

Version courte pour la pratique

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

Approches éprouvées et critères de réussite

Avril 2020



Éditeurs



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera



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

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

Responsables du projet

Sabina Hösli, OFSP
Dominik Weber, PSCH

Conception et rédaction

Dominik Weber, PSCH
Sabina Hösli, OFSP
En collaboration avec advocacy ag

Citation

Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention. Approches éprouvées et critères de réussite. Version courte pour la pratique*. Berne: OFSP, PSCH, CDS.

Date de publication

Avril 2020

Crédit photographique page de titre

shutterstock.com

Numéro de commande

316.606.FR/www.publicationsfederales.admin.ch

Versions linguistiques

Cette publication est également disponible en allemand et en italien (numéros de commande 316.606.DE et 316.606.IT).

Version numérique

Les différentes versions linguistiques sont téléchargeables au format PDF aux adresses: www.promotionsante.ch/publications et www.miges.admin.ch

Publication de référence

Weber (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.

À propos de cette publication

Bien que les chances d'être en bonne santé soient réparties de manière inégale au sein de la population, certaines approches se sont révélées efficaces pour remédier à cette situation. Des efforts supplémentaires de la part des acteurs de la santé et la collaboration des différents domaines politiques sont toutefois nécessaires pour que toutes les personnes vivant en Suisse bénéficient dans la mesure du possible de chances égales.

Se fondant sur la littérature spécialisée et sur des mesures évaluées, Promotion Santé Suisse (PSCH), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) ont rassemblé les connaissances disponibles dans un même rapport de référence, qui montre

- comment les disparités sociales influent sur la santé;
- quelles approches permettent d'améliorer l'égalité des chances en santé;
- quels critères issus de la pratique jouent souvent un rôle déterminant dans la réussite des interventions mises en œuvre.

Destinée à la pratique, la présente publication offre une synthèse des principaux résultats du rapport de référence et entend

- aider les responsables de stratégies et de mise en œuvre au sein des offices fédéraux, des cantons, des communes et des organisations non gouvernementales (ONG) à concevoir et à développer des interventions garantissant l'égalité des chances;
- servir d'outil pour les personnes qui soumettent ou évaluent des demandes de projets dans le cadre de fonds de soutien;
- inciter les acteurs de la santé à engager le dialogue avec d'autres domaines politiques afin de partager leurs connaissances.

La structure de la publication s'articule autour de cinq questions essentielles pour développer des offres garantissant l'égalité des chances:

1. Pourquoi s'engager activement?
2. Où intervenir?
3. Quels sont les groupes cibles?
4. Quelles approches ont fait leurs preuves?
5. Comment concevoir des mesures?

À titre de lecture complémentaire, nous vous renvoyons au rapport de référence *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse. Définitions, introduction théorique, recommandations pratiques* (Weber 2020), sur lequel est fondé le présent document. Les renvois aux sections correspondantes du rapport sont indiqués comme suit:
(→ cf. rapport de référence, NUMÉRO DE PAGE)

Table des matières

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Pourquoi s'engager activement? | 5 |
| 1.1 | Les désavantages sociaux sont néfastes à la santé | 5 |
| 1.2 | L'iniquité en santé concerne toute la société | 5 |
| 1.3 | Nécessité d'un engagement accru de la pratique | 5 |
| 1.4 | Notions importantes | 5 |
| 2 | Où intervenir? | 6 |
| 2.1 | À l'origine: les désavantages sociaux | 6 |
| 2.2 | Responsabilité individuelle et sociétale | 6 |
| 2.3 | Deux niveaux d'intervention | 6 |
| 3 | Quels sont les groupes cibles? | 8 |
| 3.1 | La vulnérabilité en santé est due à plusieurs causes | 8 |
| 3.2 | Prise en compte des désavantages multiples | 8 |
| 3.3 | Analyse précise des groupes cibles | 8 |
| 4 | Quelles approches ont fait leurs preuves? | 10 |
| 4.1 | Prise en compte des approches éprouvées | 10 |
| 4.2 | Objectif principal: l'empowerment | 10 |
| 4.3 | Recommandations dans trois domaines | 10 |
| 4.4 | Exemples pratiques en Suisse | 10 |
| 5 | Comment concevoir des mesures? | 14 |
| 6 | Outils et littérature complémentaire | 16 |
| 6.1 | Services d'information/plateformes en ligne | 16 |
| 6.2 | Littérature | 16 |

1 Pourquoi s'engager activement?

1.1 Les désavantages sociaux sont néfastes à la santé

La Suisse compte elle aussi des catégories de population qui sont plus souvent malades, souffrent plus souvent d'atteintes à leur santé et décèdent plus tôt que d'autres. Ces disparités sanitaires sont grandes et tendent même parfois à s'aggraver. Elles ne sont dues ni au hasard ni à des causes biologiques et suivent au contraire des schémas sociaux bien définis: plus une personne est socialement défavorisée (faible position sociale), plus elle risque de souffrir de maladies, d'être atteinte dans sa santé et de mourir précocement. Ainsi, à Berne, les personnes habitant dans un quartier à faibles revenus vivent en moyenne cinq années de moins que les résidents des quartiers aisés.

Ces disparités sont le reflet de privilèges et de désavantages sociaux, ce qui les rend potentiellement évitables et, partant, aussi injustes. Les différences dans la santé qui résultent d'une inégalité sociale sont appelées «iniquités en santé» tout au long du présent document.

1.2 L'iniquité en santé concerne toute la société

La santé est un bien particulier qui permet aux individus d'agir et de mener une vie satisfaisante. Aussi les iniquités en santé sont-elles particulièrement lourdes à porter pour les personnes concernées. Elles vont en outre à l'encontre des valeurs et des principes fondamentaux de la Suisse, mettent en péril la cohésion sociale et font gonfler inutilement les coûts. Dans la perspective de la cohésion sociale et de la prospérité économique, nous sommes exhortés à nous engager en faveur d'une plus grande égalité des chances en santé.

1.3 Nécessité d'un engagement accru de la pratique

La Suisse est consciente de cette problématique: sur le modèle de la «Stratégie de la santé pour tous» de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS),

la Confédération et les cantons ont inscrit l'amélioration de l'égalité des chances en santé dans les objectifs de nombreuses stratégies (Santé2030, Stratégie Prévention des maladies non transmissibles, Stratégie Addictions, etc.). Un grand nombre de mesures ont déjà été mises en œuvre, en particulier en faveur des migrants défavorisés.

Des efforts supplémentaires sont toutefois nécessaires: il importe en particulier de systématiser la planification et la mise en œuvre des interventions et d'élargir les groupes cibles à d'autres cercles de personnes socialement défavorisées.

Le point positif est que, grâce aux mesures évaluées, nous disposons aujourd'hui de plusieurs approches et critères de réussite permettant de mettre en place des offres de promotion de la santé et de prévention qui garantissent l'*égalité des chances*.

1.4 Notions importantes

Les disparités en santé sont désignées sous le nom d'**inégalités en santé** (*health inequalities*) car elles ont des causes biologiques ou sont acceptées volontairement par les individus. À l'inverse, les différences qui sont déterminées par des facteurs sociaux et sont évitables sont appelées **iniquités en santé** (*health inequities*).

L'**égalité des chances en santé** est un objectif fondamental de la politique sanitaire, qui vise à ce que toutes les personnes disposent des mêmes possibilités d'amélioration, de préservation et de rétablissement de leur santé.

L'**équité en santé** est un principe opérationnel de mise en œuvre qui consiste à créer les conditions permettant à toutes les personnes de mener une vie en bonne santé.

En bref: l'égalité des chances en santé est l'objectif à atteindre, l'équité en santé le moyen d'y parvenir.

(→ cf. rapport de référence, p. 11–30)

2 Où intervenir?

2.1 À l'origine: les désavantages sociaux

L'iniquité en santé est un problème social et le fruit d'un long processus dans lequel les fondements d'une société ainsi que la répartition des ressources et des contraintes jouent un rôle déterminant. Aussi les personnes socialement défavorisées ne sont-elles souvent pas en mesure de contrôler ni d'influencer les causes de leurs désavantages.

L'illustration à la page suivante présente un modèle expliquant en quatre étapes la genèse de l'iniquité en santé:

1. Le contexte sociétal (c'est-à-dire la politique économique, sociale et sanitaire ainsi que les normes et les valeurs) détermine la place d'un individu 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.

(→ cf. rapport de référence, p. 34–39)

2.2 Responsabilité individuelle et sociétale

Primordiale également dans les questions sanitaires, la responsabilité individuelle peut être renforcée en incitant les personnes à prendre des décisions favorables à leur santé. Parallèlement, comme le montre le modèle explicatif (voir page suivante), il faut reconnaître que les possibilités dont dispose un individu pour préserver sa santé sont marquées par ses conditions de vie au niveau social 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. Il importe également de créer les conditions nécessaires pour que toute personne puisse être et rester en bonne santé.

(→ cf. rapport de référence, p. 56–57)

2.3 Deux niveaux d'intervention

Dans le cadre de leur rôle, de leur mandat et de leurs possibilités, les acteurs disposent de deux niveaux d'intervention pour augmenter l'égalité des chances en santé:

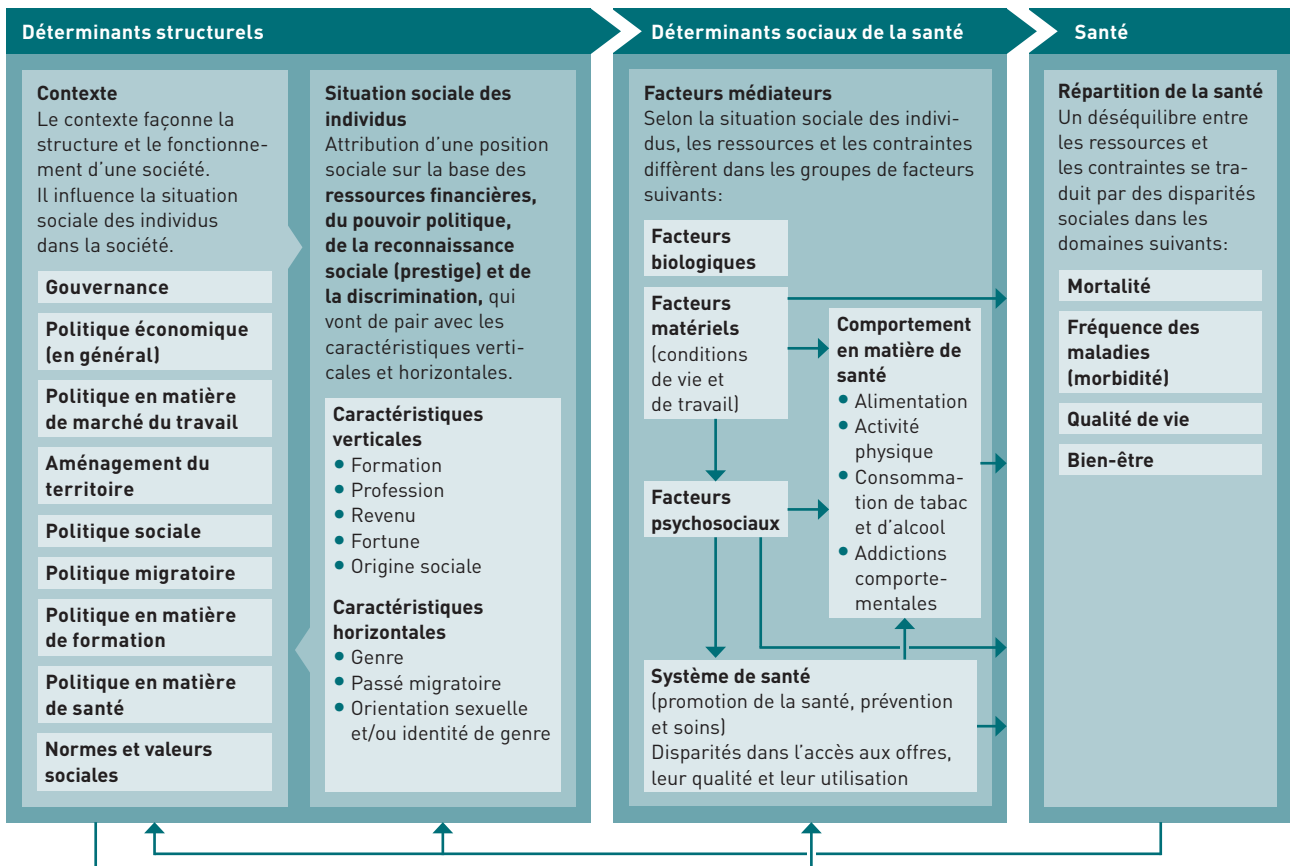
- les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire les conditions de vie et de travail concrètes, et
- les déterminants structurels, c'est-à-dire les facteurs qui influent sur ces conditions (à savoir le contexte sociétal et la situation sociale).

Les mesures qui ciblent les déterminants sociaux de la santé aident à réduire les contraintes des groupes de population défavorisés et à renforcer les ressources de ces derniers.

Les mesures qui agissent au niveau structurel visent à atténuer les inégalités et désavantages sociaux.

(→ cf. rapport de référence, p. 40)

ILLUSTRATION: MODÈLE EXPLICATIF DES INÉQUITÉS 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). Graphique propre basé sur CSDH (2008) et Mielck (2000).

3 Quels sont les groupes cibles?

3.1 La vulnérabilité en santé est due à plusieurs causes

Différentes raisons peuvent expliquer pourquoi une personne tombe plus souvent malade ou décède de manière précoce. D'une part, la santé est déterminée par des facteurs individuels: ainsi, une maladie ou un handicap préexistant, une grossesse, un âge avancé ou un parent souffrant d'addiction peuvent augmenter la vulnérabilité.

D'autre part, les chances en santé peuvent être limitées en raison d'un désavantage social (voir modèle explicatif). En d'autres termes, l'*environnement social* exerce une influence négative sur la santé de certains groupes de population en restreignant leur accès aux ressources matérielles, sociales et culturelles. En Suisse, les caractéristiques suivantes sont en particulier associées à un désavantage social:

- le statut socio-économique, à savoir la formation, le statut professionnel, le revenu et la fortune;
- le genre;
- le passé migratoire;
- l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre (communauté LGBTI).

Les approches visant à garantir l'égalité des chances présentées ci-après se concentrent par conséquent sur les *groupes de population socialement défavorisés*.

(→ cf. rapport de référence, p. 21–23)

3.2 Prise en compte des désavantages multiples

En pratique, ces facteurs individuels et ces caractéristiques constitutives de désavantages n'agissent pas de manière isolée. Bien au contraire, c'est généralement leur interaction qui aggrave les désavantages sociaux et les problèmes de santé: plus une personne cumule de caractéristiques constitutives de désavantages et de facteurs individuels négatifs, plus sa santé est mauvaise et moins elle a de possibilité et de capacité à gérer une maladie.

Tel est par exemple le cas d'une personne ne possédant aucun diplôme reconnu, vivant seule avec son enfant et ayant un statut de séjour en Suisse précaire.

(→ cf. rapport de référence, p. 42)

3.3 Analyse précise des groupes cibles

Des données sanitaires épidémiologiques complétées d'expériences pratiques et de réflexions théoriques fournissent de premiers éléments pour définir le groupe cible d'une mesure. Elles mettent en évidence les groupes de population qui présentent un risque accru de contracter une maladie et/ou d'adopter un comportement néfaste pour la santé.

Deux points sont toutefois à noter:

1. Étant donné qu'un risque élevé de maladie ou de comportement néfaste pour la santé n'est souvent pas à imputer à une seule cause, il convient d'accorder une attention particulière aux interactions entre les caractéristiques consécutives de désavantages sociaux (et les facteurs individuels). Comme mentionné précédemment, ces interdépendances sont essentielles pour définir les groupes cibles.
2. Si les données sanitaires identifient un risque accru de maladie ou de comportement néfaste pour la santé dans certains groupes de population (p. ex. «*certaines catégories de migrants sont plus souvent touchées par des maladies*»), elles ne sont généralement pas en mesure de l'expliquer.

Des analyses approfondies sont par conséquent nécessaires pour déterminer les causes réelles d'un risque de maladie élevé. Dans l'exemple de la population migrante, il peut s'agir d'un manque de connaissance d'une langue nationale, d'une intégration économique et sociale insuffisante et/ou d'un statut de séjour précaire, autant de facteurs qui peuvent tous être associés à un passé migratoire.

Les questions directrices suivantes peuvent orienter ces analyses complémentaires:

- Quelles contraintes en santé sont associées aux caractéristiques des groupes de population défavorisés?

P. ex. conditions de vie et de travail néfastes pour la santé, stigmatisation ou difficultés à accéder au système de soins.

- Quelles ressources en santé sont présentes ou absentes chez ces groupes?

P. ex. réseau social solide, compétences en santé, réceptivité aux offres de promotion de la santé et de prévention.

La description des groupes cibles et l'analyse des contraintes et des ressources concrètes permettent d'identifier un besoin d'agir spécifique et de déterminer des priorités pour les mesures.

(→ cf. rapport de référence, p. 50–55)

4 Quelles approches ont fait leurs preuves?

4.1 Prise en compte des approches éprouvées

Une série d'approches se sont révélées efficaces pour améliorer les chances en santé des personnes qui sont socialement défavorisées en raison de leur statut socio-économique, de leur sexe, de leur passé migratoire, de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre et qui présentent un risque accru de contracter une maladie. Les listes suivantes permettront aux différents acteurs de développer leurs propres approches à partir de bases éprouvées.

4.2 Objectif principal: l'empowerment

Le renforcement des ressources des personnes socialement défavorisées (*empowerment*) est au cœur des interventions visant à garantir l'égalité des chances.

Cette approche doit permettre aux personnes de mieux contrôler les facteurs qui déterminent leur santé. Ou comme l'écrit l'OMS: l'objectif principal de la promotion de la santé et de la prévention est de «donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé» (OMS Europe 1986, p. 2).

Un engagement contre les inégalités sociales en matière de santé ne s'oppose ainsi pas à l'idéal libéral de liberté et de responsabilité individuelles, mais permet de créer les conditions nécessaires à une capacité d'action autonome.

(→ cf. rapport de référence, p. 24)

4.3 Recommandations dans trois domaines

Les pages suivantes présentent des approches ayant fait l'objet d'évaluations et de méta-analyses qui se sont révélées efficaces pour promouvoir l'égalité des chances en santé dans les domaines suivants:

- l'alimentation et l'activité physique;
- la santé psychique;
- les addictions (prévention du tabagisme¹).

Ces listes ne prétendent pas à l'exhaustivité. Le fait qu'une approche connue ne soit pas mentionnée ne veut pas nécessairement dire qu'elle est inefficace mais signifie plutôt qu'il n'existe pas encore d'étude attestant de son efficacité.

Les approches sont ici résumées sous forme de mots-clés; pour des informations complémentaires, nous vous renvoyons au rapport de référence.

4.4 Exemples pratiques en Suisse

Les approches éprouvées sont complétées de mesures issues de la pratique en Suisse. L'accent est là aussi mis sur les mesures déjà évaluées. À noter que les interventions qui ont été le mieux étudiées à ce jour sont celles qui s'adressent directement aux groupes de population socialement défavorisés. En revanche, peu de données sont encore disponibles pour les mesures qui agissent sur le contexte.

(→ cf. rapport de référence, p. 58–59)

¹ Dans le domaine des addictions, l'accent a été mis sur la prévention du tabagisme pour des raisons de ressources étant donné que les mesures visant à garantir l'égalité des chances dans ce domaine ont été bien étudiées. En revanche, il existe peu de connaissances systématiques concernant ce type de mesures dans le cas d'addictions à d'autres substances (comme l'alcool) ou à des addictions comportementales. Quelques résultats de la prévention du tabagisme peuvent être transposés à la prévention dans le domaine de la consommation d'autres substances, mais seulement dans une moindre mesure aux addictions comportementales.

Approches dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique

Mesures relatives aux déterminants structurels

Objectif: réduire les inégalités et les désavantages sociaux

Politique économique (générale)

- Adaptation du prix des denrées alimentaires (hausse des prix des aliments «malsains»)
- Incitations financières en faveur d'une alimentation saine (subventions)
- Rabais et déductions fiscales pour les cours de sport destinés aux enfants de familles socio-économiquement défavorisées

Mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé

Objectif: réduire les contraintes et renforcer les ressources

Conditions de vie et de travail matérielles

- Aménagement de l'environnement (augmentation du nombre de terrains de jeu ou d'espaces verts, promotion de l'activité au quotidien grâce à des pistes cyclables et des voies piétonnes)
- Mise à disposition d'installations sportives communales
- Promotion de l'offre d'aliments sains dans les quartiers défavorisés
- Mesures structurelles dans les écoles pour encourager l'activité physique et l'alimentation (directives, stratégies et concepts)
- Élargissement de l'offre de restauration saine dans les écoles
- Augmentation des possibilités de faire des activités sportives à l'école
- Interventions spécifiques sur le lieu de travail dans le domaine de l'activité physique et de l'alimentation
- Vestiaires non genrés dans les installations sportives

Facteurs psychosociaux

- Interventions pour promouvoir le rôle de modèle des parents
- Échange autour des images corporelles standardisées

Comportement en matière de santé

- Interventions aux composantes multiples qui combinent techniques comportementales, sensibilisation et information ainsi que modification des conditions de vie
- Visites à domicile préventives par des professionnels pour sensibiliser au thème de l'activité physique
- Promotion de l'activité physique dans le cadre d'activités quotidiennes
- Campagnes et canaux d'information spécifiques au groupe cible pour sensibiliser aux thèmes de l'activité physique et de l'alimentation
- Interventions basées sur la technologie (p. ex. bracelets connectés)

Exemples pratiques suisses²

- **petits:pas:** programme de prévention précoce pour les familles en situation de vulnérabilité sociale avec des enfants de 1 à 4 ans.
- **Miges Balù:** conseils aux parents issus de la migration
- **Roundabout:** cours de danse pour les filles et les jeunes femmes
- **Mamamundo:** cours de préparation à l'accouchement destinés aux femmes issues de la migration et faisant appel à des interprètes communautaires
- **Feierabendtreff Männer 60-plus:** soirées d'information pour hommes âgés de 60 ans ou plus sur des sujets spécifiques à cet âge de la vie tels que la retraite et le couple

(→ cf. rapport de référence, p. 60–69)

² Nous mentionnons également ici des exemples pratiques qui ont une approche globale et ne se concentrent pas uniquement sur la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique.

Approches dans le domaine de la santé psychique

Mesures relatives aux déterminants structurels

Objectif: réduire les inégalités et les désavantages sociaux

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 antidiscriminatoires 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

Mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé

Objectif: réduire les contraintes et renforcer les ressources

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 employés 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

Exemples pratiques suisses

- **GLL – Das andere Schulprojekt:** projet scolaire de sensibilisation à l'orientation sexuelle et à la diversité
- **Parler peut sauver:** campagne pour une meilleure gestion des idées suicidaires
- **Être Gai Ensemble:** rencontres pour hommes homosexuels
- **Vefz Treffpunkte:** après-midis de discussion pour les personnes socialement isolées, dans ce cas des veuves
- **Les migrant-e-s âgé-e-s vivent en bonne santé:** renforcer les compétences en santé chez les personnes migrantes âgées de 65 ans et plus dans le domaine de la santé psychique

(→ cf. rapport de référence, p. 70–79)

Approches dans le domaine des addictions (prévention du tabagisme)

Mesures relatives aux déterminants structurels

Objectif: réduire les inégalités et les désavantages sociaux

Politique économique (générale)

- Restrictions de la promotion du tabac et du sponsoring
- Augmentation du prix des cigarettes et de la taxe sur le tabac
- Restrictions de la vente de tabac aux personnes mineures

Politique de la santé

- Interdiction de fumer dans les bâtiments publics, sur le lieu de travail, dans les institutions d'accueil/écoles et dans les espaces publics
- Prise en charge des coûts des traitements nicotiques de substitution
- Checklist pour la prise en compte du genre et de la diversité (pour élaborer des offres tenant compte du genre)

Normes et valeurs sociétales

- Avertissements sur les paquets de cigarettes (y compris témoignages)
- Campagnes médiatiques spécifiques au groupe cible
- Stratégies de lutte contre la discrimination des élèves LGBTI dans les écoles (directives anti-harcèlement et brutalités entre élèves [*bullying*], alliances gay-hétéro)

Mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé

Objectif: réduire les contraintes et renforcer les ressources

Conditions de vie et de travail matérielles

- Transition vers des habitations sans fumée

Facteurs psychosociaux

- Interventions psychologiques basées sur le conseil visant l'arrêt du tabac pendant la grossesse
- Promotion d'aptitudes à résoudre les problèmes
- Enseignement de techniques de relaxation
- Thématique de l'influence sociale
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Techniques motivationnelles
- Promotion de compétences socio-émotionnelles (ou compétences de vie) pendant l'enfance et l'adolescence
- Offres éducatives pour les parents et les enseignants (afin de renforcer les compétences d'enseignement et d'éducation)

Comportement en matière de santé

- Pharmacothérapie/substituts nicotiques
- Lignes stop-tabac
- *Contingency Management* (système de récompense sous forme de bons)
- Interventions basées sur la technologie (p. ex. programmes en ligne pour arrêter de fumer, mise en réseau via les médias sociaux, interventions par envoi de SMS)
- Promotion de l'activité physique

Système de santé

- Intégrer la problématique des addictions dans la formation des médecins
- Inciter les médecins à proposer davantage de consultations en faveur de l'arrêt du tabac
- Intégrer des interventions brèves dans les offres de soins existantes
- Stratégies de prévention dans les communes (en particulier la mise en réseau des acteurs à petite échelle et le développement de plans de prévention basés sur des preuves)

Exemples pratiques suisses

- **Tiryaki Kukla:** cours sur l'arrêt du tabac et sur la prévention du tabagisme dans la population issue de la migration
- **SmokeFree:** utilisation des médias de la population migrante dans le cadre de la prévention du tabagisme
- **Prévention des addictions sensible au genre et orientée vers la diversité** du service de prévention des addictions de la ville de Zurich
- **«La petite différence» – prévention des addictions attentive au genre:** court-métrage de sensibilisation
- **Femmes-Tische:** tables rondes dans un cadre informel et privé pour discuter d'éducation et de santé

(→ cf. rapport de référence, p. 80–87)

5 Comment concevoir des mesures?

La promotion de la santé et la prévention garantissant l'égalité des chances requièrent une intervention à deux niveaux: d'une part, faire en sorte que les offres existantes tiennent compte de la disparité des besoins et des conditions de vie des personnes et, d'autre part, veiller à développer des offres spécifiquement destinées aux groupes de population défavorisés. La littérature spécialisée contient de nombreux *critères de réussite* pour la planification et la mise en œuvre de telles mesures. La **liste de contrôle** ci-dessous se fonde sur le guide de bonnes pratiques dans la promotion de la santé liée à la situation sociale publié par le réseau de coopération

égalité des chances en santé (Deutscher Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit) en 2017 et a été complétée par des exemples fondés sur des preuves tirés de la littérature. Il s'agit d'une sélection de critères communs de bonnes pratiques qui ont été jugés particulièrement pertinents pour les mesures visant à garantir l'égalité des chances. Elle entend contribuer à concevoir de nouvelles mesures ou permettre de reconsidérer des offres existantes et de les adapter.

(→ cf. rapport de référence, p. 60–90)

Lien avec le groupe cible

La mesure est axée sur les groupes cibles défavorisés, leurs ressources et les contraintes liées à leur désavantage social. La situation de vie, les besoins spécifiques à l'âge, les aptitudes/ressources et les histoires personnelles du public cible sont pris en compte de manière adéquate.

Exemples:

- Tenir compte de la mobilité et/ou des capacités financières du groupe cible
- Proposer les offres dans un langage simple, exempt de jargon et, le cas échéant, dans la langue d'origine du groupe cible

Cadre, période

La mesure est mise en œuvre dans le cadre de vie des personnes cibles et/ou vise à créer des conditions d'existence favorables à leur santé. Elle a lieu à un moment opportun.

Exemples:

- Intégrer les mesures dans le cadre de vie/les réseaux sociaux de la communauté ciblée (centres religieux, associations [sportives], lieux de rencontre de la communauté, du quartier)
- Faire coïncider le moment de l'intervention avec des périodes critiques de l'existence ou causes de bouleversements telles que la scolarisation, la réinsertion professionnelle, la retraite ou le décès d'un proche

Recours à des multiplicateurs

La mesure est mise en œuvre en tenant compte des personnes (professionnels/membres du groupe cible) et des institutions qui ont accès au groupe cible ainsi que de la forme et du fond des messages à transmettre (contenus concrets ou communication des offres).

Exemples:

- Utiliser une approche fondée sur les pairs *leaders*, c'est-à-dire impliquant des personnes du groupe cible
- Faciliter l'accès aux offres grâce à des personnes de confiance comme les médecins de famille
- S'adresser au groupe cible et le motiver par l'intermédiaire de (travailleurs sociaux de) la commune

Durabilité

La mesure vise des changements durables au sein du groupe cible (renforcement des ressources et diminution des contraintes) ou dans le cadre de vie des personnes concernées (mise en place de conditions de vie favorables à la santé).

Exemples:

- Proposer des offres récurrentes avec continuité dans le personnel et le lieu
 - Établir des contacts entre les professionnels des soins de base et le groupe cible
-

 Facilité d'accès

La mesure est à bas seuil tant du point de vue de son organisation (heure de la journée, lieu, coût, formalités), de sa conception (adaptée aux besoins, axée sur le groupe cible) que de son accessibilité (offres de proximité, d'accompagnement, de mise en réseau).

Exemples:

- Se montrer proactif en établissant plusieurs contacts avec le groupe cible
- Proposer un soutien personnalisé ponctuel
- Combiner les mesures à un service de garde d'enfant

 Participation

Le groupe cible est intégré dans toutes les phases du développement des mesures (planification, mise en œuvre, évaluation). Lorsque nécessaire, les représentants des groupes cibles sont incités à faire part de leurs besoins et de leurs idées.

Exemples:

- Inclure des membres, des organisations et/ou des professionnels du groupe cible dans le développement et l'adaptation de mesures
- Mettre l'accent sur les activités interactives, qui demandent une participation active

 Empowerment du groupe cible

En tenant compte des conditions générales et des possibilités du groupe cible, la mesure permet aux individus et aux groupes d'améliorer leurs compétences en santé individuelles en vue de prendre des décisions favorables à leur bien-être et de créer un cadre de vie propice à leur santé.

Exemples:

- Développer des aptitudes concrètes: cuisine, stratégies de communication et de gestion des problèmes, rédaction d'un dossier de candidature, fixation d'objectifs, etc.
- Fournir des outils pour apprendre à trouver des informations fiables et à porter un regard critique sur les informations.
- Orienter les mesures sur la motivation et l'*empowerment*, p. ex. avec une approche centrée sur l'individu

 Compétences des professionnels

Les professionnels et les multiplicateurs doivent disposer des compétences nécessaires pour mettre en œuvre les mesures.

Exemples:

- Lors de la mise en œuvre, faire appel à des professionnels ou à des non-professionnels qualifiés au bénéfice d'une formation spécifique
- Développer les compétences des personnes chargées de la mise en œuvre

 Mesures multisectorielles, mise en réseau

La mesure veille à la mise en réseau et à l'intégration des niveaux d'approche (déterminants structurels et déterminants sociaux de la santé), des secteurs (p. ex. santé, formation, aménagement du territoire), des professionnels (p. ex. travailleurs sociaux, médecins de famille, spécialistes en intégration), des échelons politiques (p. ex. canton, commune, quartier) et les ressources (p. ex. moyens financiers, *know how*, approches spécialisées). Le but est de garantir l'harmonisation des objectifs poursuivis par les différents acteurs, l'échange d'informations et la complémentarité des ressources.

Exemples:

- Combiner mesures comportementales et structurelles, p. ex. aménagement de l'environnement et promotion de l'activité physique
- Mettre clairement en évidence les interdépendances entre différents thèmes tels que l'alimentation, l'activité physique et la consommation de médias, et conjuguer différentes approches
- Promouvoir la bonne collaboration entre le système de santé et le système social

 Documentation et évaluation

La mise en œuvre est documentée et évaluée afin de vérifier que la mesure atteint les groupes cibles, est adaptée à leurs besoins, améliore leurs chances en santé et n'aggrave pas les iniquités sanitaires. Des mesures supplémentaires peuvent être engagées à partir des connaissances fondées sur les preuves (portant sur l'efficacité des interventions).

6 Outils et littérature complémentaire

6.1 Services d'information / plateformes en ligne

- Critères de qualité généraux pour les projets et les programmes de promotion de la santé: www.quint-essenz.ch
- migesplus – Portail pour l'égalité des chances en matière de santé: www.migesplus.ch

6.2 Littérature

Bases

- Bachmann, N. & Neuhaus, M. (2010). *Quatrième rapport sur la santé dans le Canton de Berne. Inégalités des chances en santé*. Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du Canton de Berne.
- Bodenmann P., Jackson Y. & Wolff H. (2018). *Vulnérabilités, équité et santé*. Chêne-Bourg: RMS Médecine & Hygiène.
- Chatelard S., Vaucher P., Wolff H., Bischoff T., Herzig L., Panese F., Vu F., Burnand B. & Bodenmann P. (2012). Le médecin face aux inégalités sociales de santé: quel pouvoir d'action? *Revue Médicale Suisse*, 8, pp. 1061-1066.
- 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.
- Marmot, M. (2015). *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- OFSP (2018). *Egalité des chances et santé: chiffres et données pour la Suisse*. Berne: Office fédéral de la santé.
- 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.
- 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.
- Weber (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.
- WHO Europe (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
- WHO Europe (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: World Health Organization.

Recommandations, bonnes pratiques, critères de réussite

- Bülent K. & Efiionayi-Mäder, D. (2008). *Population migrante: prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets*. Berne: OFSP.
- Maier L. & Salis Gross, C. (2015). *Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Synthesenbericht der Expertengruppe*. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Pospiech, S., Amler, M. & Kilian, H. (2017). *Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung*. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.
- Promotion Santé Suisse (2020). *Check-list égalité des chances en matière de santé*. Berne: Promotion Santé Suisse.
- Spini, D., Pin le Corre, S. & Klaase, H. S. (2016). Santé psychique et inégalités sociales. In M. Blasler & F. T. Amstad (Eds.), *La santé psychique au cours de la vie. Rapport de base*. (pp. 31-41). Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.