniors et qui peuvent être pertinents pour les seniors au statut socio-économique peu élevé.

Les événements critiques de l'existence qui sont caractéristiques d'un âge avancé entraînent souvent une perte de relations sociales et augmentent le risque d'isolement (p. ex. départ à la retraite, restriction de la mobilité en raison de maladies ou encore décès du partenaire ou d'ami-e-s). Dès lors, les **mesures visant l'intégration/la réintégration sociale** constituent un aspect primordial de la promotion de la santé psychique chez les seniors [186]. À cet égard, il faut veiller à ce que les modalités

d'accès aux offres soient adéquates pour toucher les personnes souffrant de solitude: l'accès doit être le plus facile possible, adapté à la situation, valorisant et approprié à la mobilité des personnes concernées [187]. Pour les personnes à mobilité réduite, cela implique des offres de proximité ou proposant un service de taxi. En outre, il faudrait que les seniors se tournent assez tôt vers les offres qui leur sont destinées, les événements critiques de l'existence pouvant être utilisés comme point d'attache. Les offres répétitives et une continuité dans le personnel et le lieu sont également recommandées. Enfin, pour les offres de proximité, il faut veiller à ce que les personnes participantes et les prestataires aient de la sympathie les uns pour les autres ainsi que des intérêts communs [187].

De manière générale, les approches **multidimensionnelles** de promotion de la santé psychique sont efficaces pour les seniors [132, 188]. On entend par approches multidimensionnelles les interventions qui poursuivent plusieurs objectifs en même temps, par exemple l'augmentation du nombre d'activités sociales et du travail communautaire ainsi que l'accroissement de l'activité physique et de l'entraînement de certaines facultés ou de la mémoire [188]. Les critères de réussite suivants en lien avec les interventions multidimensionnelles ont été identifiés spécifiquement pour les groupes défavorisés [132]:

- adaptations socioculturelles et linguistiques;
- approche axée sur l'individu et l'empowerment;
- transmission d'informations sur la santé;
- promotion de l'activité physique;
- réalisation des mesures par un personnel de santé qualifié.

10.3.3 Focalisation: genre, passé migratoire, LGBTI

Suite aux approches et critères de réussite pour les personnes à faible statut socio-économique, le présent chapitre se concentre sur les caractéristiques horizontales constitutives de désavantages que sont le genre, le passé migratoire et l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre. Il vise à répondre à la question suivante: comment tenir compte de ces caractéristiques pour garantir l'égalité des chances dans la promotion de la santé psychique?

10.3.3.1 Genre

Le sexe, perçu de manière binaire comme féminin ou masculin, est une caractéristique essentielle qui influence de différentes manières la planification, la mise en œuvre et l'impact des mesures de promotion de la santé psychique:

- La prévalence des maladies psychiques peut varier selon les sexes en présence de *ressources psychosociales* réparties de façon inéquitable et de *contraintes inégales* [189].
- Les hommes et les femmes peuvent être confrontés à différentes *causes de stress* [190].
- Les interventions universelles, c'est-à-dire qui ne sont pas destinées à un groupe cible précis, peuvent avoir des *effets différents* sur les femmes et sur les hommes (cf. chap. 10.2.3.1). Ainsi, les interventions scolaires universelles ne promeuvent pas obligatoirement dans la même mesure la santé psychique des filles et des garçons [191].

Dans ce contexte, plusieurs stratégies sur la manière de gérer les différences entre les sexes dans la promotion de la santé et la prévention sont traitées dans la littérature scientifique. Les trois approches suivantes ont notamment été identifiées pour les déterminants structurels:

- Il faut **promouvoir et déstigmatiser le recours à l'aide en cas de maladies psychiques, en particulier chez les hommes** [190]. Notons par exemple la campagne australienne *Man Up*, qui combine un documentaire sur le thème de la masculinité et du suicide à une campagne dans les médias sociaux [192].
- L'accès à des **offres de garde de qualité pour les enfants en bas âge**, dont nous avons parlé au chapitre 10.3.1, est non seulement important pour les personnes à faible statut socio-économique, mais aussi pour accroître l'égalité des chances en santé entre les deux sexes. Cette approche permet d'aplanir les inégalités entre les sexes, car elle aide les deux parents à concilier vie professionnelle et vie familiale.
- Pour prévenir les stéréotypes de genre, il est généralement recommandé de mener une réflexion systématique sur les répercussions possibles des décisions politiques et des mesures sur les deux sexes (**gender mainstreaming, intégration de la dimension de genre**) [193].

La **promotion des compétences psychosociales** ou des ressources et de la résilience est primordiale pour les déterminants sociaux de la santé. Les interventions qui aplanissent de manière ciblée les inégalités entre les sexes et qui promeuvent, par exemple, les ressources psychosociales des femmes sont recommandées. De plus, les interventions psychologiques spécifiques à un groupe donné ont fait leurs preuves avec les femmes très défavorisées (p.ex. sans abri ou victimes de violences domestiques) [160]. La **thérapie cognitivo-comportementale (TCC)**, les **entretiens motivationnels**, les **approches éducatives** (information et sensibilisation) ou encore les **therapeutic communities** (interventions de groupe participatives, p.ex. dans les maisons d'accueil pour femmes) se sont entre autres révélés efficaces [160].

10.3.3.2 Passé migratoire

Les maladies psychiques peuvent être très stigmatisées dans certains groupes de la population immigrée, ce qui complique le recours aux offres thérapeutiques ou salutogènes [194]. Des conceptions «socioculturelles» de la maladie et de la guérison peuvent également rendre les offres de médecine classique moins attrayantes [156]. Outre le système de santé qui n'est pas conçu pour tenir compte de la diversité, ces facteurs peuvent contribuer aux différences sociales en santé. Lors de notre recherche bibliographique, nous n'avons pas trouvé d'approches concrètes permettant de surmonter ces obstacles «socioculturels» dont l'efficacité était suffisamment prouvée. Nous pouvons cependant citer les critères de réussite suivants: interventions intégrées dans la vie quotidienne et participation des communautés immigrées [194].

Nous n'avons pas non plus trouvé beaucoup d'études consacrées à la promotion des facteurs psychosociaux au sein de la population immigrée, en qualité de déterminants sociaux de la santé importants. Notons tout de même l'approche de la méditation **de pleine conscience**, qui a permis de renforcer la santé psychique d'adolescent-e-s issus de groupes minoritaires aux États-Unis [195, 196]. Il faut aussi souligner qu'une conscience généralement élevée constitue un facteur de protection personnel qui peut compenser les répercussions de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé psychique [197, 198].

Enfin, l'**accès facilité aux informations sanitaires** est une approche essentielle qui se concentre sur le système de santé. Il peut par exemple être garanti grâce à un langage simple sans jargon, à des interventions dans la langue d'origine des participants et participantes et à des aides pour la recherche d'informations fiables sur Internet [199].

10.3.3.3 Orientation sexuelle et/ou identité de genre

Bien que les membres de la communauté LGBTI risquent davantage de souffrir de maladies psychiques (dépression, angoisses, risque suicidaire, etc.) [200], les études sur la promotion de la santé psychique chez ce groupe de la population sont rares.

Au niveau des déterminants structurels, les approches suivantes permettent d'améliorer l'égalité des chances des personnes LGBTI dans le domaine de la santé psychique:

- **Lois et politiques antidiscriminatoires, campagnes de sensibilisation** et autres approches qui portent sur les normes et valeurs sociales et qui évitent la stigmatisation: des études prouvent l'effet positif des lois antidiscriminatoires sur la santé psychique [201, 202]. La focalisation sur la diversité sexuelle ainsi que les témoignages constituent, par ailleurs, des facteurs de réussite pour les campagnes de sensibilisation [203].
- Les modifications réglementaires dans la politique sanitaire, telles que la **suppression des obstacles financiers et juridiques au changement de sexe**, sont cruciales pour les personnes transsexuelles. L'autorisation des bloqueurs de puberté, l'accès aux traitements corporels sans limite d'âge et le changement de sexe officiel sans atteinte physique en font aussi partie [203].
- L'effet positif sur la santé psychique des **directives anti-harcèlement dans les écoles** est également avéré [201, 202, 204]. Cette mesure vise à instaurer un climat ouvert dans les écoles et constitue l'une des interventions les mieux documentées sur le plan factuel. Toute-

fois, les directives anti-harcèlement ne promeuvent la santé psychique des jeunes LGBTI que si elles prennent explicitement en compte l'orientation sexuelle. À cet égard, les critères de réussite généraux suivants ont été mis en lumière: création d'alliances entre personnes homosexuelles et hétérosexuelles⁴⁴, intégration d'informations sanitaires pertinentes pour les personnes LGBTI dans les plans d'études, interdiction du harcèlement sur la base de l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre, perfectionnement ciblé du corps enseignant afin d'établir un climat sûr à l'école ou encore mise en réseau avec des prestataires de santé spécialisés dans les personnes LGBTI [201].

En ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé, une distinction doit être faite entre deux approches d'intervention principales qui sont recommandées dans la littérature scientifique. La première consiste à renforcer les facteurs psychosociaux et porte ainsi sur les membres de la communauté LGBTI (consolidation des ressources et des compétences en santé):

- Des études prouvent que **renforcer les ressources psychosociales** des jeunes LGBTI permet de diminuer efficacement la dépression et/ou de mieux gérer le stress. En font notamment partie la consolidation des compétences socio-émotionnelles au moyen de la thérapie cognitivo-comportementale et d'une construction positive de l'identité [205, 206] ainsi que la promotion du soutien des pairs et du réseau social grâce à des offres de conseil et d'échange [207]. Ces derniers éléments ne sont pas seulement utiles pour les jeunes LGBTI, mais aussi pour leur famille [203].
- Une seule étude d'intervention (genevoise) est connue sur la promotion de la santé psychique des adultes LGBTI. Grâce à une campagne spécifique au groupe cible sur la dépression, cette intervention a permis d'améliorer les **connaissances sur la santé psychique** ainsi que des aspects de la santé psychique d'hommes homosexuels [208].

⁴⁴ Les alliances entre homosexuel-le-s et hétérosexuel-le-s sont des clubs organisés par des élèves de toutes les orientations sexuelles qui ont pour objectif de promouvoir un climat ouvert à l'école et de sensibiliser aux problèmes de la communauté LGBTI.

La seconde approche porte sur le système de santé et vise en particulier son ouverture. En effet, ce système est actuellement hétéronormé, c'est-à-dire axé sur les personnes hétérosexuelles qui s'identifient au sexe qu'elles ont depuis la naissance (appelées «cisgenre»). Les mesures suivantes font l'objet de discussions dans la littérature scientifique en ce qui concerne l'ouverture du système de santé hétéronormé:

- **Sensibilisation des domaines de la promotion de la santé et des soins de base** au risque élevé qu'encourent les personnes LGBTI en termes de santé psychique et reconnaissance de ce problème par les principaux partenaires: les interventions qui établissent le contact entre les professionnel-le-s de la santé et les personnes transsexuelles se sont révélées efficaces pour sensibiliser les acteurs des soins de base aux problèmes rencontrés par les personnes transsexuelles [209].
- **Suppression des obstacles dans les soins et hausse du nombre d'offres tenant compte de la diversité:** les outils d'anamnèse prenant en compte la diversité (c.-à-d. qui couvrent largement l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre) et les offres ouvertes aux personnes homosexuelles (p. ex. les «*checkpoints*» mis en place dans plusieurs villes de Suisse) permettent de faciliter l'accès aux soins de base dans le domaine psychique [203].
- **Ouverture ciblée de la prévention du suicide aux problèmes de la communauté LGBTI** [163]: il s'agit ici des lignes téléphoniques d'assistance, des campagnes de sensibilisation et des traitements cliniques au moyen de la thérapie cognitivo-comportementale. Ouvrir ces offres implique de sensibiliser les professionnel-le-s et les écoles, d'identifier les interventions favorables aux personnes LGBTI, de développer les offres existantes de manière participative et d'utiliser une approche de soutien par les pairs. Une importance particulière doit en outre être accordée à la consolidation des ressources psychosociales, et l'ensemble de la famille doit être soutenue. De plus, il convient d'étudier la possibilité de **créer des offres spécifiques aux personnes LGBTI** [163]. En effet, une ligne téléphonique d'aide pour les personnes LGBTI à risque suicidaire a, par exemple, fait ses preuves aux États-Unis [210].

Outre l'ouverture du système de santé, il faut améliorer la prise en compte de la diversité sociale dans les données sanitaires. La plupart des enquêtes et études d'intervention actuelles ne collectent guère de données sur l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre, ce qui entraîne des zones d'ombre considérables dans les données statistiques [211]. Afin d'accroître la base de données, il est donc fortement recommandé de **prendre en compte l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre dans les monitorages et les évaluations**.

10.3.4 Exemples pratiques suisses

Ce chapitre présente quelques projets suisses consacrés à la promotion égalitaire de la santé psychique. Lors de la sélection, nous avons veillé à ce que a) les projets soient bien documentés, b) les approches et critères de réussite identifiés lors de la recherche bibliographique soient illustrés et c) les exemples couvrent plusieurs phases de vie et plusieurs caractéristiques constitutives d'inégalité. La liste suivante n'est toutefois pas exhaustive. De nombreux projets ont dû être écartés faute de place.

- **Sensibilisation à l'orientation sexuelle et à la diversité, p. ex. GLL – Das andere Schulprojekt** (*Gleichgeschlechtliche Liebe Leben*, <https://www.gll.ch>): ce projet scolaire comprend des visites dans les écoles et des ateliers sur le thème de l'orientation sexuelle et de la diversité. Le sujet est abordé au travers des témoignages et du *coming-out* des personnes invitées à s'exprimer dans une école. Ces témoignages ont pour objectif de donner un aperçu factuel du sujet et de promouvoir un climat positif dans les classes.
- **Campagne pour une meilleure gestion des idées suicidaires, p. ex. prévention du suicide du canton de Zurich ou de Pro Juventute** (www.parler-peut-sauver.ch/ et www.147.ch/fr/prevention-du-suicide/): la campagne nationale pour la prévention du suicide Parler peut sauver a été lancée par les CFF et le service zurichois de prévention et de promotion de la santé en collaboration avec plusieurs partenaires. Elle a pour objectif de lever les tabous autour des idées suicidaires et d'inciter les personnes à parler de ce sujet. La campagne organisée en 2018 à l'intention des adolescent-e-s se fonde, en particulier, sur des témoignages: des personnes ayant survécu à une

tentative de suicide souhaitent encourager d'autres personnes suicidaires à parler de leurs idées négatives en racontant leur expérience.

- **Rencontres pour hommes homosexuels, p. ex. Être Gai Ensemble** (www.dialogai.org/services/etre-gai-ensemble/ et www.santegaie.ch/medias/2017/10/Evaluation_EGE-2005-1.pdf): le programme Être Gai Ensemble est porté par l'organisation Dialogai et comprend notamment des ateliers de partage, des exposés et des expositions autour de l'homosexualité. L'objectif est de promouvoir la santé psychique des hommes homosexuels en les aidant à accepter leur homosexualité et à se construire un réseau social de soutien.
- **Après-midis de discussion pour les personnes socialement isolées, p. ex. pour les veuves à Zurich** (www.vefz.ch/treffpunkte/): des veuves d'un certain âge ont la possibilité de discuter de leurs problèmes et de leurs questions avec des femmes dans la même situation et de créer de nouveaux contacts. Les femmes sont par ailleurs associées à la planification et à l'élaboration d'activités communes et sont incitées à organiser elles-mêmes de telles activités.
- **Les migrant-e-s âgé-e-s vivent en bonne santé** (<https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/soutien-de-projets-pac/projets-soutenus/les-migrant-e-s-age-e-s-vivent-en-bonne-sante.html>): le projet vise à renforcer les compétences en santé chez les personnes migrantes âgées de 65 ans et plus dans le domaine de la santé psychique et à les sensibiliser, ainsi que leurs proches, aux offres de soutien existantes. Il se concentre en particulier sur les addictions et tente de les déstigmatiser. Les groupes cibles sont sen-

sibilisés, par le biais des médias, à la question de la santé psychique et des risques associés à la consommation d'alcool. Le projet se fonde sur un accompagnement, un travail de proximité et une approche multiplicatrice. Il ne consiste pas uniquement à transmettre des informations et des connaissances par des professionnel-le-s externes, mais ancre la question de la santé psychique et des risques associés à la consommation d'alcool dans les structures des communautés immigrées au travers de manifestations.

10.3.5 Résumé

Les approches exposées précédemment sont représentées dans une version simplifiée du modèle explicatif (cf. chap. 6). Ce modèle axé sur la pratique a pour but de résumer la manière d'accroître l'égalité des chances en santé psychique. Il permet de mettre en lumière des mesures concrètes et éprouvées pour différents domaines politiques et déterminants de la santé. Ce mode de représentation montre comment les diverses mesures sont liées et peuvent être combinées. Des études ont par exemple montré que renforcer les ressources psychosociales des jeunes LGBTI avait des répercussions positives sur leur santé psychique. Cependant, il est aussi recommandé d'engager, en amont, des mesures sur les déterminants structurels afin d'améliorer durablement la santé psychique de ce groupe cible. En effet, changer les valeurs et normes sociales permet de réduire la discrimination à laquelle les jeunes LGBTI doivent faire face et, ainsi, de diminuer leurs difficultés psychosociales. Le modèle facilite donc la planification systématique de mesures égalitaires de promotion de la santé et de prévention.

ILLUSTRATION 14

Approches efficaces pour promouvoir la santé psychique des personnes socialement défavorisées

Déterminants structurels

Objectif des mesures

Réduire les inégalités sociales et désavantages sociaux liés à des caractéristiques verticales et horizontales. Les mesures concernent le niveau politique et sociostructurel supérieur.

Politique de l'emploi

- Faciliter l'accès au marché du travail
- Programmes d'entraînement pour faciliter la recherche d'emploi

Politique sociale

- Réduction de la pauvreté (p. ex. promotion de salaires minimaux équitables, prévention des dettes ou redistribution de l'argent dans la société)
- Programmes de réinsertion sur le marché du travail
- Accès à des offres de garde de qualité pour les enfants en bas âge

Politique de la formation

- Directives anti-harcèlement dans les écoles en ce qui concerne l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre

Politique sanitaire

- Intégration de la dimension de genre
- Suppression des obstacles financiers et juridiques au changement de sexe physique ou officiel

Normes et valeurs sociétales

- Campagnes visant à réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques
- Déstigmatisation ciblée des maladies psychiques chez les hommes
- Lois et lignes directrices anti-discriminatoires en ce qui concerne l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre
- Campagnes de sensibilisation et de déstigmatisation en ce qui concerne l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre

Déterminants sociaux de la santé

Objectif des mesures

Lisser les disparités en ce qui concerne les ressources et les contraintes pertinentes en matière de santé pour les groupes de facteurs suivants:

Conditions de vie et de travail matérielles

- Accès à des espaces de détente
- Amélioration du logement
- Formation des employeurs sur la santé psychique
- Modification de l'organisation du travail favorable à la santé

Facteurs psychosociaux

- Mesures visant l'intégration/la réintégration sociale
- Promotion des structures qui favorisent l'intégration sociale
- Interventions scolaires visant à promouvoir les ressources psychosociales
- Amélioration de la résilience
- Renforcement des compétences socio-émotionnelles et des compétences de vie
- Approches axées sur la méditation de pleine conscience
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Accroissement de la littératie sur la santé psychique
- Interventions axées sur la famille (éducation et vie familiale)
- Programmes de soutien aux parents: séances de groupe et visites à domicile
- Offre de loisirs visant le développement positif des adolescent-e-s
- Démonstration d'activités de loisirs (*social prescribing*)
- Soutien des employé-e-s par des stratégies de communication et de gestion du stress
- Entretiens motivationnels
- Communautés thérapeutiques (p. ex. maisons d'accueil pour femmes)

Comportement en matière de santé

- Promotion de l'activité physique
- Interventions basées sur la technologie pour promouvoir la santé psychique

Système de santé

- Facilitation de l'accès au système de santé et aux informations sur la santé
- Suppression des obstacles dans les soins et hausse du nombre d'offres tenant compte de la diversité
- Sensibilisation des acteurs de la promotion de la santé et des soins de base quant à la situation et aux besoins des personnes LGBTI+
- Approches communautaires de promotion de la santé et de prévention des problèmes de comportement (en particulier la mise en réseau à petite échelle des acteurs concernés et le développement de plans de prévention basés sur les preuves)
- Prise en compte systématique des caractéristiques horizontales constitutives d'inégalités dans les monitorages et les évaluations

Santé

Effet visé

Réduire l'iniquité en santé dans l'optique de la mortalité, de la morbidité, de la qualité de vie et du bien-être.

10.4 Domaine des addictions (prévention du tabagisme)

Ce chapitre présente des approches factuelles (**en gras**) et des critères de réussite [soulignés] pour les mesures de promotion de la santé et de prévention qui garantissent l'égalité des chances face aux addictions, l'accent étant mis sur la prévention du tabagisme⁴⁵.

10.4.1 Mesures relatives aux déterminants structurels pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé

Une série de mesures portant sur les déterminants structurels ont prouvé leur efficacité à réduire la consommation de tabac chez les personnes au faible statut socio-économique, telles que l'augmentation du prix des cigarettes, l'interdiction de fumer, les restrictions de vente et de publicité et les avertissements sur les paquets de cigarettes.

- **L'augmentation du prix des cigarettes** permet également de diminuer la prévalence du tabagisme chez les groupes défavorisés. Toutefois, cette mesure peut aussi avoir un effet contre-productif: en cas de hausse des tarifs, les personnes désavantagées sur le plan socio-économique ont, en effet, plus tendance à se tourner vers des modes de consommation meilleur marché (promotions, cigarettes à rouler) [212, 213]. Il est possible d'atténuer ces iniquités en améliorant parallèlement l'accessibilité des programmes d'arrêt du tabagisme destinés aux groupes défavorisés [212].
- **L'interdiction absolue de fumer** dans les bâtiments, les espaces publics et le lieu de travail constitue également une mesure importante [214]. Elle n'a cependant pas permis d'augmenter le taux d'arrêt du tabagisme dans les prisons et les institutions psychiatriques. C'est pourquoi elle doit être combinée à des mesures de prévention comportementale, telles que l'accès à des programmes d'arrêt du tabagisme [212, 215, 216].

- Les **avertissements sur les paquets de cigarettes** ont globalement prouvé leur efficacité indépendamment du désavantage socio-économique considéré [217]. Les groupes socialement défavorisés se révèlent particulièrement sensibles aux photos-chocs, aux témoignages de personnes jouant le rôle de modèles et aux messages mettant en exergue les effets positifs et négatifs liés au fait de (ne pas) fumer [218].

D'autres mesures axées sur les déterminants structurels n'ont par ailleurs pas été analysées sous l'angle de leur effet en termes d'égalité des chances et/ou de leur efficacité:

- Si les interventions consistant à restreindre la publicité en faveur du tabac [214] et la vente aux personnes mineures [219] s'avèrent efficaces sur la population générale, leur effet sur les personnes au faible statut socio-économique n'a pas encore été étudié. Par ailleurs, l'interdiction totale de la publicité du tabac demandée par l'OMS [214] n'est appliquée que de façon lacunaire en Suisse. La future législation sur les produits du tabac ne prévoit pour le moment aucune interdiction totale [220]. Des restrictions supplémentaires concernant les publicités particulièrement accessibles aux personnes mineures (p. ex. lors de manifestations ou dans des publications qui leur sont destinées, dans les journaux gratuits et plus généralement sur Internet) sont toutefois planifiées [220].
- L'influence des campagnes médiatiques a encore été insuffisamment explorée. De manière générale, les campagnes de prévention et d'arrêt du tabagisme à l'intention de l'ensemble de la population (et non à de groupes spécifiques) semblent avoir une portée limitée chez les groupes défavorisés [221]. Jusqu'à présent, les campagnes ciblées ont fait l'objet de peu d'études [150], mais elles pourraient avoir un effet de sensibilisation dès lors qu'elles sont personnalisées, formulées de manière simple et diffusées par les médias télévisuels (télévision ou Internet) [222].

45 Voir explication au chap. 2.

10.4.2 Mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé pour les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé

Les interventions suivantes axées sur les déterminants sociaux de la santé se sont révélées performantes pour prévenir les addictions (et plus particulièrement le tabagisme) chez les personnes au faible statut socio-économique. Elles sont, dans la mesure du possible, classées selon la phase de vie concernée.

10.4.2.1 Mesures transversales

De manière générale, mais aussi en ce qui concerne l'arrêt du tabagisme chez les personnes d'un certain âge, les mesures visant à renforcer l'**intégration de la problématique des addictions dans la formation des médecins** suscitent le débat et l'intérêt [223]. De tels programmes sont déjà en place dans plusieurs pays, dont la Suisse [224].

10.4.2.2 Grossesse et petite enfance (de -9 mois à 3 ans)

À cette période de la vie, les mesures axées sur les facteurs psychosociaux et les conditions de vie matérielles portent leurs fruits:

- Les **interventions psychologiques basées sur le conseil qui visent l'arrêt du tabac pendant la grossesse** ont fait leurs preuves [225, 226], à l'instar des approches suivantes: entretiens motivationnels, thérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie, techniques de relaxation et développement de la capacité à résoudre des problèmes. Par contre, l'efficacité de mesures telles que la formation en santé, l'activité physique, le feed-back ou le soutien social reste encore à déterminer [225]. Les programmes promouvant l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes défavorisées ont des effets particulièrement positifs lorsqu'ils tiennent compte de manière adéquate de la situation de vie et de la langue du groupe cible [226]. Les incitations financières [225] et la participation des groupes cibles donnent également des résultats encourageants. Enfin, les programmes en ligne constituent de bonnes options pour aider les femmes enceintes défavorisées à arrêter de fumer [227], en particulier lorsqu'ils sont interactifs [228].

- Une autre approche pertinente en matière de prévention et d'arrêt du tabagisme consiste à encourager les **habitations sans fumée** [229]. Des interventions minimales sous forme de brochures, de vidéos, de cahiers d'exercices et de brefs conseils peuvent déjà avoir des effets positifs au sein des familles issues de minorités défavorisées sur le plan socio-économique [230]. On ignore toutefois à quels critères imputer la réussite des interventions [231].

Par ailleurs, il faudra encore d'autres travaux de recherche sur l'efficacité des **substituts nicotiniques**, en général et chez les femmes enceintes en particulier [232, 233].

10.4.2.3 Enfance et adolescence (de 4 à 20 ans)

Les interventions à visée préventive, c'est-à-dire qui ont pour but d'empêcher la première cigarette, jouent un rôle central durant l'enfance et l'adolescence. Elles sont principalement réalisées dans le cadre scolaire.

Il est démontré que les mesures consistant à **promouvoir les compétences socio-émotionnelles** (p. ex. les compétences de vie) pendant l'enfance et l'adolescence diminuent la probabilité de consommer des substances par la suite [177, 234]. Efficaces en tant que telles, ces approches peuvent aussi être combinées à des **offres visant à renforcer les capacités éducatives et pédagogiques des parents et du corps enseignant** [235] et à des **cours sur l'influence sociale** [234]. En effet, les comportements comme le tabagisme sont fréquemment acquis dans le milieu social (cf. chap. 6.4.2).

Bien que la recherche se soit encore peu intéressée au cas des enfants et des adolescent-e-s défavorisés, une étude a mis en évidence l'effet positif des interventions préventives en milieu scolaire indépendamment du statut socio-économique des jeunes y participant [121]. Selon les auteurs, l'association à des mesures structurelles a constitué un critère de réussite [121]. En raison du manque de travaux sur le sujet, ce point doit toutefois être interprété avec prudence. Il contredit en effet l'hypothèse généralement acceptée selon laquelle les interventions à plusieurs niveaux tendent à être inefficaces pour empêcher la première cigarette [234].

Les **stratégies de prévention mises en œuvre au niveau communal** ont un effet préventif attesté sur les enfants et les jeunes. Elles sont développées et évaluées dans le cadre du programme *Communities that care*⁴⁶, qui s'adresse aux communes, débute dès l'enfance et a déjà permis de réduire la consommation de tabac chez les jeunes défavorisés [167, 169]. Parallèlement aux mesures préventives, les programmes d'arrêt du tabagisme ont aussi leur utilité à l'adolescence. Les approches qui fonctionnent sont celles qui **tiennent compte de l'influence sociale**, les **thérapies** cognitivo-comportementales ainsi que les **techniques motivationnelles** [236]. Certaines études soulignent toutefois que les interventions encourageant l'arrêt du tabac durant cette phase de la vie portent davantage leurs fruits dans les milieux sociaux aux ressources élevées et chez les groupes non défavorisés sur le plan socio-économique [237]. Dans la pratique, il importe donc de veiller à ce que ces actions n'accroissent pas davantage les inégalités existantes dans la répartition des chances en santé.

10.4.2.4 Adultes en âge de travailler (focalisation: famille et travail – de 21 à 65 ans)

Chez les adultes en âge de travailler, les mesures portent surtout sur l'arrêt du tabac. Parmi les plus efficaces, citons la promotion des facteurs psychosociaux, les adaptations du système sanitaire ou encore les interventions basées sur la technologie qui agissent directement sur le comportement en matière de santé.

S'agissant des facteurs psychosociaux, les **interventions psychologiques comportant une thérapie cognitivo-comportementale** ont efficacement contribué à l'arrêt du tabac chez différents groupes défavorisés [238-242]. Les critères de réussite suivants sont à souligner:

- Les interventions doivent être conçues pour des groupes spécifiques. Les mesures générales destinées à l'ensemble de la population ont moins d'effet sur les groupes défavorisés [243].
- Les interventions sont particulièrement efficaces lorsqu'elles se déroulent en groupe avec des spécialistes [244].
- Le recrutement prospectif et le travail de proximité font leurs preuves [243].

- Les approches alliant thérapie comportementale et pharmacothérapie montrent plus d'efficacité sur les personnes défavorisées que chacune de ces approches considérée indépendamment [241, 242]. Les traitements nicotiques de substitution (*Nicotine Replacement Therapy*, NRT) constituent une mesure sûre et efficace pour accompagner un projet d'arrêt du tabac. Il importe toutefois de veiller à ce que les coûts d'une telle thérapie ne deviennent pas un obstacle pour les groupes à faible revenu [243].

Des adaptations du système de santé sont par ailleurs envisageables, par exemple en intégrant de **l'intervention brève dans les offres actuelles**: cette mesure s'est révélée efficace chez les personnes défavorisées suivant une psychothérapie ou se rendant à des consultations en lien avec des problèmes de violence domestique [245, 246]. Les interventions brèves fournies par des dentistes sont en outre prometteuses [247], sous réserve que leur coût ne soit pas dissuasif pour les personnes au faible statut socio-économique (cf. chap. 6.4.2). Les prestations à privilégier sont celles qui proposent des stratégies de gestion du stress intégrées [246] et celles où le médecin dispose d'un manuel de traitement et d'une formation ciblée fondée sur des données probantes [248].

Encore peu étudiés, les systèmes d'incitations financières visent à **motiver les médecins à proposer davantage de conseils spécifiques en matière d'arrêt du tabac**. Il serait en outre intéressant d'étudier la possibilité de la **prise en charge des coûts des traitements nicotiques de substitution** par l'assurance-maladie. Ces deux approches ont déjà été mises en œuvre avec succès, et des effets positifs ont été constatés dans toutes les tranches de la population [249, 250].

Enfin, des interventions **basées sur la technologie** recèlent un potentiel très intéressant chez les groupes défavorisés [251-253]. Elles se présentent sous différentes formes: sites Internet, programmes en ligne d'arrêt du tabac, mise en réseau via des forums de discussion et/ou les médias sociaux, envoi de messages sur les téléphones mobiles, etc. Les critères de réussite des programmes en ligne d'arrêt du tabac chez les personnes défavorisées sont les suivants: ajustement au groupe cible, diffu-

46 Cf. chap 10.3.1 pour une description du programme.

sion par une source fiable, éléments interactifs et messages vidéo [251, 253, 254]. Il peut être utile de faire participer le public cible à la phase de développement et de diriger des groupes virtuels pour améliorer l'acceptation du programme [255]. À noter cependant que la gestion des informations sur Internet peut être un obstacle chez certains groupes (p.ex. pour la première génération des personnes migrantes défavorisées) [199].

En dépit du manque d'études sur le sujet, d'autres approches efficaces dans la population générale recèlent un potentiel s'agissant des personnes défavorisées:

- La **ligne stop-tabac** constitue une offre de soutien supplémentaire. Il faut toutefois éviter que ce type d'intervention bénéficie surtout aux personnes ayant un bon niveau de formation [256]. Soulignons à cet égard le caractère prometteur des lignes conçues spécialement pour les groupes cibles, par exemple dans leur langue d'origine, et des stratégies intensives et actives impliquant plusieurs contacts téléphoniques [257].
- La **promotion de l'activité physique** contribue également à réduire le tabagisme, y compris chez les groupes défavorisés. Un projet pilote alliant activité physique et conseils centrés sur la personne a obtenu des résultats positifs [258], permettant de réduire la consommation de tabac. Seules quelques tentatives d'arrêt isolées ont toutefois été constatées. L'orientation sur un groupe spécifique a été citée comme critère de réussite [258].
- Les **cigarettes électroniques** sont entre autres envisagées comme possibles stratégies de réduction des risques [259]. Les groupes défavorisés doivent cependant être informés de manière différenciée de leurs avantages comme de leurs risques, parmi lesquels le maintien de l'habitude de fumer des cigarettes ainsi que la consommation de nicotine et éventuellement d'autres substances potentiellement problématiques pour la santé.
- Enfin, **les systèmes de récompense (contingency management)** sous forme de bons peuvent favoriser l'arrêt du tabac chez les groupes défavorisés (surtout à court terme) [260-262]. Par contre, les effets à long terme sont plus incertains [261, 262].

10.4.2.5 Adultes d'un certain âge et d'un âge avancé (à partir de 65 ans)

Il existe encore peu d'études et de revues de littérature consacrées aux interventions visant l'arrêt du tabac chez les personnes défavorisées d'âge avancé. Selon une méta-analyse, les interventions **usuelles** discutées au chapitre précédent, à savoir **pharmacologiques, non pharmacologiques et combinées**, portent également leurs fruits chez ce groupe cible [263].

Les critères de réussite dans cette tranche d'âge sont le contact personnel [263] et la prise en compte de besoins spécifiques à l'âge, par exemple les limitations physiques liées à la vue et à l'audition [264]. En outre, certaines mesures fructueuses dans le domaine de la migration peuvent être transposées aux personnes plus âgées [29]: actions de proximité, fondées sur des relations ou des groupes existants, tenant compte de l'univers quotidien des personnes participantes et visant à renforcer les ressources [29].

10.4.3 Focalisation: genre, passé migratoire, LGBTI

Après avoir présenté des approches et des critères de réussite s'agissant des personnes au faible statut socio-économique, nous souhaitons à présent nous concentrer sur les caractéristiques constitutives de désavantages que sont le genre, le contexte migratoire, l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre. Il s'agit de répondre à la question suivante: comment tenir compte de ces caractéristiques pour garantir l'égalité des chances dans la prévention du tabagisme?

10.4.3.1 Genre

Dans la prévention du tabagisme également, on observe des différences spécifiques au genre, tant en ce qui concerne le taux de participation à des interventions que leurs effets. Les travaux de recherche menés dans ce domaine mettent à la fois en évidence la surreprésentation des femmes et la difficulté d'atteindre les hommes et de les motiver à arrêter de fumer [265]. Parallèlement, les mesures adoptées, par exemple au niveau structurel, ne produisent pas les mêmes résultats: des études réalisées dans plusieurs pays montrent que, en cas de hausse des prix, les femmes se tournent davantage

vers le tabac à rouler que les hommes [266, 267]. Les interventions en milieu scolaire se répercutent aussi de manière différente sur les garçons et sur les filles [268].

Les **listes de vérification pour la prise en compte du genre et de la diversité** sont susceptibles d'aider à corriger ces différences d'effets et à concevoir les offres de prévention du tabagisme en tenant compte des aspects liés au genre [269]. Des données quant à leur utilisation systématique dans la pratique et leur efficacité font toutefois défaut.

10.4.3.2 Passé migratoire

En ce qui concerne les personnes issues de la migration, deux approches sont particulièrement débattues en Suisse: les campagnes d'information et les interventions en ligne. Les **campagnes d'arrêt et de prévention du tabagisme** sont efficaces chez les tranches défavorisées de la population migrante en particulier quand elles sont personnalisées, utilisent les médias du groupe cible et veillent à ancrer les informations dans le quotidien. Il est en outre opportun d'adapter le choix des technologies de l'information et de la communication au groupe ciblé: les jeunes personnes migrantes sont ainsi plus réceptives aux vidéos, et moins aux documents écrits, que les personnes migrantes plus âgées [149].

On peut partir du principe qu'une majorité de la population d'origine étrangère de notre pays est en mesure d'accéder aux **offres en ligne** visant l'arrêt du tabagisme [199]. Pour être efficaces, ces mesures doivent employer un langage simple exempt de tout jargon et fournir des informations dans la langue d'origine. Il ne faut pas non plus oublier qu'en particulier les personnes âgées et celles à faible niveau de formation ont souvent des difficultés à gérer le flot de données sur Internet [199]. Lors de la planification d'interventions, la mise à disposition d'outils pour faciliter le traitement de l'information doit par conséquent être envisagée. En outre, l'arrêt du tabac a plus de chances de succès à long terme chez les populations migrantes défavorisées lorsqu'il a lieu au sein d'un réseau social [270].

10.4.3.3 Orientation sexuelle et/ou identité de genre

Très peu de travaux de recherche se sont jusqu'à présent intéressés aux critères d'efficacité de la prévention du tabagisme dans la communauté

LGBTI. Les effets des mesures universelles dans ce cas de figure sont encore peu connus [271]. Quelques études ont été consacrées aux interventions visant l'arrêt du tabac dans la communauté LGBTI mais leur fiabilité est encore insuffisante et elles ne prennent généralement pas en compte les personnes transsexuelles [271, 272].

Aussi les conclusions sont encore incomplètes quant à une prévention du tabagisme spécifique à la communauté LGBTI. De manière générale, il faut tenir compte du fait que le comportement tabagique n'est pas toujours uniforme [273] dans les différents sous-groupes et que, en vertu du principe de l'intersectionnalité, l'efficacité des mesures peut varier d'une personne à l'autre en raison des interactions entre les caractéristiques constitutives de désavantages [274, 275].

Les **interventions psychologiques visant l'arrêt du tabac centrées sur les adultes LGBTI** ont globalement donné de bons résultats [272]. Un projet pilote mené en Suisse fait état d'un taux d'arrêt de 28,6% (après 6 mois) [276]. Les ajustements suivants, spécifiques au groupe cible, ont contribué de manière déterminante au succès des mesures [272]: réalisation des interventions en groupe par des organisations LGBTI; le recours à des formateurs et formatrices LGBTI; la discussion de facteurs déclenchants spécifiques à la communauté LGBTI; l'influence des traitements hormonaux de substitution; des éléments de cours interactifs nécessitant une participation active.

À l'adolescence également, les interventions sous forme de conseil destinées à la communauté LGBTI se sont généralement traduites par des taux d'arrêt du tabac élevés [271]. Le nombre limité d'études ne permet toutefois pas d'identifier les critères de réussite. Outre les mesures spécifiques, les **interventions universelles axées explicitement sur la diversité** semblent très prometteuses chez les enfants et les adolescent-e-s [277], bien qu'elles soient encore rarement mises en œuvre. Des études s'intéressant aux climats scolaires bienveillants témoignent de l'efficacité des approches tenant explicitement compte de l'orientation sexuelle: de telles mesures ont permis d'améliorer la santé psychique tout en réduisant la consommation de tabac chez les jeunes LGBTI [271, 278].

10.4.4 Exemples pratiques suisses

Ce chapitre présente quelques projets suisses consacrés à la promotion égalitaire de l'arrêt du tabagisme. Lors de la sélection, nous avons veillé à ce que a) les projets soient bien documentés, b) les approches et critères de réussite identifiés lors de la recherche bibliographique soient illustrés et c) les exemples couvrent plusieurs phases de vie et plusieurs caractéristiques constitutives d'inégalité. La liste suivante n'est toutefois pas exhaustive. De nombreux projets ont dû être écartés faute de place.

- **Cours sur l'arrêt du tabac et la prévention du tabagisme dans la population issue de la migration: l'exemple de *Tiryaki Kukla*** (www.tiryakikukla.ch/home): à travers un travail de proximité mené auprès de la population migrante (associations, institutions religieuses, regroupements informels, ateliers, entreprises, etc.), les responsables du cours organisent des séances d'information sur les dangers de la consommation de tabac et du tabagisme passif. Ensuite, ils recrutent des participants et participantes entretenant dans la mesure du possible des liens étroits (*strong ties*) et les invitent à prendre part à des cours donnés en langue turque ou albanaise. Ce faisant, ils collaborent étroitement avec des personnes clés des associations concernées (recrutement fondé sur les relations). L'intervention est suivie d'un ou deux événements personnalisés dans les médias des groupes cibles. Les résultats et les processus du projet mené dans la population turque font l'objet d'une évaluation permanente depuis 2006. La version destinée à la population albanaise a été lancée en 2015.
- **Utilisation des médias de la population migrante dans le cadre de campagnes de prévention du tabagisme: l'exemple de la campagne *Smoke-Free*** (www.migesmedia.ch/fr/campagne-smokefree-dans-les-medias-des-collectivites-migrantes): un projet pilote visant à diffuser la campagne suisse *SmokeFree* auprès des médias des collectivités migrantes a été mené à l'automne 2017. Traduit dans les langues de quatre groupes cibles (turc, albanais, portugais et serbe) en collaboration avec la plateforme de réseautage «migesmedia.ch», le matériel de la campagne a été communiqué sous forme de publicité électronique et imprimée, de spots

télévisés et radiophoniques, dans les médias des collectivités migrantes ainsi que sur les pages Facebook et les canaux YouTube de ces derniers. Le projet pilote a ainsi permis une large diffusion des contenus dans le public cible. L'évaluation subséquente fait état d'une très bonne collaboration avec les responsables des médias des collectivités migrantes. Pendant la durée de la campagne, il n'a pas été possible de relever des effets significatifs sur le nombre d'appels passés à la ligne stop-tabac de la Ligue contre le cancer Suisse dans les langues du public cible. Suite au succès du projet pilote, l'OFSP a toutefois décidé de renouveler la campagne en 2018.

- **Prévention des addictions sensible au genre et orientée vers la diversité, ville de Zurich** (https://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/suchtpraevention/information/publikationen_u_broschueren/grundlagen---konzepte/gendersensibel-diversityorientierte-suchtpraevention.html): En 2013, le service de prévention des addictions de la ville de Zurich a élaboré des bases et une *check-list* pour prendre en compte le genre et d'autres caractéristiques constitutives d'inégalités susceptibles d'influer sur les comportements addictogènes dans le cadre de l'école. La liste de contrôle vise entre autres à déterminer les modèles de consommation spécifiques au genre ainsi que d'autres critères de différenciation influant notamment sur la possibilité d'atteindre les groupes cibles (âge, handicap, appartenance socioculturelle, couche sociale, orientation sexuelle et identité de genre). S'appuyant sur des documents existants (*Check-list* sur la prise en compte du genre de *Quint-essenz*, *Gender Click Check* de l'OFSP, *Gender-Checkliste* de Santé bernoise), elle s'inscrit dans une perspective plus générale sur la diversité.
- **Prévention des addictions attentive au genre: l'exemple des courts-métrages de sensibilisation «La petite différence», Addiction Suisse** (www.addictionsuisse.ch/actualites/article/courts-metrag-es-la-petite-difference): en 2016, Addiction Suisse a réalisé cinq courts-métrages et du matériel didactique pour l'enseignement. Destinés aux jeunes de 13 à 16 ans, les films visent à susciter la réflexion sur les stéréotypes de genre et les modes de consommation. Ils en-

tendent aider les filles et les garçons à surmonter leurs problèmes de façon constructive et à apprendre les uns des autres.

- **Interventions visant l'arrêt du tabac ciblée sur la communauté LGBTI: l'exemple de *Queer-Quit*** [276]: basé sur un exemple britannique, ce programme d'arrêt du tabac a été réalisé avec succès sous forme de projet pilote. Au total, 70 hommes homosexuels ont participé à des cours d'arrêt du tabac pendant sept semaines; 28,6% d'entre eux ont cessé de fumer pendant six mois. Au vu de ces premiers résultats positifs, une étude de contrôle randomisée devait avoir lieu mais elle a dû être suspendue en raison de difficultés de recrutement à Zurich et à Genève [279].

10.4.5 Résumé

Les approches exposées précédemment sont représentées dans une version simplifiée du modèle explicatif (cf. chap. 6). Ce modèle axé sur la pratique a pour but de résumer la manière d'accroître l'égalité des chances en santé dans la prévention des addictions. Il permet de mettre en lumière des mesures concrètes et éprouvées pour différents domaines politiques et déterminants sociaux. Ce mode de représentation montre comment les diverses mesures sont liées et peuvent être combinées. Il est par exemple judicieux d'associer la promotion de facteurs psychosociaux (déterminants sociaux de la santé), qui protègent les individus contre la consommation de tabac, avec les interdictions de fumer dans l'espace public afin d'éviter l'exposition au tabagisme passif et ses conséquences sur la santé. Le modèle facilite donc la planification systématique de mesures égalitaires de promotion de la santé et de prévention.

ILLUSTRATION 15

Approches efficaces pour la prévention du tabagisme chez les groupes socialement défavorisés



10.5 Mesure transversale: développer les organisations

Pour intégrer de manière systématique les principes de l'égalité des chances et de l'équité dans la promotion de la santé et la prévention, il est nécessaire de développer les organisations actives dans le domaine sanitaire. Le projet *Prévention et promotion de la santé transculturelles*⁴⁷, qui s'intéresse aux personnes défavorisées issues de la migration [280], fournit des recommandations à ce sujet. Nous formulons ci-après des propositions pour les transposer à d'autres groupes en situation de désavantage:

Ancrer l'égalité des chances au niveau stratégique: toutes les mesures de prévention et de promotion de la santé doivent tenir compte des groupes défavorisés. Aussi est-il conseillé d'inscrire les principes de l'égalité des chances et de l'équité dans les documents stratégiques d'une organisation. Il convient tout d'abord de déterminer le besoin d'agir afin de décider des approches à adopter. À l'issue de ces discussions essentielles pour la formation de l'opinion, les modifications doivent être intégrées dans la charte, les statuts et la stratégie de l'organisation et faire l'objet d'une communication interne et externe.

Considérer l'égalité des chances comme un indicateur de qualité: l'ancrage stratégique de l'équité implique aussi des adaptations du système de gestion de la qualité. Une mesure importante à cet égard est de définir des indicateurs de réussite explicites s'agissant de l'égalité des chances dans le domaine des soins.

Pérenniser le financement des mesures égalitaires et institutionnaliser les offres qui ont fait leurs preuves [280], en particulier les programmes mis sur pied par des associations de groupes cibles, parfois à titre bénévole. C'est, entre autres, le cas pour la majeure partie des offres de promotion de la santé et de prévention destinées à la communauté LGBTI en Suisse. L'initiative *Prévention et promotion de la santé transculturelles* [280] propose par exemple des financements incitatifs pour des projets communs, des manuels et des plateformes d'échange. D'autres instruments tels que les contrats de prestations ou les financements de départ d'axes prioritaires sont en outre à étudier.

Garantir l'hétérogénéité du personnel: la réalisation de l'équité implique aussi la participation de personnes appartenant à des groupes défavorisés à tous les niveaux organisationnels et à toutes les phases de développement des offres. L'engagement de spécialistes issus de groupes cibles (p. ex. avec un passé migratoire) a fait ses preuves dans les organisations transculturelles ou sensibles à la diversité (*diversity management*). Il est aussi possible de faire appel à des spécialistes externes en veillant à les rémunérer de façon adéquate.

Améliorer les compétences en matière de diversité: parallèlement, les collaborateurs et collaboratrices doivent être en mesure de tenir compte de la situation et des besoins des personnes défavorisées. Des formations continues et des cours sur la gestion des conflits sont utiles à cet effet. L'acceptation joue également un rôle essentiel. Les responsables doivent soutenir cette orientation et l'inscrire dans les documents stratégiques. Lors du recrutement, il importe de veiller à ce que les personnes engagées, même si elles ne sont pas issues d'un groupe défavorisé, disposent des aptitudes communicationnelles, de l'expérience et de la sensibilité nécessaires pour travailler avec des personnes défavorisées.

Favoriser la mise en réseau et la coopération: il est recommandé de cultiver les contacts avec des organisations de groupes cibles et d'autres acteurs travaillant avec des personnes défavorisées. Cette coopération peut être institutionnalisée: création d'organes de coordination, siège au sein d'autres organisations, etc. La collaboration avec des médecins de famille et les échanges réguliers avec les mondes politiques et administratifs sont également importants. Dans le cas de la population migrante, une mise en réseau transnationale peut être indiquée. Fournir un soutien structurel (p. ex. mise à disposition d'infrastructures de bureaux) est en outre susceptible de favoriser l'intégration des associations de groupes cibles. Par ailleurs, les organisations ont tout intérêt à se fonder sur les stratégies nationales traitant des groupes défavorisés pour regrouper des ressources limitées et simplifier la coordination.

⁴⁷ <https://public-health-services.ch/transkulturelle-praevention-und-gesundheitsfoerderung-grundlagen-und-handlungsempfehlungen-2005-2010/>. Un instrument utile pour le développement des organisations (ouverture transculturelle) est disponible sous (<https://public-health-services.ch/wp-content/uploads/leitfragen-organisationen.pdf>).

10.6 Conclusions et recommandations finales

Focalisation sur les propres sphères de responsabilité et d'influence

En définissant les domaines d'action principaux de sa stratégie Santé2020, le Conseil fédéral rappelle que la santé des personnes en Suisse est déterminée à 60% par des facteurs externes à la politique de la santé [1]. Il n'est donc pas surprenant que les interventions discutées dans les sphères de responsabilité et d'influence relèvent de différents domaines politiques. En effet, les mesures susceptibles de contribuer à une réduction générale des désavantages sociaux, à savoir celles portant sur les déterminants structurels, se situent souvent en dehors du champ d'action réel de la politique et de la pratique sanitaires. Elles requièrent par conséquent une approche multisectorielle englobant l'éducation, les affaires sociales, l'aménagement du territoire et le marché du travail [23, 31, 36]. Les responsables de la promotion de la santé et de la prévention ne peuvent ni ne sauraient mettre en œuvre à eux seuls l'ensemble des mesures factuelles qui ont été identifiées. En vue de systématiser la planification et la mise en œuvre, il est indispensable de définir quelles interventions sont de leur ressort et à quel moment le thème de l'égalité des chances en santé doit être mis en avant dans d'autres agendas politiques (démarche ciblée).

Lacunes importantes dans le domaine de la recherche

L'étude sur laquelle se fonde le présent chapitre [281] montre que la promotion de la santé et la prévention dans les domaines de l'activité physique et de l'alimentation, de la santé psychique et des addictions (à l'instar de la prévention du tabagisme) n'ont pas été suffisamment étudiées du point de vue de l'égalité des chances. Des travaux supplémentaires s'intéressant aux aspects suivants pourraient encore améliorer l'efficacité et l'équité:

- problématique de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre; cas des personnes âgées socialement défavorisées;
- effets des interventions universelles (non axées sur un groupe cible) réalisées en milieu scolaire sur les personnes défavorisées;

- interventions basées sur la technologie (Internet, smartphones, SMS, capteurs fitness, médias sociaux), en particulier du fait de leur fort potentiel pour les groupes défavorisés et difficilement atteignables;
- égalité des chances et santé psychique: le nombre d'études dans ce domaine est particulièrement réduit, sans doute parce que la recherche se concentre plutôt sur le traitement de maladies psychiques existantes que sur la promotion de la santé et la prévention;
- approches réussies et critères de succès concernant des addictions comportementales et la dépendance à des substances autres que le tabac.

En dépit de ces lacunes importantes, des approches et des critères de réussite contribuant à augmenter l'égalité des chances en santé peuvent être identifiés pour tous les domaines et groupes cibles concernés.

Principales recommandations concernant les critères de réussite

En résumé, les critères suivants jouent un rôle essentiel indépendamment du domaine (activité physique et alimentation, santé psychique, addictions), des phases de la vie et des caractéristiques constitutives d'inégalités:

- participation des groupes cibles à chaque phase d'un projet ou d'un programme;
- accent sur la motivation et l'*empowerment*;
- recrutement et/ou mise en œuvre sur le terrain et dans le réseau du groupe cible par des personnes appartenant au groupe en question;
- interventions à plusieurs niveaux, combinant notamment des mesures comportementales et structurelles;
- association de thèmes (p. ex. promotion simultanée de l'activité physique et de la participation sociale);
- adaptation des contenus et de la langue au contexte et aux besoins du groupe cible.

Tant la planification et la mise en œuvre que le monitoring et l'évaluation doivent impérativement tenir compte de possibles disparités dans l'impact des mesures. En vue d'éclaircir les zones d'ombre subsistantes, les études menées et publiées doivent par conséquent déterminer l'efficacité des interventions en fonction des caractéristiques constitutives d'inégalités considérées. Ces données permettront en outre de s'assurer continuellement que les groupes visés sont véritablement atteints.

Par conséquent, il est nécessaire, pour intégrer systématiquement et durablement l'objectif de l'égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention, que les organisations actives dans ce domaine se développent.

Perspectives

«Nul ne saurait contester que les inégalités en santé sont le signe d'un échec des sociétés modernes.»

Rathmann & Richter (2016, p. 48) [8]

Le présent rapport met en lumière les nombreux efforts consentis pour remédier aux iniquités en santé frappant les personnes socialement défavorisées. Malgré des lacunes parfois importantes dans la recherche, nous avons pu identifier plusieurs interventions et critères de réussite dont il est prouvé qu'ils contribuent à une répartition plus équitable des chances en santé dans les trois domaines considérés (maladies non transmissibles, santé psychique et addictions) et pour tous les groupes cibles. Notre analyse montre également que la concrétisation de l'égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention peut déjà s'appuyer sur des bases solides. De nombreux exemples de bonnes pratiques en Suisse et dans des pays similaires constituent autant de sources d'inspiration et de modèles à reproduire.

La délicate étape de la mise en œuvre

Au regard du cycle d'action en santé publique, notre travail fournit uniquement des informations et des propositions concernant les trois premières phases du cycle: état des lieux, analyse des causes et développement de mesures. L'étape suivante est la mise en application et l'évaluation. Comme souvent, la transition entre un document de fond et la pratique n'est pas aisée, à plus forte raison lorsque le sujet est complexe. Or, comme le rappellent les chercheurs suisses Domenig et Cattacin, il n'est guère d'objectif plus ardu que de réduire les iniquités en santé [17].

Mise en pratique de certains éléments du rapport

Élément central du présent rapport, le modèle explicatif de l'apparition des iniquités en santé (cf. chap. 6) est axé explicitement sur les actions salutogènes. Il peut par conséquent servir de point de départ à certaines étapes fondamentales: illustrant l'émergence des désavantages et d'une vulnérabilité plus élevée en santé, il fournit de premiers éléments de réflexion sur les groupes cibles et sur de possibles mesures, et indique quels domaines politiques doivent être impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre. Cette approche permet de planifier le renforcement de l'égalité des chances en santé de manière complète, systématique et durable.

Nos recommandations identifient en outre un large éventail de mesures éprouvées et de critères de réussite qu'il vaut la peine d'appliquer. En raison de la méthode choisie – une analyse systématique de la littérature spécialisée internationale –, il est toutefois difficile de se prononcer sur les questions opérationnelles et les procédures concrètes. Quelques instruments développés au cours des dernières années aident cependant à transposer dans la pratique les résultats tirés de la recherche.

Aides à la mise en œuvre

Élaboré en Suisse [24], un outil de travail favorisant la prise en compte du thème de l'égalité des chances à chaque étape d'un projet a pour but d'aider les responsables de projets à analyser les contraintes et les ressources des groupes cibles, à définir les interactions et à garantir l'équité tout au long du processus. Bien que ce document soit fondé sur un modèle explicatif quelque peu différent, il contient des pistes pour la pratique.

Un instrument similaire développé en Allemagne établit une liste de questions directrices visant à renforcer l'égalité des chances en santé [63]; il permet de mettre en évidence les ressources et les risques pour la santé liés à différents groupes sociaux et donc de déterminer le besoin d'agir.

Par ailleurs, le centre fédéral allemand pour l'éducation à la santé (BZgA) a récemment publié un guide actualisé de bonnes pratiques dans la promotion de la santé liée à la situation sociale [282]. Ce document complet fournit des conseils et des critères pour le développement d'interventions, l'intégration de personnes et d'institutions (multiplicateurs), la mise en réseau, la gestion de la qualité, la documentation et l'évaluation. Un chapitre distinct explique comment évaluer l'efficacité financière des mesures.

Dans le cadre de son système de qualité Quint-essenz, Promotion Santé Suisse a en outre élaboré des critères généraux, largement étayés, qui peuvent servir de référence lors de la conception et de l'évaluation de projets et de programmes de promotion de la santé et de prévention.

Enfin, les banques de données suivantes contiennent des exemples de bonnes pratiques⁴⁸:

- Le réseau allemand *Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit* centralise et diffuse des connaissances, des expériences et des projets égalitaires portant sur la promotion de la santé et la prévention (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).
- Le site *European Portal for Action on Health Inequalities* documente des initiatives et des stratégies européennes de lutte contre les iniquités en santé. Il contient une banque de données de projets, des outils pragmatiques et des guides (www.health-inequalities.eu).
- mieux prendre en compte les conséquences de chaque décision politique sur l'égalité des chances (principe de la santé dans toutes les politiques lié à l'approche multisectorielle);
- axer plus fermement le secteur sanitaire sur l'objectif de l'égalité des chances;
- renforcer la participation de la société civile à la conception et à la mise en œuvre de la politique afin d'augmenter de manière tangible l'efficacité des mesures;
- considérer davantage la perspective du parcours de vie lors de la planification et de la mise en œuvre des mesures de promotion de la santé et de prévention.

Propositions à l'intention de la politique et de la pratique

Dans la continuité de la charte de Bangkok, il est souhaitable que la recherche intensive et les nombreuses résolutions adoptées dans la politique sanitaire s'accompagnent d'un renforcement des interventions visant à garantir l'égalité des chances. Cela implique des investissements durables en politique ainsi que des mesures et des infrastructures axées sur les déterminants structurels et les déterminants sociaux de la santé.

Un monitoring et une évaluation plus systématique des interventions en faveur de l'égalité des chances en santé sont en outre nécessaires afin a) d'identifier et de multiplier les interventions efficaces, b) de renforcer la légitimité de la promotion de la santé et de la prévention et c) de mener la politique sanitaire sur la base d'objectifs et de résultats clairs.

En vue d'améliorer la conception et le pilotage de la politique de la santé, nous formulons les propositions suivantes:

- informer et assurer la formation continue des décideurs et décideuses et des professionnel-le-s de la santé et sensibiliser le grand public aux déterminants des iniquités en santé;
- adopter une démarche coordonnée et multisectorielle, incluant des partenariats et des alliances avec différents domaines politiques ainsi qu'avec des acteurs non étatiques, privés et issus de la société civile (y c. entreprises privées). L'objectif est d'harmoniser de façon systématique les sphères de responsabilité et d'influence afin qu'elles se complètent efficacement et de manière ciblée;

En raison de la complexité manifeste du sujet et de la multitude des parties prenantes, l'objectif de l'égalité des chances en santé requiert un travail de longue haleine et une «politique des petits pas» (Domenig & Cattacin 2015) [17]. Comme nous l'avons montré en introduction, il s'agit toutefois d'un investissement nécessaire, qui bénéficiera à la société dans son ensemble.

Bibliographie

- [1] DFI (2013): *Santé2020. Politique de la santé: les priorités du Conseil fédéral*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- [2] Egger, M. & Razum, O. (2014). Public Health: Konzepte, Disziplinen und Handlungsfelder. In M. Egger & O. Razum (Eds.), *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (2nd ed., pp. 1–25). Berlin, Boston: De Gruyter.
- [3] WHO Europe (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: World Health Organization.
- [4] Spini, D., Pin le Corre, S. & Klaas, H. S. (2016). Santé psychique et inégalités sociales. In M. Blaser & F. T. Amstad (Eds.), *La santé psychique au cours de la vie. Rapport de base* (pp. 31–40). Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [5] Arcaya, M. C., Arcaya, A. L. & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1), 1–12. doi:10.3402/gha.v8.27106
- [6] Lamprecht, M., König, C. & Stamm, H. (2006). *Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf «Psychische Gesundheit – Stress» und «Gesundes Körpergewicht»*. Grundlegendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [7] Graham, H. & Kelly, M. P. (2004). Health inequalities: concepts, frameworks and policy. *NHS, Health Development Agency* (January 2004), 1–12.
- [8] Rathmann, K. & Richter, M. (2016). Gesundheitliche Ungleichheit – eine theoretische und empirische Einführung. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Ed.), *Privileg Gesundheit? Zugang für alle!* (pp. 25–58). Zürich: Seismo Verlag.
- [9] Kaya, B. (2006). *Egalité des chances en matière de santé: State of the Art*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- [10] Zuniga, J. M., Marks, S. P. & Gostin, L. O. (Eds.) (2013). *Advancing the human right to health*. Oxford: Oxford University Press.
- [11] Tobin, J. (2012). *The right to health in international law*. Oxford: Oxford University Press.
- [12] Bognuda, C. (2011). *Die Verletzung des Rechts auf Gesundheit: Indikatoren für die Praxis*. Zürich: Schulthess.
- [13] Frewer, A. & Bielefeldt, H. (Eds.) (2016). *Das Menschenrecht auf Gesundheit: Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse* (transcript.). Bielefeld.
- [14] Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The spirit level: Why equality is better for everyone*. London: Penguin Books.
- [15] Kaya, B. (2007). *Document de base sur la question «migration et santé». Développement de documents et d'instruments pour la dimension «migration» en matière de promotion et de prévention de la santé*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- [16] Mackenbach, J. P., Meerding, W. J. & Kunst, A. E. (2011). Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(5), 412 LP-419. doi:10.1136/jech.2010.112680
- [17] Domenig, D. & Cattacin, S. (2015). *Gerechte Gesundheit. Grundlagen – Analysen – Management*. Bern: Hogrefe Verlag.
- [18] CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- [19] Marmot, M. (2015). *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury.

- [20] OMS Europe (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- [21] Rasanathan, K. (2018). Comment 10 years after the Commission on Social Determinants of Health: social injustice is still killing on a grand scale. *The Lancet*, 6736(18), 1–2. doi:10.1016/S0140-6736(18)32069-5
- [22] Cohen, B. E. & Marshall, S. G. (2017). Does public health advocacy seek to redress health inequities? *A scoping review*, 25(2), 309–328. doi:10.1111/hsc.12320
- [23] Bachmann, N. & Neuhaus, M. (2010). *Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne. Inégalité des chances en santé*. Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne.
- [24] Stamm, H., Lamprecht, M., Conrad, C., Setz, R. & Ackermann, G. (2010). *Document de travail tiré du document de base «Inégalité et santé»*. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [25] AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (2015). *Risikofaktoren, Nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien. Grundlagenbericht als Basis für die Erarbeitung der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*. Unveröffentlichter Bericht.
- [26] Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Eds.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (pp. 315–320). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [27] Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H. & Janssen, H. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum*, 16(59), 29.e1–29.e3.
- [28] Bolliger-Salzmann, H. (2016). La santé psychique durant l'adolescence. In M. Blaser & F. T. Amstad (Eds.). *La santé psychique au cours de la vie. Rapport de base* (pp. 70–82). Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [29] Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. Bern: Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
- [30] Tudor Hart, J. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297(7696), 405–412. doi:10.1016/S0140-6736(71)92410-X
- [31] Richter, M., Ackermann, S. & Moor, I. (2011). *Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Ein systematisches Review* (Vol. 49). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- [32] Stamm, H., Fischer, A., Wiegand, D. & Lamprecht, M. (2013). *Konzept für ein «Monitoring der Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz»*. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
- [33] Guggenbühl, L. (2017). *Démontrer et optimiser les effets de la promotion de la santé. Méthodologie de la gestion des impacts de Promotion Santé Suisse et bilan de la Conférence sur la promotion de la santé 2017 intitulée «La promotion de la santé, ça marche!»*. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [34] Promotion Santé Suisse (2018). *Critères de qualité des programmes et projets de promotion de la santé et de prévention. Vue d'ensemble des critères et des possibilités d'application sur www.quint-essenz.ch*. Document de travail 44. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [35] Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Évaluation des effets des interventions. Guide pour des projets dans les domaines de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique*. Document de travail 46. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [36] Stamm, H. & Lamprecht, M. (2009). *Inégalité et santé. Document de base sur le rapport entre inégalité sociale et santé*. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [37] Braveman, P. A., Kumanyika, S., Fielding, J., LaVeist, T., Borrell, L. N., Manderscheid, R. & Troutman, A. (2011). Health disparities and health equity: The issue is justice. *American Journal of Public Health*, 101 (SUPPL. 1), 149–155. doi:10.2105/AJPH.2010.300062
- [38] Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Verlag Hans Huber.

- [39] OFSP; CDS; Promotion Santé Suisse (2016). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024. Plan de mesures MNT*. Berne: OFSP, CDS, Promotion Santé Suisse.
- [40] WHO (2018). *Health Impact Assessment. Glossary terms used*. Retrieved January 29, 2018, from <http://www.who.int/hia/about/glos/en/>
- [41] Boston Public Health Commission (2018). *What is Health Equity?* Retrieved January 29, 2018, from <http://www.bphc.org/whatwedo/health-equity-social-justice/what-is-health-equity/Pages/what-is-health-equity.aspx>
- [42] WHO (2017). *10 facts on health inequities and their causes*. Retrieved July 22, 2019, from https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
- [43] WHO (2018). *Social determinants of health: Key concepts*. Retrieved January 29, 2018, from http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [44] Promotion Santé Suisse (2017). *Les minorités sexuelles et de genre dans la promotion de la santé et la prévention. Groupe cible: enfants et adolescent-e-s*. Feuille d'information 19. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [45] Hatzenbuehler, M. L. (2014). Structural Stigma and the Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *Current Directions in Psychological Science*, 23(2), 127–132. doi:10.1177/0963721414523775
- [46] Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *The American psychologist*, 71(8), 742–751. doi:10.1037/amp0000068
- [47] Promotion Santé Suisse (2017). *Monitoring des données pondérales effectué par les services médicaux scolaires des villes de Bâle, Berne et Zurich. Evaluation comparative des données de l'année scolaire 2015/2016*. Feuille d'information 20. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [48] Stamm, H., Ceschi, M., Gebert, A., Guggenbühl, L., Lamprecht, M., Ledergerber, M., ... Tschumper, A. (2014). *Monitoring des données relatives au poids effectué par les services médicaux scolaires des villes de Bâle, Berne et Zurich. Evaluation comparative des données de l'année scolaire 2012/2013*. Feuille d'information 1. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [49] Streich, W. (2009). Vulnerable Gruppen: «Verwundbarkeit» als politiksensibilisierende Metapher in der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2nd ed., pp. 301–307). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [50] SRK (2013). *Erleichterter Zugang für verletzte Personen zu den Dienstleistungen des Schweizerischen Roten Kreuzes: Grundlagen und praxisbezogene Beispiele*. Wabern-Bern: SRK.
- [51] OFSP; CDS (2016). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024. Plan de mesures MNT*. Berne: OFSP, CDS.
- [52] Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Widmer Howald, F. (2016). *Santé et qualité de vie des personnes âgées. Bases pour les programmes d'action cantonaux*. Rapport 5. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [53] Henrickson, M. & Fouché, C. (2017). *Vulnerability and marginality in human services*. London: Routledge.
- [54] Weiss, R. (2006). Vulnerabilität und Resilienz aus transdisziplinärer Sicht. In P. van Eeuwijk & B. Obrist (Eds.), *Vulnerabilität, Migration und Altern* (pp. 25–47). Zürich: Seismo Verlag.
- [55] Bieler, G., Paroz, S., Faouzi, M., Trueb, L., Vaucher, P., Althaus, F., ... Bodenmann, P. (2012). Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Academic Emergency Medicine*, 19(1), 63–68. doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01246.x
- [56] Gasser, N., Knöpfel, C. & Seifert, K. (2015). *Agile, puis fragile*. Zurich: Pro Senectute Suisse.
- [57] OFSP (2015). *Stratégie nationale Addictions 2017-2024*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- [58] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & Haug, S. (2015). *Chancengleichheit und gesundes Körpergewicht: Aktualisierung der wissenschaftlichen Fakten 2006–2014*. Bern: Public Health Services.
- [59] Clow, B., Hanson, Y. & Bernier, J. (2018). *Distinguish between Equity and Equality*. *SGBA e-learning resource: Rising to the challenge*. Retrieved February 16, 2018, from <http://sgba-resource.ca/en/concepts/equity/distinguish-between-equity-and-equality/>

- [60] Milken Institute School of Public Health (2016). *What's the Difference Between Equity and Equality?* Retrieved February 16, 2018, from <https://publichealthonline.gwu.edu/blog/equity-vs-equality/>
- [61] Weber, D. & Salis Gross, C. (2018). Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung. *Suchtmagazin*, 44(5), 13–17. doi:<https://doi.org/10.5167/uzh-162788>
- [62] Krämer, H. (2018). *Chancengleichheit*. *Gabler Wirtschaftslexikon*. Retrieved February 14, 2018, from <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/chancengleichheit.html#erklaerung>
- [63] Fehr, A., Hölling, G., Lampert, T., Maschewsky-Schneider, U., Mielck, A., Niederbühl, K., ... Zeeb, H. (2014). *Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung Gesundheitliche Chancengleichheit*. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
- [64] Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- [65] Gasser, K. & Houmard, S. (2018). Les disparités sociales, sources d'inégalité face à la santé. *spectra* (119), 2–3.
- [66] WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva. Retrieved from http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR_Glossary_1998.pdf
- [67] CIHER (2019). *Centre for Indigenous Health Equity Research*. Retrieved June 27, 2019, from <https://www.cqu.edu.au/research/organisations/centre-for-indigenous-health-equity-research>
- [68] Halfon, N., Larson, K. & Russ, S. (2010). Why Social Determinants. *Healthcare quarterly*, 14(1), 8–20.
- [69] Höglinger, M., Seiler, S., Ehrler, F. & Maurer, J. (2019). *Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz*. Lausanne und Winterthur: Université de Lausanne, FORS und ZHAW.
- [70] Homfeldt, H. G. (2005). Gesund Altern – Aufgaben Sozialer Arbeit. In C. Schweppe (Ed.), *Alter und soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder* (pp. 87–108). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- [71] Von dem Knesebeck, O. & Schäfer, I. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2nd ed., pp. 253–265). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [72] Kruse, A. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Eds.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4th ed., pp. 89–99). Bern: Verlag Hans Huber.
- [73] Solar, O. & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. *Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- [74] Wilkinson, R. & Marmot, M. (Eds.) (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts* (2nd ed.). Copenhagen: World Health Organization. doi:10.1016/j.jana.2012.03.001
- [75] Boes, S., Kaufmann, C. & Marti, J. (2016). *Comportements ayant une incidence sur la santé: inégalités socioéconomiques et culturelles en Suisse sous la loupe*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. Retrieved from https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-02_f_0.pdf
- [76] OFSP (2018). *Brochure: Égalité des chances et santé. Chiffres et données pour la Suisse*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- [77] Spiess, M. & Schnyder-Walser, K. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz*. Hintergrunddokument. Bern: socialdesign ag.
- [78] Remund, A. (2018). Die Übersterblichkeit der jungen Erwachsenen in der Schweiz: Zeitbezogen, vermeidbar und sozial ungleich verteilt. *LIVES Impact Policy Brief* (8). Retrieved from <https://www.lives-nccr.ch/de/newsletter/die-uebersterblichkeit-der-jungen-erwachsenen-der-schweiz-n2935>
- [79] Schnyder-Walser, K., Rufin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Schlussbericht. Bern.

- [80] Wang, J., Häusermann, M., Ajdacic-Gross, V., Aggleton, P. & Weiss, M. G. (2007). High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men's Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5), 414–420. doi:10.1007/s00127-007-0190-3
- [81] Wang, J., Häusermann, M. & Weiss, M. G. (2014). Mental health literacy and the experience of depression in a community sample of gay men. *Journal of Affective Disorders*, 155, 200–207. doi:10.1016/j.jad.2013.11.001
- [82] Promotion Santé Suisse (2017). *Les minorités sexuelles et de genre dans la promotion de la santé et la prévention. Groupe cible: enfants et adolescent-e-s*. Feuille d'information 19. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [83] Lamprecht, M. & Stamm, H. (2015). *Observatorium Sport und Bewegung Schweiz. Laufend aktualisierte Indikatoren. Stand März 2015*. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
- [84] gfs.bern (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015»*. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien. Bern: gfs.bern.
- [85] Terraneo, M. (2015). Inequities in health care utilization by people aged 50+: Evidence from 12 European countries. *Social Science & Medicine*, 126, 154–163.
- [86] Lampert, T. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (pp. 121–137). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- [87] Blaser, M. & Amstad, F. T. (Eds.) (2016). *La santé psychique au cours de la vie*. Rapport 6. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [88] Mielck, A. & Helmert, U. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann & O. Razum (Eds.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6th ed.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- [89] Klein, J. & Von dem Knesebeck, O. (2016). Soziale Einflüsse auf die gesundheitliche Versorgung. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (pp. 341–352). Wiesbaden: Springer.
- [90] Mielck, A. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- [91] Diebold, M. (2016). Hindernisse für sozial benachteiligte Gruppen bei der Nutzung des Gesundheitssystems der Schweiz. In SRK (Ed.), *Privileg Gesundheit? Zugang für alle!* (pp. 59–80). Zürich: Seismo Verlag.
- [92] VicHealth (2015). *About Fair Foundations and promoting health equity. A resource to support Fair Foundations: The VicHealth framework for health equity*. Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation.
- [93] Kawachi, I., Subramanian, S. V. & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities (Glossary). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647–653. Retrieved from http://go.galegroup.com.proxy.lib.utk.edu:90/ps/i.do?id=GALE%7CA90984956&v=2.1&u=tel_a_utl&it=r&p=AONE&sw=w&authCount=1
- [94] Halfon, N., Inkelas, M. & Hochstein, M. (2000). The health development organization: an organizational approach to achieving child health development. *Milbank Quarterly*, 78(3), 341,447-497.
- [95] Kapilashrami, A. & Hankivsky, O. (2018). Intersectionality and why it matters to global health. www.thelancet.com *Soc Psychiatry Psychiatri Epidemiol*, 46, 2589–2591. doi:10.1016/S0140-6736(18)31431-4
- [96] Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Policies. *The University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167. doi:10.1525/sp.2007.54.1.23.
- [97] Community Development and Health Network (n.d.). *What are health inequalities? Community Development and Health Network*. Retrieved from <https://www.cdhn.org/factsheets>
- [98] Ministry of Health – Manatu Haoura (2018). *Health and Independence Report 2017. The Director-General of Health's Annual Report on the State of Public Health*. Retrieved from <https://www.health.govt.nz/publication/health-and-independence-report-2016>
- [99] OFSP (2018). *Égalité des chances en matière de santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique. Retrieved from https://www.g2020-info.admin.ch/fr/create-pdf/?project_id=36

- [100] OFSP (2016). *Plan de mesures de la Stratégie nationale Addictions 2017-2024*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- [101] Weber, M. (2018). Strategie Sucht: Schwerpunkt gesundheitliche Chancengleichheit. *Suchtmagazin*, 44(5), 29–31.
- [102] Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- [103] Desmond, M. & Emirbayer, M. (2016). *Race in America*. New York, London: W.W. Norton & Company.
- [104] Marmot, M. (2017). Inclusion health: Addressing the causes of the causes. *The Lancet*, 391, 186–188. doi:10.1016/S0140-6736(17)32848-9
- [105] Olstad, D. L., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. & Ball, K. (2016). Can policy ameliorate socioeconomic inequities in obesity and obesity-related behaviours? A systematic review of the impact of universal policies on adults and children. *Obes Rev*, 17(12), 1198–1217. doi:10.1111/obr.12457
- [106] Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., ... Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*, 18(7), 791–807. doi:10.1111/obr.12546
- [107] Spence, J. C., Holt, N. L., Dutove, J. K. & Carson, V. (2010). Uptake and effectiveness of the Children's Fitness Tax Credit in Canada: the rich get richer. *BMC Public Health*, 10, 356. doi:10.1186/1471-2458-10-356
- [108] Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), 43. doi:10.1186/s12966-018-0676-2
- [109] Abeykoon, A. H., Engler-Stringer, R. & Muhajarine, N. (2017). Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public health nutrition*, 20(12), 2236–2248. doi:10.1017/S1368980017000933
- [110] Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health promotion international*, 30 Suppl 2, ii18–9. doi:10.1093/heapro/dav022
- [111] Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5), 265–272. doi:10.1016/j.ypmed.2013.02.023
- [112] Gittelsohn, J. & Trude, A. (2017). Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings. *Nutr Rev*, 75(suppl 1), 62–69. doi:10.1093/nutrit/nuw038
- [113] Smith, M., Hosking, J., Woodward, A., Witten, K., MacMillan, A., Field, A., ... Mackie, H. (2017). Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport – an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 158. doi:10.1186/s12966-017-0613-9
- [114] Baker, P. R. A., Francis, D. P., Soares, J., Weightman, A. L. & Foster, C. (2015). Community wide interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD008366-CD008366. doi:10.1002/14651858.CD008366.pub3
- [115] Laws, R., Campbell, K. J., van der Pligt, P., Russell, G., Ball, K., Lynch, J., ... Denney-Wilson, E. (2014). The impact of interventions to prevent obesity or improve obesity related behaviours in children (0–5 years) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 779. doi:10.1186/1471-2458-14-779
- [116] Towner, E. K., Clifford, L. M., McCullough, M. B., Stough, C. O. & Stark, L. J. (2016). Treating Obesity in Preschoolers: A Review and Recommendations for Addressing Critical Gaps. *Pediatric clinics of North America*, 63(3), 481–510. doi:10.1016/j.pcl.2016.02.005

- [117] Wijtzes, A. I., van de Gaar, V. M., van Grieken, A., de Kroon, M. L. A., Mackenbach, J. P., van Lenthe, F. J., ... Raat, H. (2017). Effectiveness of interventions to improve lifestyle behaviors among socially disadvantaged children in Europe. *European journal of public health, 27*(2), 240–247. doi:10.1093/eurpub/ckw136
- [118] Ewart-Pierce, E., Mejia Ruiz, M. J. & Gittelsohn, J. (2016). «Whole-of-Community» Obesity Prevention: A Review of Challenges and Opportunities in Multilevel, Multicomponent Interventions. *Curr Obes Rep, 5*(3), 361–374. doi:10.1007/s13679-016-0226-7
- [119] Robinson, L. E., Webster, E. K., Whitt-Glover, M. C., Ceaser, T. G. & Alhassan, S. (2014). Effectiveness of pre-school- and school-based interventions to impact weight-related behaviours in African American children and youth: a literature review. *Obesity Reviews, 15*(S4), 5–25. doi:doi:10.1111/obr.12208
- [120] Hillier-Brown, F. C., Bambra, C. L., Cairns, J.-M., Kasim, A., Moore, H. J. & Summerbell, C. D. (2014). A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal level interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children. *BMC Public Health, 14*, 834. doi:10.1186/1471-2458-14-834
- [121] Moore, G. F., Littlecott, H. J., Turley, R., Waters, E. & Murphy, S. (2015). Socioeconomic gradients in the effects of universal school-based health behaviour interventions: a systematic review of intervention studies. *BMC Public Health, 15*, 907. doi:10.1186/s12889-015-2244-x
- [122] Kornet-van der Aa, D. A., Altenburg, T. M., van Randerad-van der Zee, C. H. & Chinapaw, M. J. M. (2017). The effectiveness and promising strategies of obesity prevention and treatment programmes among adolescents from disadvantaged backgrounds: a systematic review. *Obes Rev, 18*(5), 581–593. doi:10.1111/obr.12519
- [123] Lubans, D. R., Morgan, P. J., Aguiar, E. J. & Callister, R. (2011). Randomized controlled trial of the Physical Activity Leaders (PALs) program for adolescent boys from disadvantaged secondary schools. *Prev Med, 52*(3–4), 239–246. doi:10.1016/j.ypmed.2011.01.009
- [124] Bull, E. R., Dombrowski, S. U., McCleary, N. & Johnston, M. (2014). Are interventions for low-income groups effective in changing healthy eating, physical activity and smoking behaviours? A systematic review and meta-analysis. *BMJ open, 4*(11), e006046. doi:10.1136/bmjopen-2014-006046
- [125] Wadden, T. A., West, D. S., Neiberg, R. H., Wing, R. R., Ryan, D. H., Johnson, K. C., ... Vitolins, M. Z. (2009). One-year weight losses in the Look AHEAD study: factors associated with success. *Obesity (Silver Spring), 17*(4), 713–722. doi:10.1038/oby.2008.637
- [126] Harvey, J. R. & Ogden, D. E. (2014). Obesity treatment in disadvantaged population groups: where do we stand and what can we do? *Prev Med, 68*, 71–75. doi:10.1016/j.ypmed.2014.05.015
- [127] Cleland, V., Granados, A., Crawford, D., Winzenberg, T. & Ball, K. (2013). Effectiveness of interventions to promote physical activity among socioeconomically disadvantaged women: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews, 14*(3), 197–212. doi:10.1111/j.1467-789X.2012.01058.x
- [128] Taylor, W. C., Baranowski, T. & Young, D. R. (1998). Physical activity interventions in low-income, ethnic minority, and populations with disability. *American Journal of Preventive Medicine, 15*(4), 334–343.
- [129] Cairns, J.-M., Bambra, C., Hillier-Brown, F. C., Moore, H. J. & Summerbell, C. D. (2015). Weighing up the evidence: a systematic review of the effectiveness of workplace interventions to tackle socioeconomic inequalities in obesity. *Journal of public health (Oxford, England), 37*(4), 659–670. doi:10.1093/pubmed/fdu077
- [130] Mendoza-Vasconez, A. S., Linke, S., Munoz, M., Pekmezi, D., Ainsworth, C., Cano, M., ... Larsen, B. A. (2016). Promoting Physical Activity among Underserved Populations. *Current sports medicine reports, 15*(4), 290–297. doi:10.1249/JSR.0000000000000276
- [131] Sullivan, A. N. & Lachman, M. E. (2016). Behavior Change with Fitness Technology in Sedentary Adults: A Review of the Evidence for Increasing Physical Activity. *Front Public Health, 4*, 289. doi:10.3389/fpubh.2016.00289
- [132] Lood, Q., Haggblom-Kronlof, G. & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res, 15*, 560. doi:10.1186/s12913-015-1222-4

- [133] Baxter, S., Johnson, M., Payne, N., Buckley-Woods, H., Blank, L., Hock, E., ... Goyder, E. (2016). Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 12. doi:10.1186/s12966-016-0336-3
- [134] Muellmann, S., Forberger, S., Mollers, T., Broring, E., Zeeb, H. & Pischke, C. R. (2018). Effectiveness of eHealth interventions for the promotion of physical activity in older adults: A systematic review. *Prev Med*, 108, 93–110. doi:10.1016/j.ypmed.2017.12.026
- [135] Poulsen, T., Elkjaer, E., Vass, M., Hendriksen, C. & Avlund, K. (2007). Promoting physical activity in older adults by education of home visitors. *Eur J Ageing*, 4(3), 115–124. doi:10.1007/s10433-007-0057-1
- [136] Lehne, G. & Bolte, G. (2017). Impact of universal interventions on social inequalities in physical activity among older adults: an equity-focused systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 20. doi:10.1186/s12966-017-0472-4
- [137] Joseph, R. P. & Maddock, J. E. (2016). Observational Park-based physical activity studies: A systematic review of the literature. *Prev Med*, 89, 257–277. doi:10.1016/j.ypmed.2016.06.016
- [138] Lupton, B. S., Fonnebo, V. & Sogaard, A. J. (2003). The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis? *Scand J Public Health*, 31(3), 178–186. doi:10.1080/14034940210134077
- [139] Brown, W. J., Mummery, K., Eakin, E. & Schofield, G. (2006). 10,000 Steps Rockhampton: evaluation of a whole community approach to improving population levels of physical activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(1), 1–14.
- [140] Allison, R., Bird, E. L. & McClean, S. (2017). Is Team Sport the Key to Getting Everybody Active, Every Day? A Systematic Review of Physical Activity Interventions Aimed at Increasing Girls' Participation in Team Sport. *AIMS public health*, 4(2), 202–220. doi:10.3934/publichealth.2017.2.202
- [141] Robertson, C., Archibald, D., Avenell, A., Douglas, F., Hoddinott, P., van Teijlingen, E., ... Fowler, C. (2014). Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men. *Health Technol Assess*, 18(35), v–vi, xxiii–xxix, 1–424. doi:10.3310/hta18350
- [142] Böttorff, J. L., Seaton, C. L., Johnson, S. T., Caperchione, C. M., Oliffe, J. L., More, K., ... Tillotson, S. M. (2015). An Updated Review of Interventions that Include Promotion of Physical Activity for Adult Men. *Sports Med*, 45(6), 775–800. doi:10.1007/s40279-014-0286-3
- [143] Kessler, C. & Bürgi, F. (2016). *Faktenblatt Epidemiologie. Gender-disaggregierte Daten zur Gesundheit von älteren Frauen und Männern in der Schweiz*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [144] Kessler, C. & Bürgi, F. (2016). *Guide «Comment atteindre les hommes de 65 ans et plus?» Tenir compte du genre dans la promotion de la santé des personnes âgées. Collecte d'expériences pratiques à l'attention des professionnel-le-s*. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [145] Tovar, A., Renzaho, A. M. N., Guerrero, A. D., Mena, N. & Ayala, G. X. (2014). A Systematic Review of Obesity Prevention Intervention Studies among Immigrant Populations in the US. *Curr Obes Rep*, 3, 206–222. doi:10.1007/s13679-014-0101-3
- [146] Nierkens, V., Hartman, M. A., Nicolaou, M., Vissenberg, C., Beune, E. J. A. J., Hosper, K., ... Stronks, K. (2013). Effectiveness of cultural adaptations of interventions aimed at smoking cessation, diet, and/or physical activity in ethnic minorities. A systematic review. *PLoS ONE*, 8(10), e73373–e73373. doi:10.1371/journal.pone.0073373
- [147] Bennett, G. G., Steinberg, D. M., Stoute, C., Lanpher, M., Lane, I., Askew, S., ... Baskin, M. L. (2014). Electronic health (eHealth) interventions for weight management among racial/ethnic minority adults: a systematic review. *Obesity Reviews*, 15 Suppl 4, 146–158. doi:10.1111/obr.12218
- [148] Marcus, B. H., Hartman, S. J., Larsen, B. A., Pekmezi, D., Dunsiger, S. I., Linke, S., ... Rojas, C. (2016). Pasos Hacia La Salud: a randomized controlled trial of an internet-delivered physical activity intervention for Latinas. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 62. doi:10.1186/s12966-016-0385-7
- [149] Kaya, B. (2014). Migration et information sur la santé. Revue de littérature. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.

- [150] Mosdol, A., Lidal, I. B., Straumann, G. H. & Vist, G. E. (2017). Targeted mass media interventions promoting healthy behaviours to reduce risk of non-communicable diseases in adult, ethnic minorities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD011683-CD011683. doi:10.1002/14651858.CD011683.pub2
- [151] Attwood, S., van Sluijs, E. & Sutton, S. (2016). Exploring equity in primary-care-based physical activity interventions using PROGRESS-Plus: a systematic review and evidence synthesis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 60. doi:10.1186/s12966-016-0384-8
- [152] VanKim, N. A., Austin, S. B., Jun, H.-J. & Corliss, H. L. (2017). Physical Activity and Sedentary Behaviors Among Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women: Findings from the Nurses' Health Study II. *Journal of women's health (2002)*, 26(10), 1077–1085. doi:10.1089/jwh.2017.6389
- [153] National LGBT Health Education Center (2018). *Addressing Eating Disorders, Body Dissatisfaction, and Obesity Among Sexual and Gender Minority Youth*. National LGBT Health Education Center. A Program of the Fenway Institute. Retrieved from <https://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/2018/04/EatingDisordersBodyImageBrief.pdf>
- [154] McElroy, J. A., Haynes, S. G., Eliason, M. J., Wood, S. F., Gilbert, T., Barker, L. T. & Minnis, A. M. (2016). Healthy Weight in Lesbian and Bisexual Women Aged 40 and Older: An Effective Intervention in 10 Cities Using Tailored Approaches. *Womens Health Issues*, 26 Suppl 1, S18–35. doi:10.1016/j.whi.2016.05.002
- [155] Elliott, I. (2016). *Poverty and mental health: a review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy*. London: Mental Health Foundation.
- [156] Guruge, S., Wang, A. Z. Y., Jayasuriya-Illesinghe, V. & Sidani, S. (2017). Knowing so much, yet knowing so little: a scoping review of interventions that address the stigma of mental illness in the Canadian context. *Psychology, health & medicine*, 22(5), 507–523. doi:10.1080/13548506.2016.1191655
- [157] Woodhall-Melnik, J. R. & Dunn, J. R. (2016). A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. *Housing Studies*, 31(3), 287–304. doi:10.1080/02673037.2015.1080816
- [158] Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P. & Parkkonen, J. (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(5), 505–514. doi:10.1007/s00127-017-1370-4
- [159] WHO (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789?sequence=1>
- [160] Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R. W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., ... Hewett, N. (2017). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(17)31959-1
- [161] Yoshikawa, H., Whipps, M. D. M. & Rojas, N. M. (2017). Commentary: New Directions in Developmentally Informed Intervention Research for Vulnerable Populations. *Child development*, 88(2), 459–465. doi:10.1111/cdev.12736
- [162] Johnson, S. (2017). Social interventions in mental health: a call to action. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(3), 245–247. doi:10.1007/s00127-017-1360-6
- [163] Marshall, A. (2016). Suicide Prevention Interventions for Sexual & Gender Minority Youth: An Unmet Need. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 89(2), 205–213.
- [164] Morrison, J., Pikhart, H., Ruiz, M. & Goldblatt, P. (2014). Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*, 14, 1040. doi:10.1186/1471-2458-14-1040
- [165] Komro, K. A., Tobler, A. L., Delisle, A. L., O'Mara, R. J. & Wagenaar, A. C. (2013). Beyond the clinic: improving child health through evidence-based community development. *BMC pediatrics*, 13, 172. doi:10.1186/1471-2431-13-172
- [166] Kim, B. K., Gloppen, K. M., Rhew, I. C., Oesterle, S. & Hawkins, J. D. (2015). Effects of the communities that care prevention system on youth reports of protective factors. *Preventive Science*, 16(5), 652–662. doi:10.1007/s11121-014-0524-9
- [167] Welsh, J., Strazdins, L., Ford, L., Friel, S., O'Rourke, K., Carbone, S. & Carlon, L. (2015). Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. *Health promotion international*, 30 Suppl 2, ii36–76. doi:10.1093/heapro/dav053

- [168] Hawkins, J. D., Brown, E. C., Oesterle, S., Arthur, M. W., Abbott, R. D. & Catalano, R. F. (2008). Early effects of Communities That Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health, 43*(1), 15–22. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.01.022
- [169] Oesterle, S., Kuklinski, M. R., Hawkins, J. D., Skinner, M. L., Guttmanova, K. & Rhew, I. C. (2018). Long-Term Effects of the Communities That Care Trial on Substance Use, Antisocial Behavior, and Violence Through Age 21 Years. *American Journal of Public Health, 108*(5), 659–665. doi:10.2105/ajph.2018.304320
- [170] Mitchell, R. J., Richardson, E. A., Shortt, N. K. & Pearce, J. R. (2015). Neighborhood Environments and Socioeconomic Inequalities in Mental Well-Being. *American Journal of Preventive Medicine, 49*(1), 80–84. doi:10.1016/j.amepre.2015.01.017
- [171] Barlow, J., Bergman, H., Kornor, H., Wei, Y. & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8), Cd003680. doi:10.1002/14651858.CD003680.pub3
- [172] Allen, J., Balfour, R., Bell, R. & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry, 26*(4), 392–407. doi:10.3109/09540261.2014.928270
- [173] Reyno, S. M. & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems--a meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry, 47*(1), 99–111. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x
- [174] Robinson, G., Zubrick, S. R., Silburn, S., Tyler, W., Jones, Y., D'Aprano, A., ... Stock, C. (2009). *Let's start: Exploring together. An early intervention program for Northern Territory children and families. Final evaluation report*. Darwin: School for Social and Policy Research, Institute of Advanced Studies, Charles Darwin University.
- [175] Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., ... Wiggers, J. (2017). Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 56*(10), 813–824. doi:10.1016/j.jaac.2017.07.780
- [176] Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development, 82*(1), 405–432. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x
- [177] Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M. D., Ben, J. & Gravesteyn, C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools, 49*(9), 892–909.
- [178] Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A. & Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child development, 88*(4), 1156–1171. doi:10.1111/cdev.12864
- [179] Zenner, C., Herrleben-Kurz, S. & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools – a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol, 5*, 603. doi:10.3389/fpsyg.2014.00603
- [180] Salerno, J. P. (2016). Effectiveness of Universal School-Based Mental Health Awareness Programs Among Youth in the United States: A Systematic Review. *The Journal of school health, 86*(12), 922–931. doi:10.1111/josh.12461
- [181] Salam, R. A., Das, J. K., Lassi, Z. S. & Bhutta, Z. A. (2016). Adolescent Health Interventions: Conclusions, Evidence Gaps, and Research Priorities. *Journal of Adolescent Health, 59*(4S), S88–S92. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.05.006
- [182] Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* World Health Organization.
- [183] Perrino, T., Pantin, H., Prado, G., Huang, S., Brincks, A., Howe, G., ... Brown, C. H. (2014). Preventing internalizing symptoms among Hispanic adolescents: a synthesis across Familias Unidas trials. *Prevention Science, 15*(6), 917–928. doi:10.1007/s11121-013-0448-9
- [184] MacDonell, K. W. & Prinz, R. J. (2017). A Review of Technology-Based Youth and Family-Focused Interventions. *Clinical child and family psychology review, 20*(2), 185–200. doi:10.1007/s10567-016-0218-x

- [185] Ramsey, A. T. & Montgomery, K. (2014). Technology-based interventions in social work practice: a systematic review of mental health interventions. *Social work in health care*, 53(9), 883–899. doi:10.1080/00981389.2014.925531
- [186] Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch [Zugriff: Oktober 2015].
- [187] Schäffler, H., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2013). *Soziale Teilhabe. Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- [188] Forsman, A. K., Nordmyr, J. & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health promotion international*, 26 Suppl 1, i85-107. doi:10.1093/heapro/dar074
- [189] Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 77(5), 1061–1072.
- [190] OFSP (2008). *Rapport d'approfondissement Genre et santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- [191] Franklin, C., Kim, J. S., Beretvas, T. S., Zhang, A., Guz, S., Park, S., ... Maynard, B. R. (2017). The Effectiveness of Psychosocial Interventions Delivered by Teachers in Schools: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical child and family psychology review*, 20(3), 333–350. doi:10.1007/s10567-017-0235-4
- [192] Schlichthorst, M., King, K., Turnure, J., Sukunesan, S., Phelps, A. & Pirkis, J. (2018). Influencing the Conversation About Masculinity and Suicide: Evaluation of the Man Up Multimedia Campaign Using Twitter Data. *JMIR Ment Health*, 5(1), e14. doi:10.2196/mental.9120
- [193] BZgA (2009). *Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung und Prävention*. Gesundheitsförderung konkret (Band 10). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- [194] Yasui, M., Pottick, K. J. & Chen, Y. (2017). Conceptualizing Culturally Infused Engagement and Its Measurement for Ethnic Minority and Immigrant Children and Families. *Clinical child and family psychology review*, 20(3), 250–332. doi:10.1007/s10567-017-0229-2
- [195] Sibinga, E. M., Webb, L., Ghazarian, S. R. & Ellen, J. M. (2016). School-Based Mindfulness Instruction: An RCT. *Pediatrics*, 137(1). doi:10.1542/peds.2015-2532
- [196] Roth, B. & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: findings from a bilingual inner-city patient population. *Psychosom Med*, 66(1), 113–123.
- [197] Brown-Iannuzzi, J. L., Adair, K. C., Payne, B. K., Richman, L. S. & Fredrickson, B. L. (2014). Discrimination hurts, but mindfulness may help: Trait mindfulness moderates the relationship between perceived discrimination and depressive symptoms. *Pers Individ Dif*, 56. doi:10.1016/j.paid.2013.09.015
- [198] Graham, J. R., West, L. M. & Roemer, L. (2013). The experience of racism and anxiety symptoms in an African-American sample: Moderating effects of trait mindfulness. *Mindfulness*, 4(4), 332–341.
- [199] Kaya, B. (2018). *Compétences en matière de santé. Relation patient - professionnel de santé et accès à l'information relative à la santé. Étude soutenue par l'Office fédéral de la santé publique OFSP*. Wabern: Croix-Rouge suisse.
- [200] Plöderl, M. & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 367–385. doi:10.3109/09540261.2015.1083949
- [201] Hatzenbuehler, M. L. & Keyes, K. M. (2013). Inclusive Anti-Bullying Policies and Reduced Risk of Suicide Attempts in Lesbian and Gay Youth. *The Journal of Adolescent Health*, 53(1 0), S21–S26. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.08.010
- [202] Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M. & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2275–2281. doi:10.2105/ajph.2008.153510
- [203] PREOS (2011). *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé. État des lieux et recommandations*. Lausanne: Groupe santé, PREOS prévenir le rejet basé sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre chez les jeunes.

- [204] Saewyc, E. M., Konishi, C., Rose, H. A. & Homma, Y. (2014). School-Based Strategies to Reduce Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Discrimination among Sexual Minority and Heterosexual Adolescents in Western Canada. *International Journal of Child, Youth & Family Studies*, 5(1), 89–112.
- [205] Craig, S. L. & Austin, A. (2016). The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review*, 64, 136–144.
- [206] Smith, N. G., Hart, T. A., Kidwai, A., Vernon, J. R. G., Blais, M. & Adam, B. (2017). Results of a Pilot Study to Ameliorate Psychological and Behavioral Outcomes of Minority Stress Among Young Gay and Bisexual Men. *Behav Ther*, 48(5), 664–677. doi:10.1016/j.beth.2017.03.005
- [207] Wilkerson, J. M., Schick, V. R., Romijnders, K. A., Bauldry, J. & Butame, S. A. (2017). Social Support, Depression, Self-Esteem, and Coping Among LGBTQ Adolescents Participating in Hatch Youth. *Health Promot Pract*, 18(3), 358–365. doi:10.1177/1524839916654461
- [208] Wang, J., Hausermann, M., Berrut, S. & Weiss, M. G. (2013). The impact of a depression awareness campaign on mental health literacy and mental morbidity among gay men. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 306–312. doi:10.1016/j.jad.2013.04.011
- [209] White Hughto, J. M., Reisner, S. L. & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222–231. doi:10.1016/j.socscimed.2015.11.010
- [210] Goldbach, J. T., Rhoades, H., Green, D., Fulginiti, A. & Marshal, M. P. (2018). Is There a Need for LGBT-Specific Suicide Crisis Services? *Crisis*, 1–6. doi:10.1027/0227-5910/a000542
- [211] Heck, N. C., Mirabito, L. A., LeMaire, K., Livingston, N. A. & Flentje, A. (2017). Omitted data in randomized controlled trials for anxiety and depression: A systematic review of the inclusion of sexual orientation and gender identity. *J Consult Clin Psychol*, 85(1), 72–76. doi:10.1037/ccp0000123
- [212] Vijayaraghavan, M., Schroeder, S. A. & Kushel, M. (2016). The effectiveness of tobacco control policies on vulnerable populations in the USA: a review. *Postgrad Med J*. doi:10.1136/postgradmedj-2014-133193
- [213] Choi, K., Hennrikus, D., Forster, J. & St Claire, A. W. (2012). Use of price-minimizing strategies by smokers and their effects on subsequent smoking behaviors. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(7), 864–870. doi:10.1093/ntr/ntr300
- [214] WHO (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva: World Health Organization.
- [215] Etter, J. F., Ritter, C., Christie, D. H., Kunz, M., Rieder, J. P., Humair, J. P., ... Elger, B. (2012). Implementation and impact of anti-smoking interventions in three prisons in the absence of appropriate legislation. *Prev Med*, 55(5), 475–481. doi:10.1016/j.ypmed.2012.08.010
- [216] Ritter, C., Elger, B., Kunz, M. & Etter, J.-F. (2012). *Less Smoking and More Health in Prisons. Swiss Tobacco Control Fund grant Nr 08.002295. Final Report*. Basel, Switzerland. Retrieved from https://www.tpf.admin.ch/tpf/de/home/tpf-projekt-datenbank/projekt-datenbank-exturl.html/aHR0cDovL3d3dy5iYWwtYW53LmFkbWluLmNoLzlwMTZfdGFnbG/FiLzlwMTZfdHBmL3BvcnRhbF9kZS5waHA_bGFuZz1kZS5pZD03/NSZjcT0yMDA0OzlwMTc7MDs7Ozs7.html
- [217] Hammond, D., Thrasher, J., Reid, J. L., Driezen, P., Boudreau, C. & Santillan, E. A. (2012). Perceived effectiveness of pictorial health warnings among Mexican youth and adults: a population-level intervention with potential to reduce tobacco-related inequities. *Cancer Causes Control*, 23 Suppl 1, 57–67. doi:10.1007/s10552-012-9902-4
- [218] Mead, E. L., Cohen, J. E., Kennedy, C. E., Gallo, J. & Latkin, C. A. (2015). The role of theory-driven graphic warning labels in motivation to quit: a qualitative study on perceptions from low-income, urban smokers. *BMC Public Health*, 15, 92. doi:10.1186/s12889-015-1438-6
- [219] Amos, A., Brown, T. & Platt, S. (2013). *A systematic review of the effectiveness of policies and interventions to reduce socio-economic inequalities in smoking among adults*. Edinburgh: Centre for Population Health Science, University of Edinburgh.

- [220] OFSP (2017). *Loi sur les produits du tabac (pré-impression non officielle de l'OFSP)*, 08.12.2017. Berne: Office fédéral de la santé publique. Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-zur-tabakpraevention/tabakpolitik-schweiz/entwurf-tabakproduktegesetz.html>
- [221] Niederdeppe, J., Kuang, X., Crock, B. & Skelton, A. (2008). Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Social Science & Medicine*, 67(9), 1343–1355. doi:10.1016/j.socsci-med.2008.06.037
- [222] Hill, S., Amos, A., Clifford, D. & Platt, S. (2014). Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tob Control*, 23(e2), e89–97. doi:10.1136/tobacco-control-2013-051110
- [223] De Jong, C. A., Goodair, C., Crome, I., Jokubonis, D., El-Guebaly, N., Dom, G., ... Schoof, T. (2016). Substance Misuse Education for Physicians: Why Older People are Important. *Yale J Biol Med*, 89(1), 97–103.
- [224] Cornuz, J., Jacot Sadowski, I. & Humair, J.-P. (2015). *Ärztliche Rauchstoppperatung. Die Dokumentation für die Praxis. Projekt FREI VON TABAK, Nationales Rauchstopp-Programm*. Bern. Retrieved from <https://www.freivontabak.ch/index.php/de/das-projekt/unterlagen/manual>
- [225] Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Porter, J., Coleman, T., Perlen, S. M., Thomas, J. & McKenzie, J. E. (2017). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Cd001055. doi:10.1002/14651858.CD001055.pub5
- [226] Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Oliver, S., Caird, J. R., Perlen, S. M., Eades, S. J. & Thomas, J. (2013). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), Cd001055. doi:10.1002/14651858.CD001055.pub4
- [227] Herbec, A., Brown, J., Tombor, I., Michie, S. & West, R. (2014). Pilot randomized controlled trial of an internet-based smoking cessation intervention for pregnant smokers ('MumsQuit'). *Drug Alcohol Depend*, 140, 130–136. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.04.010
- [228] Brown, J., Michie, S., Geraghty, A. W., Yardley, L., Gardner, B., Shahab, L., ... West, R. (2014). Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*, 2(12), 997–1006. doi:10.1016/s2213-2600(14)70195-x
- [229] Rowa-Dewar, N., Lumsdaine, C. & Amos, A. (2015). Protecting children from smoke exposure in disadvantaged homes. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(4), 496–501. doi:10.1093/ntr/ntu217
- [230] Streja, L., Crespi, C. M., Bastani, R., Wong, G. C., Jones, C. A., Bernert, J. T., ... Berman, B. A. (2014). Can a minimal intervention reduce secondhand smoke exposure among children with asthma from low income minority families? Results of a randomized trial. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(2), 256–264. doi:10.1007/s10903-012-9713-4
- [231] Rees, V. W., Keske, R. R., Blaine, K., Aronstein, D., Gandelman, E., Lora, V., ... Geller, A. C. (2014). Factors influencing adoption of and adherence to indoor smoking bans among health disparity communities. *American Journal of Public Health*, 104(10), 1928–1934. doi:10.2105/ajph.2013.301735
- [232] Gould, G. S., Lim, L. L. & Mattes, J. (2017). Prevention and Treatment of Smoking and Tobacco Use During Pregnancy in Selected Indigenous Communities in High-Income Countries of the United States, Canada, Australia, and New Zealand: An Evidence-Based Review. *Chest*, 152(4), 853–866. doi:10.1016/j.chest.2017.06.033
- [233] Coleman, T., Chamberlain, C., Davey, M., Cooper, S. E. & Leonardi-Bee, J. (2012). Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- [234] Thomas, R. E., McLellan, J. & Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(5), 1616–2040.

- [235] Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R. F., Hill, K. G. & Abbott, R. D. (2005). Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: long-term effects from the Seattle Social Development Project. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159(1), 25–31. doi:10.1001/archpedi.159.1.25
- [236] Sussman, S. & Sun, P. (2009). Youth tobacco use cessation: 2008 update. *Tob Induc Dis*, 5, 3. doi:10.1186/1617-9625-5-3
- [237] Towns, S., DiFranza, J. R., Jayasuriya, G., Marshall, T. & Shah, S. (2017). Smoking Cessation in Adolescents: targeted approaches that work. *Paediatr Respir Rev*, 22, 11–22. doi:10.1016/j.prrv.2015.06.001
- [238] Bryant, J., Bonevski, B., Paul, C., McElduff, P. & Attia, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction*, 106(9), 1568–1585. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03467.x
- [239] Lifson, A. R. & Lando, H. A. (2012). Smoking and HIV: prevalence, health risks, and cessation strategies. *Curr HIV/AIDS Rep*, 9(3), 223–230. doi:10.1007/s11904-012-0121-0
- [240] Carson, K. V., Brinn, M. P., Peters, M., Veale, A., Esterman, A. J. & Smith, B. J. (2012). Interventions for smoking cessation in Indigenous populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, Cd009046. doi:10.1002/14651858.CD009046.pub2
- [241] Wilson, A., Guillaumier, A., George, J., Denham, A. & Bonevski, B. (2017). A systematic narrative review of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups (2010–2017). *Expert Rev Respir Med*, 11(8), 617–630. doi:10.1080/17476348.2017.1340836
- [242] DiGiacomo, M., Davidson, P. M., Abbott, P. A., Davison, J., Moore, L. & Thompson, S. C. (2011). Smoking cessation in indigenous populations of Australia, New Zealand, Canada, and the United States: elements of effective interventions. *Int J Environ Res Public Health*, 8(2), 388–410. doi:10.3390/ijerph8020388
- [243] Guignard, R., Nguyen-Thanh, V., Delmer, O., Lenormand, M. C., Blanchoz, J. M. & Arwidson, P. (2018). Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique: synthèse de la littérature. *Santé Publique*, 30(1), 45–60. doi:10.3917/spub.181.0045
- [244] Hiscock, R., Murray, S., Brose, L. S., McEwen, A., Bee, J. L., Dobbie, F. & Bauld, L. (2013). Behavioural therapy for smoking cessation: the effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers. *Addictive Behaviors*, 38(11), 2787–2796. doi:10.1016/j.addbeh.2013.07.010
- [245] Twyman, L., Bonevski, B., Paul, C. & Bryant, J. (2014). Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ open*, 4(12), e006414. doi:10.1136/bmjopen-2014-006414
- [246] Smith, P. M., Spadoni, M. M. & Proper, V. M. (2014). Abuse and smoking cessation in clinical practice. *Journal of clinical nursing*, 23(3–4), 361–366. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04219.x
- [247] Carr, A. B. & Ebbert, J. (2012). Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6), Cd005084. doi:10.1002/14651858.CD005084.pub3
- [248] Brose, L. S., McEwen, A., Michie, S., West, R., Chew, X. Y. & Lorencatto, F. (2015). Treatment manuals, training and successful provision of stop smoking behavioural support. *Behav Res Ther*, 71, 34–39. doi:10.1016/j.brat.2015.05.013
- [249] Hamilton, F. L., Laverty, A. A., Huckvale, K., Car, J., Majeed, A. & Millett, C. (2016). Financial Incentives and Inequalities in Smoking Cessation Interventions in Primary Care: Before-and-After Study. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(3), 341–350. doi:10.1093/ntr/ntv107
- [250] Nagelhout, G. E., Hummel, K., Willemsen, M. C., Siahpush, M., Kunst, A. E., de Vries, H., ... van den Putte, B. (2014). Are there income differences in the impact of a national reimbursement policy for smoking cessation treatment and accompanying media attention? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. *Drug Alcohol Depend*, 140, 183–190. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.04.012
- [251] Civiljak, M., Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Sheikh, A. & Car, J. (2013). Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7), Cd007078. doi:10.1002/14651858.CD007078.pub4

- [252] Shahab, L., Brown, J., Gardner, B. & Smith, S. G. (2014). Seeking health information and support online: does it differ as a function of engagement in risky health behaviors? Evidence from the health information national trends survey. *Journal of Medical Internet Research*, 16(11), e253. doi:10.2196/jmir.3368
- [253] Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Borland, R., Rodgers, A. & Gu, Y. (2012). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, Cd006611. doi:10.1002/14651858.CD006611.pub3
- [254] Stanczyk, N., Bolman, C., van Adrichem, M., Candel, M., Muris, J. & de Vries, H. (2014). Comparison of text and video computer-tailored interventions for smoking cessation: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e69. doi:10.2196/jmir.3016
- [255] Chen, Y. F., Madan, J., Welton, N., Yahaya, I., Aveyard, P., Bauld, L., ... Munafo, M. R. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technology Assessment*, 16(38), 1–205, iii–v. doi:10.3310/hta16380
- [256] Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A. & Munafo, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248, 107–123. doi:10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x
- [257] Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Perera, R. & Lancaster, T. (2013). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), Cd002850. doi:10.1002/14651858.CD002850.pub3
- [258] Taylor, A. H., Thompson, T. P., Greaves, C. J., Taylor, R. S., Green, C., Warren, F. C., ... West, R. (2014). A pilot randomised trial to assess the methods and procedures for evaluating the clinical effectiveness and cost-effectiveness of Exercise Assisted Reduction then Stop (EARS) among disadvantaged smokers. *Health Technology Assessment*, 18(4), 1–324. doi:10.3310/hta18040
- [259] Hall, W., Gartner, C. & Forlini, C. (2015). Ethical issues raised by a ban on the sale of electronic nicotine devices. *Addiction*, 110(7), 1061–1067. doi:10.1111/add.12898
- [260] Tsoi, D. T., Porwal, M. & Webster, A. C. (2013). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), Cd007253. doi:10.1002/14651858.CD007253.pub3
- [261] Dunn, K. E., Saulsgiver, K. A. & Sigmon, S. C. (2011). Contingency management for behavior change: applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients. *Exp Clin Psychopharmacol*, 19(1), 20–30. doi:10.1037/a0022039
- [262] Mantzari, E., Vogt, F., Shemilt, I., Wei, Y., Higgins, J. P. & Marteau, T. M. (2015). Personal financial incentives for changing habitual health-related behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med*, 75, 75–85. doi:10.1016/j.ypmed.2015.03.001
- [263] Chen, D. & Wu, L. T. (2015). Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 154, 14–24. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.06.004
- [264] Schnoz, D., Salis Gross, C., Grubenmann, D. & Uchtenhagen, A. (2006). *Alter und Sucht. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Im Auftrag der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM)*. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- [265] Whitaker, C., Stevelink, S. & Fear, N. (2017). The Use of Facebook in Recruiting Participants for Health Research Purposes: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), e290. doi:10.2196/jmir.7071
- [266] Bayly, M., Scollo, M. M. & Wakefield, M. A. (2018). Who uses rollies? Trends in product offerings, price and use of roll-your-own tobacco in Australia. *Tob Control*. doi:10.1136/tobaccocontrol-2018-054334
- [267] Rothwell, L., Britton, J. & Bogdanovica, I. (2015). The relation between cigarette price and hand-rolling tobacco consumption in the UK: an ecological study. *BMJ open*, 5(6), e007697. doi:10.1136/bmjopen-2015-007697
- [268] Thomas, R. E., McLellan, J. & Perera, R. (2015). Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 5(3), e006976. doi:10.1136/bmjopen-2014-006976

- [269] Pfister, A. (2014). Gender- und Diversity-Check suchtpräventiver Angebote. *Suchtmagazin* (5), 10–13. doi:<http://doi.org/10.5281/zenodo.997227>
- [270] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin* (3&4), 26–29.
- [271] Baskerville, N. B., Dash, D., Shuh, A., Wong, K., Abramowicz, A., Yessis, J. & Kennedy, R. D. (2017). Tobacco use cessation interventions for lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth and young adults: A scoping review. *Prev Med Rep*, 6, 53–62. doi:10.1016/j.pmedr.2017.02.004
- [272] Berger, I. & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking Cessation Programs for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex People: A Content-Based Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1408–1417. doi:10.1093/ntr/ntw216
- [273] Ortiz, K. S., Duncan, D. T., Blosnich, J. R., Salloum, R. G. & Battle, J. (2015). Smoking Among Sexual Minorities: Are There Racial Differences? *Nicotine & Tobacco Research*, 17(11), 1362–1368. doi:10.1093/ntr/ntv001
- [274] Walls, N. E. & Wisneski, H. (2010). Evaluation of smoking cessation classes for the lesbian, gay, bisexual, and transgender community. *Journal of Social Service Research*, 37(1), 99–111.
- [275] Eliason, M. J., Dibble, S. L., Gordon, R. & Soliz, G. B. (2012). The last drag: an evaluation of an LGBT-specific smoking intervention. *J Homosex*, 59(6), 864–878. doi:10.1080/00918369.2012.694770
- [276] Dickson-Spillmann, M., Sullivan, R., Zahno, B. & Schaub, M. P. (2014). Queer quit: a pilot study of a smoking cessation programme tailored to gay men. *BMC Public Health*, 14, 126. doi:10.1186/1471-2458-14-126
- [277] Pfister, A. (2015). Vergessene queere Jugend. *Suchtmagazin* (2), 14–17. doi:<https://doi.org/10.5281/zenodo.997229>
- [278] Hatzenbuehler, M. L., Wieringa, N. F. & Keyes, K. M. (2011). Community-level determinants of tobacco use disparities in lesbian, gay, and bisexual youth: results from a population-based study. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165(6), 527–532. doi:10.1001/archpediatrics.2011.64
- [279] Schaub, M. (2014). *Schlussbericht für Tabakpräventionsprojekte und -programme. Queer Quit Nachfolge-studie*. Bern: Tabakpräventionsfonds. Retrieved from <https://www.tpf.admin.ch/tpf/de/home/tpf-projekt-datenbank/projekt-datenbank.html>
- [280] Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2009). *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz – Grundlagen und Empfehlungen*. Herzogenbuchsee: Public Health Services.
- [281] Roder, U., Paz Castro, R. & Salis Gross, C. (2019). *Ansätze und Erfolgskriterien zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit mit benachteiligten Bevölkerungsgruppen*. Bern: Public Health Services.
- [282] Pospiech, S., Amler, M. & Kilian, H. (2017). *Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung*. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.
- [283] Pega, F. (2013). *The effect of anti-poverty and in-work tax credits for families on self-rated health in parents in New Zealand. A cohort study of 6,900 participants of the Survey of Family, Income and Employment*. University of Otago, New Zealand.
- [284] Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8th ed.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- [285] Schori, D. (2014). *Social inequality in health and social differences in health behaviours in young Swiss adults*. Universität Bern.
- [286] König, M. & Galgano, L. (2013). *Diversität in der Suchtarbeit. Leitlinien zum Umgang mit der Vielfalt der KlientInnen. Allgemeiner Teil*. Bern: INFODROG.
- [287] Abel, T. & Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine*, 74, 236–44.
- [288] Marshall, D. (2010). Popular culture, the 'victim' trope and queer youth analytics. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 23(1), 65–85.
- [289] Bryan, A. & Mayock, P. (2017). Supporting LGBT Lives? Complicating the suicide consensus in LGBT mental health research. *Sexualities*, 20(1–2), 65–85.

- [290] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). Principes et définitions. In M. Blaser & F. T. Amstad (Eds.), *La santé psychique au cours de la vie. Rapport de base* (pp. 15–20). Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- [291] Kickbusch, I. & Maag, D. (2008). Health Literacy. In K. Heggenhougen & S. Quah (Eds.), *International Encyclopedia of Public Health. Volume 3* (pp. 204–211). San Diego: Academic Press.
- [292] Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G. & Pelikan, J. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- [293] Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.

Promotion Santé Suisse
Wankdorffallee 5
CH-3014 Berne
Tél. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch
www.promotionsante.ch

Office fédéral de la santé publique
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Berne
Tél. +41 58 464 20 74
healthequity@bag.admin.ch
www.miges.admin.ch

Conférence des directrices et
directeurs cantonaux de la santé
Haus der Kantone, Speichergasse 6
Case postale, CH-3001 Berne
Tél. +41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch, www.gdk-cds.ch