

# Innov8



Approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et s'assurer qu'ils  
**ne laissent personne de côté**



# Innov8



Approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et s'assurer qu'ils  
**ne laissent personne de côté**

## Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Innov8 : guide technique / Bureau régional de la Méditerranée orientale

p.

Édition anglaise au Genève 2016 (ISBN 978-92-4-151139-1)

(ISBN 978-92-4-069688-4) (en ligne)

1. Programmes nationaux de santé 2. Priorités en santé 3. Équité en santé 4. Facteurs socioéconomiques

5. Identité de genre 6. Précis I. Titre II. Bureau régional de la Méditerranée orientale

(ISBN 978-92-9022-267-5) (Classification NLM : WA 540)

(ISBN 978-92-9022-268-2) (en ligne)

## © Organisation mondiale de la Santé 2019

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BYNC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

**Citation suggérée.** Approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et ne laisser personne de côté : guide technique. Le Caire : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale ; 2019 Licence : CC BY NC SA 3.0 IGO

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

# Table des matières

|  |     |
|--|-----|
| Abréviations et acronymes .....  | 2   |
| Avant-propos .....   | 3   |
| Remerciements .....  | 4   |
| Introduction à l'approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé .....                                  | 6   |
| Vue d'ensemble de l'approche Innov8 .....  | 11  |
| Introduction aux concepts, aux principes et aux cadres appliqués .....   | 16  |
| <b>Étape 1</b> Élaborer une liste de contrôle diagnostique .....   | 31  |
| <b>Étape 2</b> Comprendre la théorie du programme .....  | 35  |
| <b>Étape 3</b> Identifier les groupes que le programme laisse de côté .....  | 59  |
| <b>Étape 4</b> Identifier les obstacles et les facteurs favorables dont les sous-populations font l'expérience ..... | 119 |
| <b>Étape 5</b> Identifier les mécanismes qui génèrent les inégalités en santé .....                                  | 139 |
| <b>Étape 6</b> Considérer l'action intersectorielle et la participation sociale comme des éléments centraux .....    | 173 |
| <b>Étape 7</b> Élaborer une proposition de révision afin de tenir compte des résultats d'examen .....                | 207 |
| <b>Étape 8</b> Renforcer la surveillance et l'évaluation .....   | 241 |
| Glossaire des principaux termes .....  | 265 |

# Abréviations et acronymes

|              |  |                 |  |
|--------------|--|-----------------|--|
| <b>CDPH</b>  | Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées               | <b>NORAD</b>    | Agence norvégienne de coopération pour le développement                                    |
| <b>CEDAW</b> | Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes | <b>ODD</b>      | Objectifs de développement durable   |
| <b>CESCR</b> | Comité des droits économiques, sociaux et culturels                                      | <b>ONU</b>      | Nations Unies  |
| <b>CIDE</b>  | Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant                             | <b>OMS</b>      | Organisation mondiale de la Santé  |
| <b>CSDH</b>  | Commission des déterminants sociaux de la santé  | <b>OMS/EURO</b> | Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe                       |
| <b>CSU</b>   | couverture sanitaire universelle   | <b>ONG</b>      | organisation non gouvernementale   |
| <b>DAAQ</b>  | Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité                                   | <b>RR</b>       | ratio relatif  |
| <b>IEC</b>   | Information, éducation et communication  | <b>PSDESC</b>   | Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels                   |
| <b>IST</b>   | infections sexuellement transmissibles   | <b>VIH/sida</b> | Infection par le virus de l'immunodéficience humaine / syndrome d'immunodéficience acquise |

# Avant-propos

Lorsque j'étais enfant, je me souviens que lors des sorties scolaires, notre maîtresse vérifiait que nous étions tous bien dans le bus en nous comptant scrupuleusement un par un avant le départ. Étonnamment, ce souvenir rappelant la nécessité de ne laisser personne de côté semble tout à fait pertinent aujourd'hui dans le monde infiniment plus complexe de la santé et du développement.

« Ne laisser personne de côté » est l'un des principes essentiels des Objectifs de développement durable (ODD). L'équité, les droits de l'homme et l'égalité entre les sexes sont au cœur de tous ces objectifs, tandis que l'ODD 3 implique la mise en place de la couverture sanitaire universelle et plaide en faveur de la santé et du bien-être à tous les âges. Pour concrétiser cette vision inclusive, nous devons veiller à ce que tous montent dans le bus des ODD, en utilisant des approches et des outils nouveaux qui vont nous permettre d'identifier puis de nous attaquer à la question de l'inégalité en santé.

Ce travail est évidemment beaucoup plus complexe que de vérifier le nombre d'enfants présents (bien que le comptage, par des enquêtes, l'enregistrement des faits d'état civil et d'autres moyens, fasse partie intégrante du processus). Nous savons que nous devons renforcer les systèmes de santé et accroître la collaboration avec les secteurs autres que celui de la santé. Mais nous ne devons pas en rester là. La mise en place d'une couverture sanitaire équitable, partout, passe par une approche transformative des défis complexes et multiples qui empêchent des millions d'hommes et de femmes de jouir de leur droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint – tel qu'il est inscrit dans la Constitution de l'OMS de 1948.

Dans ce contexte, je salue la publication en temps opportun de ce Manuel technique sur l'approche

Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et s'assurer qu'ils ne laissent personne de côté. L'approche Innov8 soutient les objectifs de développement durable et s'inscrit dans cet esprit en aidant les professionnels de santé à identifier les inégalités dans différents contextes nationaux et à les corriger en redéfinissant les programmes et les interventions en matière de santé.

Dans chaque pays, la mise en œuvre de l'approche Innov8 en huit étapes est assurée par une équipe nationale pluridisciplinaire. Celle-ci permet d'identifier les groupes qui ne bénéficient pas des programmes de santé, les obstacles auxquels ils sont confrontés et les raisons de l'existence de ces barrières, notamment les déterminants sociaux de la santé. Cette approche recommande de mettre en place une activité de suivi, des partenariats et une action intersectorielle coordonnée afin de veiller à ce que les programmes de santé concernent tout le monde, en particulier ceux qui ont été exclus et oubliés par le passé. Adaptable aux besoins variés de pays et de programmes différents, l'approche Innov8 vient en complément d'autres outils et ressources mis en place par l'OMS et les Nations Unies et permettra aux États Membres de satisfaire à leurs engagements au titre des ODD afin de veiller à ce que personne ne soit laissé de côté.

Les ODD constituent une occasion historique de mettre en place la couverture sanitaire universelle et de parvenir à une véritable équité dans l'accès aux services de santé. Toutefois, l'histoire nous a appris que les engagements que nous prenons doivent s'appuyer sur une action durable et cohérente dans l'ensemble du secteur de la santé, en coopération avec les autres secteurs concernés. L'OMS s'engage à œuvrer avec les pays sur ces actions afin d'améliorer la santé pour tous.



Dr Flavia Bustreo  
Sous-Directrice générale  
Santé de la famille, de la femme et de l'enfant  
Organisation mondiale de la Santé

# Remerciements

Le présent manuel est un document en évolution, qui reprend une approche en cours d'élaboration depuis plusieurs années. S'appuyant sur les précédentes versions du processus d'examen progressif mises en place par les États Membres (voir ci-dessous) et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, cette version évolutive de l'approche Innov8 a été élaborée sous la direction générale de Veronica Magar (Chef d'équipe pour l'Intégration d'une démarche anti-sexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits de l'homme (GER)) et d'Eugenio Villar (Coordinateur pour les déterminants sociaux de la santé (SDH)). Nous tenons à remercier Flavia Bustreo (Sous-Directrice générale, Santé de la famille, de la femme et de l'enfant, Siège de l'OMS) pour son travail d'orientation stratégique. Nous voulons également remercier Maria Neira (Directrice, Département Santé publique, environnement et déterminants sociaux de la santé) pour ses contributions.

La conceptualisation et la supervision technique d'un axe de travail Innov8 défini par le Siège de l'OMS, la demande d'évaluation de ce manuel confiée aux consultantes chiliennes (Orielle Solar et Patricia Frenz – voir paragraphe suivant) la co-rédaction du texte, la démarche de pilotage et de développement novatrice de l'approche Innov8, la supervision de l'élaboration du manuel et la coordination des réunions au niveau mondial en lien avec ce projet ont été dirigés par Theadora Koller (Fonctionnaire technique pour l'équipe Parité homme-femme, équité et droits de l'homme) et Victoria Saint (Fonctionnaire technique pour les Déterminants sociaux de la santé jusqu'en juillet 2015, puis en qualité de consultante dans le même domaine, responsable de l'approche Innov8).

Le présent Manuel technique s'appuie en grande partie sur les documents conceptualisés et proposés par le gouvernement chilien pendant la période 2008-2010, dans le cadre de la stratégie nationale pour l'équité en santé mise en place par le Chili, afin de passer en revue les programmes de santé dans le but de mieux traiter les inégalités dans ce domaine. Les consultantes chiliennes, Orielle Solar et Patricia Frenz, qui ont dirigé les travaux de conceptualisation et de rédaction de cette approche au Chili, ont été mandatées par l'OMS pour développer et appliquer le processus d'examen étape par étape à l'approche Innov8, ainsi que pour assurer un rôle de conseil et d'animation dans les phases pilotes de cette dernière version de l'approche Innov8. Notre reconnaissance toute particulière va également

à Jeanette Vega, Sanjeev Sridharan ainsi qu'à tous les membres de l'équipe de révision chilienne pour leurs contributions à la méthodologie d'examen étape par étape initiale, sur laquelle l'approche Innov8 est fondée. Nous tenons aussi à remercier Jaime Neira pour son idée concernant une itération anticipée de l'approche Innov8.

L'approche Innov8 est également le fruit des expériences menées par le ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité espagnol, qui a organisé une formation sur l'examen des programmes aux niveaux national et infranational en 2010 et 2011, en se fondant sur l'expérience chilienne et qui a élaboré un Guide méthodologique basé sur cette formation. Le gouvernement espagnol s'est aussi associé à l'OMS pour l'adaptation de la méthode d'examen étape par étape de l'équité, utilisée dans les activités du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pendant la période 2012-2015, impliquant dans la première application la Bulgarie, le Monténégro, la Serbie et l'Ex-République yougoslave de Macédoine et dans la seconde application, l'Albanie, le Kosovo (conformément à la résolution 1244 du Conseil de sécurité, 1999), la Roumanie, la Slovaquie et l'Ukraine.

Contributeur direct pour la présente version de l'approche Innov8, le gouvernement espagnol a également organisé, en partenariat avec le Siège de l'OMS et le Centre collaborateur de l'OMS pour l'inclusion sociale et la santé (Université d'Alicante) la réunion intitulée « Méthodologie pour réorienter les programmes de santé nationaux en vue d'une meilleure prise en compte de l'équité, des déterminants sociaux, de la parité homme-femme et des droits de l'homme » qui s'est tenue à Alicante, en Espagne, en juillet 2014. L'OMS tient à remercier Begona Merino, Pilar Campos, Ana Gil Luciano, Maria Santaolaya, ainsi que Daniel La Parra pour l'établissement d'un partenariat solide.

Les phases pilotes de la dernière version de l'approche Innov8 menées en 2014-2015 ont été réalisées sous la direction des homologues nommés par les gouvernements et les Bureaux des régions et des pays/territoires de l'OMS. Nous tenons tout spécialement à remercier Gita Maya Koemarasakti ainsi que Khanchit Limpakarnjanarat, Long Chhun, Rustini Floranita, Prakin Suchaxaya et Benedicte Briot (Indonésie) ; Pushpa Chaudhary, Ram Padarath Bichha, Ghan Shyam Pokhrel et Jos Vandelaer, Zainab Naimy, Meera Upadhyay, Neena Raina, Prakin Suchaxaya et Benedicte Briot (Népal) ; Mohcine

Hillali, Fatima-Zahra Mouzouni, Tarik El Ghandour et Yves Souteryand, Samira Jabal et Hala Abou-Taleb (Maroc) ; de même que Pilar Campos, Piroska Ostlin et Arta Kuli pour la coordination et la formation et les processus d'examen menés en Europe.

Nous remercions le personnel en poste actuellement ou antérieurement au sein des départements GER et SDH du Siège de l'OMS pour leurs contributions précieuses (par ordre alphabétique) : Gemma Hunting, Aleksandra Kuzmanovic, Nathalie Roebbel, Rebekah Thomas, Nicole Valentine et Joanna Vogel. Outre les membres du personnel du Bureau régional de l'OMS cités ci-dessus qui ont mené les huit applications pilotes, les points focaux régionaux de l'OMS pour la parité homme-femme, l'équité, les droits de l'homme et les déterminants sociaux de la santé et la vulnérabilité ont participé à la réunion d'Alicante en 2014 afin d'apporter leur concours à l'élaboration de l'approche Innov8 ainsi qu'à la réunion de formation et d'orientation qui s'est tenue à Manille, en avril 2016, où se sont impliquées dans les échanges qui ont permis de définir les options d'application/adaptation pour une mise en œuvre au niveau régional. Un grand nombre d'entre eux ont fait des suggestions très utiles concernant la mise en forme du contenu de ce manuel et l'axe de travail de l'approche Innov8. Nous remercions tout particulièrement les collègues des Bureaux régionaux de l'OMS (par ordre alphabétique) : Hala Abou-Taleb, Britta Baer, Anjana Bhushan, Benedicte Briot, Christine Brown, Anna Coates, Kira Fortune, Suvajee Good, Arta Kuli, Haifa Madi, Oscar Mujica, Davison Munodawafa, Aasa Nihlén, Piroska Ostlin, Hala Sakr, Yvette Seignon-Kandissounon, Prakin Suchaxaya et Isabel Jordi.

La présente version du Manuel Innov8 n'aurait pu voir le jour sans l'aide financière substantielle fournie par la subvention accordée par la NORAD et l'OMS intitulée : « Mise en œuvre opérationnelle d'une approche fondée sur les droits de l'homme, la parité homme-femme et l'équité en matière de prestation de services de santé », dont l'application a été dirigée par l'équipe en charge des questions de parité homme-femme, d'équité et des droits de l'homme (Siège de l'OMS) au cours de la période 2014-2016. Nous adressons nos sincères remerciements à Bjørg Sandkjaer et à Helga

Fogstad de la NORAD pour leur implication dans ce partenariat tout au long de ce processus. Nous voulons enfin remercier chaleureusement tous ceux qui ont apporté leurs contributions à certains composantes de ce projet.

Des contributions complémentaires ont été apportées à certaines étapes spécifiques de l'élaboration de l'axe de travail de l'approche Innov8 de l'OMS, notamment la fourniture de ressources en vue de la rédaction du Manuel ou des expérimentations particulières. Ces personnes sont intervenues à différents niveaux : en qualité de réviseurs en donnant des idées pour l'intégration de la question de la parité homme-femme ou des droits de l'homme ou bien en rédigeant des textes précis ; en faisant des suggestions en vue de l'intégration dans les cycles de planification et en faisant le lien avec le système de santé général ou des initiatives de renforcement spécifiques au niveau de chaque programme ; ou encore en formulant des commentaires sur la conception de ce Manuel dans le cadre d'un programme Innov8 plus large et d'options pour son application. Merci aux personnes citées ci-dessous pour leurs contributions (par ordre alphabétique) : Valentina Baltag, Anshu Banerjee, Genevieve Begkoyian, Heidi Betts, Carlos Carrera, Venkatraman Chandra-Mouli, Paloma Cuchi, Santiago Esaola, Isabel Constance Espinosa, David Evans, Anna Gruending, Sofia Gruskin, Ahmad Hosseinpoor, Pojana Hunchangsith, Kawselyah Juval, Sowmya Kadandale, Rajat Khosla, Usha Kiran Tarigopula, Ines Koffi, Shyama Kuruvilla, Pamela Lupton-Bowers, Uden Maharjan, Bernardo Martorell, Francis McConville, Hernan Julio Montenegro, Rosemary Morgan, Devaki Nambiar, Kumanan Rasanathan, Sundari Ravindran, Gojka Roglic, David Ross, Sherine Shawky, Alaa Shukrallah, Sarah Simpson, Anand Sivasankara Kurup, Allison Smith-Estelle, Marcus Stahlhofer et Astrid Stuckelberger.

L'OMS remercie aussi les stagiaires nommés ci-dessous, pour leur aide précieuse concernant l'axe de travail de l'approche Innov8 lancé par le Siège de l'OMS, au sein des équipes GER et SDH : Salma Abdalla, Alexander D'Elia, Sandra Gewalt, Ljiljana Lukic, Lutfi Mohd, Lottie Romero, Sophia Scrimgeour, Veronica Shiroya, Paul Stendahl Dy, Anna Wang et Halit Yapici.

#### Note concernant cette publication considérée comme un document en évolution

Le présent Manuel est un document en évolution. Il s'agit d'une version de l'approche Innov8 en cours d'élaboration depuis plusieurs années et qui se fonde sur les adaptations et les applications menées dans certains pays et sur un grand nombre de contributions techniques. L'approche Innov8 va continuer d'être affinée au fur et à

mesure que le Manuel et la méthodologie seront adaptés et appliqués de différentes manières ou que certains aspects seront développés davantage. Les commentaires concernant ce Manuel sont les bienvenus et doivent être envoyés à innov8@who.int.

# Introduction à l'approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé

L'approche Innov8 appuie la mise en œuvre de l'engagement en faveur des Objectifs de développement durable (ODD) afin de ne laisser personne de côté ainsi que de la réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle et du droit à la santé. Plus précisément, cette approche consiste à identifier des moyens de prendre des mesures programmatiques concrètes, pertinentes et fondées sur des données factuelles afin de s'attaquer aux inégalités à l'intérieur des pays. Ce manuel technique présente l'approche Innov8 qui permet d'examiner comment les programmes de santé nationaux peuvent mieux prendre en compte les différences entre les sexes, les droits de l'homme et les déterminants sociaux de la santé d'une manière qui reflète la façon dont ces thématiques se recoupent et évoluent les unes par rapport aux autres. Ce type d'examen devra être aligné sur les procédures de planification et de révision des programmes nationaux existants et intégré à celles-ci. Cette approche va dans le sens d'une réalisation progressive du droit à la santé en améliorant l'exécution des programmes, en impliquant les populations concernées dans la prise de décisions et en s'attaquant aux inégalités dans la réalisation des ODD.

Les ministères de la santé et d'autres parties prenantes impliquées dans l'exécution et la conception de programmes de santé dans tous les pays sont confrontés à la question de savoir comment veiller à ce que personne ne soit laissé de côté. Conformément à la résolution 62.14 de l'Assemblée mondiale de la santé et à la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, nombreux sont ceux qui œuvrent à la réduction des inégalités en matière d'accès aux services de santé et d'état de santé, y compris au moyen de réformes visant à mettre en place la couverture sanitaire universelle (CSU), d'une action intersectorielle renforcée, d'une participation sociale et d'une surveillance des inégalités en santé accrues. Ce Manuel vise à soutenir ces efforts. Il répond à la question concrète suivante : « comment » passer des discussions reconnaissant l'existence d'inégalités et d'autres lacunes dans la réalisation des droits de l'homme et l'égalité homme-femme à la modification effective des programmes pour relever ces défis.

Les buts de l'approche Innov8 sont les suivants :

- **Renforcer les capacités au moyen de l'apprentissage appliqué** : Utiliser les travaux programmatiques en cours de réalisation par les professionnels de santé afin de renforcer les capacités pour comprendre et appliquer les concepts et les principes clés pour s'assurer que personne ne soit laissé de côté.
- **Identifier les points d'entrée pour l'action** : Au moyen d'une analyse guidée menée par une équipe nationale d'examen composée de différentes parties prenantes, identifier les points d'entrée dans un programme de sorte à ne laisser personne de côté.
- **Changement durable, amélioration de la gouvernance et de la responsabilisation** : Améliorer les cycles de planification, de surveillance, d'examen et d'évaluation en cours ainsi que les mécanismes de responsabilisation inclus dans les programmes en intégrant des mesures visant à ne laisser personne de côté.

Les principaux utilisateurs cibles de ce Manuel sont les administrateurs des programmes de santé nationaux et le personnel aux niveaux central et infranational. Pour la réalisation de cet examen, ce manuel recommande au personnel en charge des programmes de santé de constituer une équipe pluridisciplinaire. Cette recommandation appuie les approches participatives telles que définies dans la Déclaration des Nations Unies d'entente commune sur les approches fondées sur les droits de l'homme pour la coopération au développement et de la programmation (la compréhension commune des Nations Unies) et la stratégie mondiale de l'OMS sur les services de santé intégrés et centrés sur la personne. L'équipe d'examen devrait inclure des représentants d'autres secteurs du ministère de la santé, des instituts de recherche, de la société civile et des organisations non gouvernementales (ONG) ainsi que d'autres secteurs et parties prenantes, le cas échéant. L'équipe d'examen devrait également intégrer des représentants disposant d'une expertise dans les domaines de l'équité, de l'égalité entre les sexes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé. Dans le présent guide, les tâches et les activités proposées s'adressent à cette « équipe d'examen ».

Ce manuel s'organise autour des huit étapes de la méthodologie d'examen qui sont :

- **Étape 1** : Élaborer une liste de contrôle diagnostique ;
- **Étape 2** : Comprendre la théorie du programme
- **Étape 3** : Identifier les groupes que le programme laisse de côté ;
- **Étape 4** : Identifier les obstacles et les facteurs favorables dont les sous-populations font l'expérience ;
- **Étape 5** : Identifier les mécanismes qui génèrent les inégalités en santé ;
- **Étape 6** : Considérer l'action intersectorielle et la participation sociale comme des éléments centraux ;
- **Étape 7** : Élaborer une proposition de révision afin de tenir compte des résultats de l'examen ; et
- **Étape 8** : Renforcer la surveillance et l'évaluation.

Ce manuel peut être utilisé par l'équipe d'examen comme guide à chaque étape de l'analyse. Les chapitres correspondent aux différentes étapes et comprennent les objectifs de l'étape, une bibliographie, des activités et des exemples des résultats de l'étape principale empruntés à d'autres programmes ayant fait l'objet de cet examen.

Ce manuel fait partie d'un ensemble de ressources plus large contenant le guide de formation des facilitateurs (pour des temps de renforcement des capacités aux étapes clés du processus d'examen), des aides à l'évaluation et des études de cas. Le présent manuel est un document en évolution, qui reprend une approche en cours d'élaboration depuis plusieurs années. Il a été rédigé, testé et adapté par les équipes d'examen nationales dans plusieurs régions du monde pour passer en revue différents types de programmes de santé (voir Encadré 1). La mise au point de cette approche par

l'OMS s'est appuyée sur l'expérience acquise par les pays et constitue un exemple d'échanges fructueux avec les partenaires nationaux qui ont permis l'avancement de ce projet. L'utilisation de l'approche Innov8 dans différents contextes et en lien avec une communauté de pratique permettra de continuer à affiner le concept. L'OMS souhaite vivement recevoir des commentaires sur ce manuel qui constitue un document en évolution.

La méthodologie d'examen de l'approche Innov8 peut être adaptée et appliquée dans différents scénarios. Voici des exemples d'options d'application et d'adaptation :

- Les procédures d'examen peuvent être organisées par un ministère de la santé pour un ou plusieurs programmes au niveau national et/ou infranational.
- Les procédures peuvent être facilitées par des agences internationales selon des modalités multipays (lorsqu'une organisation internationale/un partenaire international a un rôle mobilisateur et que les délégations des équipes d'examen viennent de différents pays).
- Dans certains contextes, les organisateurs souhaiteront peut-être mener des examens partiels, en s'inspirant seulement d'une ou de plusieurs étapes, mais sans finaliser la totalité du processus analytique présenté dans ce document.
- Des extraits de l'approche Innov8 peuvent être intégrés dans les procédures existantes d'examen de programmes en cours au niveau national.
- Selon le programme de santé auquel cette approche est appliquée, celle-ci pourra être utilisée parallèlement à d'autres orientations normatives de l'OMS sur ce thème de santé.

## Encadré 1 Évolution de l'approche Innov8

**Chili** : Au cours de la période 2008-2010, le ministère de la Santé du Chili a adapté les travaux du réseau de connaissances sur les problèmes prioritaires de santé publique de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, en les associant à certains éléments de théorie d'évaluation réaliste. Dans le cadre de la stratégie nationale pour l'équité en santé mise en place par le Chili, six programmes de santé ont été sélectionnés pour réorientation dans le but de mieux traiter les inégalités en santé. Ces programmes couvraient la santé cardio-vasculaire,

la santé bucco-dentaire, la santé des travailleurs, la santé génésique de la femme, la santé de l'enfant et le problème posé par les marées rouges. Le gouvernement chilien a mis en route l'élaboration d'une approche de réorientation par étapes (approche en cinq étapes de réorientation concernant l'équité dans un certain nombre de programmes de santé publique aux niveaux national et infranational). Ce travail a été accompli dans le cadre de la stratégie intitulée « 13 étapes vers l'équité » sous l'égide du ministère chilien de la Santé.

### Encadré 1 Évolution de l'approche Innov8

**Espagne :** En 2010 et 2011, le ministère espagnol de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité – conjointement avec des experts impliqués dans le processus lancé au Chili – a mis en place la formation intitulée : « Intégration d'une orientation sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé dans les stratégies, les programmes et les activités relatifs à la santé aux niveaux national, régional et local ». Cette initiative a nécessité l'application et l'adaptation de la méthodologie d'examen utilisée au Chili aux contextes national et infranational de ce pays. Cette approche a permis la révision de neuf programmes, stratégies ou ensembles d'activités nationaux, régionaux ou locaux en matière de santé, comprenant/abordant le plan stratégique national pour l'enfance et l'adolescence ; l'appel à subventions destinées à la prévention et à la lutte contre le VIH/SIDA ; la stratégie de lutte contre le cancer ; le programme visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique ; la promotion de la santé pour les migrants vulnérables ; le dépistage du cancer colorectal ; la santé des jeunes ; la prévention et la lutte contre le tabagisme ; l'éducation sanitaire en milieu scolaire et le réseau des municipalités saines.

**OMS/EURO :** En 2012 et 2013, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURO) – en collaboration avec le ministère espagnol de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité ainsi que le Centre collaborateur de l'OMS pour l'inclusion sociale et la santé (Université d'Alicante) – a apporté son soutien aux gouvernements de la Bulgarie, du Monténégro, de la Serbie et de l'Ex-République yougoslave de Macédoine pour la révision des stratégies et des programmes nationaux sur la santé de la mère et de l'enfant afin de mieux répondre aux besoins et aux droits de la population rom (la minorité ethnique la plus importante en Europe) et d'autres sous-populations victimes d'exclusion sociale. Ce processus multipays s'est appuyé sur le Guide méthodologique élaboré par le ministère espagnol de la Santé sur l'intégration de l'équité dans les stratégies, les programmes et les activités sanitaires.

**Siège de l'OMS :** En 2014-2015, les unités Genre, équité et droits humains et déterminants sociaux de la santé du Siège de l'OMS, en collaboration avec des personnes impliquées dans des projets pilotes précédents, ont mis en place la méthodologie d'examen par étapes afin de la perfectionner en vue de son application à un certain nombre de contextes/scénarios et d'une meilleure intégration de l'égalité hommes-femmes et des droits de l'homme. Ce travail a abouti à l'élaboration de l'approche Innov8 dans sa version actuelle, qui a fait l'objet de phases d'expérimentation supplémentaires (voir ci-dessous).

**Indonésie :** En 2014 et 2015, le gouvernement indonésien a co-organisé avec l'OMS un processus afin d'étudier de quelle manière les plans d'action dans le secteur de la santé maternelle et néonatale pouvaient mieux prendre en compte l'équité, l'égalité des sexes, les droits de l'homme et les déterminants sociaux de la santé. Les résultats ont été intégrés dans les plans révisés et les approches opérationnelles. Au moment de la rédaction du présent document, des travaux sont en cours pour tirer parti de la méthodologie d'examen pour la planification en continu au niveau du district.

**OMS/EURO :** En 2015, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ainsi que des experts du ministère espagnol de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité et du Siège de l'OMS ont apporté leur appui aux gouvernements d'Albanie, du Kosovo (conformément à résolution 1244 du Conseil de sécurité de 1999), de la Roumanie, de la Slovaquie et de l'Ukraine en vue de la révision des stratégies et des programmes nationaux relatifs à la santé de la mère et de l'enfant. Là encore, le processus a mis l'accent sur la population rom et d'autres sous-populations victimes d'exclusion sociale.

## Encadré 1 Évolution de l'approche Innov8

**Népal :** En 2015 (avec suivi en 2016), la Division Santé de la famille du ministère de la Santé et de la Population, avec l'appui de l'OMS et des partenaires, a appliqué la méthodologie d'examen au programme national relatif à la santé génésique de l'adolescent. Les résultats de l'examen étaient également destinés à alimenter la stratégie nationale sur la santé et le développement de l'adolescent.

**Maroc :** En 2015 (avec suivi en 2016), le Gouvernement marocain, avec l'appui de l'OMS et des partenaires, a appliqué le processus d'examen par étapes au programme national de prévention et de lutte contre le diabète, la région de Fès Boulmane (aujourd'hui Fès-Meknès) ayant été choisie comme site d'étude.

L'approche Innov8 permet aux programmes de santé de mettre en œuvre de manière opérationnelle l'engagement des ODD à ne laisser personne de côté. Elle traduit les concepts et les principes en actions concrètes au moyen d'une démarche étape par étape. Cette approche s'appuie sur des cadres historiquement plus associés à la question de l'équité en agissant sur les déterminants sociaux au sens plus large et prend en compte les principes des droits de l'homme, le renforcement des systèmes de santé et le domaine de la parité homme-femme et de la santé. L'approche Innov8 n'est pas destinée à fournir une analyse exhaustive ou exclusive à l'aide de l'une quelconque de ces approches, qui dépasse le champ d'application de cette méthodologie. Dans son objectif de soutien aux gouvernements afin de ne laisser personne de côté, l'approche Innov8 va continuer d'évoluer en fonction des applications nouvelles et évolutives dans lesquelles elle sera utilisée au cours des prochaines années. La communauté de pratique

Innov8 appuiera les activités d'apprentissage à partir de l'évolution de l'approche Innov8 et continuera de s'inspirer des domaines de l'équité, de l'égalité homme-femme, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé, entre autres.

Il convient également de noter que ce Manuel Innov8 complète plutôt qu'il ne remplace d'autres outils et processus existants et les efforts de renforcement des capacités réalisés par l'OMS et d'autres partenaires. Bien que la méthodologie décrite dans le présent document fournit un cadre pour passer en revue les programmes de santé, le contexte particulier d'un pays donné et d'un programme constituera l'élément déterminant pour définir l'outil ou l'approche le mieux adapté. En outre, il est important d'envisager cette ressource de l'OMS en association avec d'autres outils se rapportant spécifiquement à un thème de santé afin de renforcer le programme en cours d'examen, conformément au cycle de planification national.

### Lectures et ressources complémentaires

Ministerio de Salud (2010). Documento Técnico I, II, III: Serie de Documentos Técnicos del Rediseño de los Programas desde la Perspectiva de Equidad y Determinantes Sociales. Subsecretaría de Salud Pública: Santiago. [Ministère de la Santé, Chili (2010). Les documents techniques I, II et III portent sur l'appui à l'examen et à la réorientation des programmes de santé publique dans la perspective de l'équité et des déterminants sociaux de la santé. Santiago : Sous-secrétaire d'État à la santé publique.] Documents en espagnol uniquement.

Ministère espagnol de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité (2012). Guide méthodologique sur l'intégration de l'équité dans les stratégies, les programmes et les activités sanitaires. Version 1. Madrid. Disponible : [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent\\_Guia2012/docs/Methodological\\_Guide\\_Equity\\_SPAs.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf) (consulté le 17 février 2016).

OMS (2013). Intégration des déterminants sociaux de la santé et des questions d'équité dans les stratégies, les programmes et les activités relatifs à la santé : Formation à l'équité en santé en Espagne. Document de réflexion n° 9

sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85689/1/9789241505567\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85689/1/9789241505567_eng.pdf) (consulté le 18 février 2016).

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2014). Évaluation et réorientation du « Programme pour une protection active de la santé active des mères et des enfants » pour une plus grande équité en santé dans l'Ex-République yougoslave de Macédoine. Santé des Roms – série d'études de cas n° 2. Copenhague : Disponible : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/276479/Review-Programme-active-health-protection-mothers-children-greater-health-equity-en.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/276479/Review-Programme-active-health-protection-mothers-children-greater-health-equity-en.pdf) (consulté le 4 mars 2016).

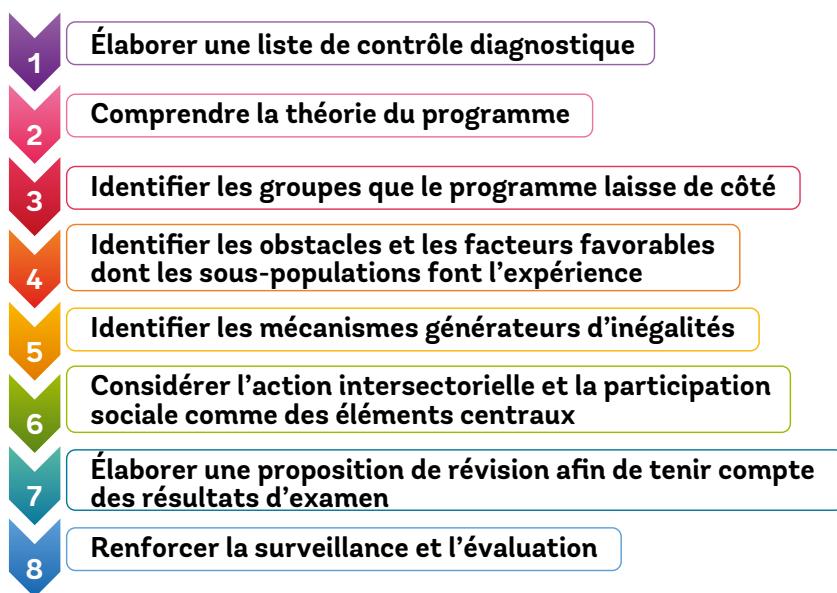
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2015). Évaluation et réorientation du programme national serbe de dépistage précoce du cancer du col de l'utérus en vue d'une meilleure équité en santé. Santé des Roms – série d'études de cas n° 3. Copenhague : Disponible à l'adresse : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/283646/WHO-Roma-Health-Case-Study\\_low\\_V7.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/283646/WHO-Roma-Health-Case-Study_low_V7.pdf) (consulté le 22 février 2016).

# Vue d'ensemble de l'approche Innov8

Dans le monde entier, les programmes de santé nationaux ont pour objectif de veiller à ce que personne ne soit laissé de côté. L'approche Innov8 vise à soutenir ces efforts. L'utilisation de cet outil permet de générer et d'appliquer des connaissances, des actions et des mécanismes en vue de mettre en place une approche durable destinée à s'attaquer aux

iniquités, à promouvoir l'inclusion de la parité homme-femme et les droits de l'homme et d'aborder les déterminants sociaux de la santé.

L'approche Innov8 comporte une série d'activités guidées et organisées en huit étapes, présentées ci-dessous.



Le processus commence par l'Étape 1, lorsque l'équipe d'examen élabore une liste de contrôle diagnostique, qui sert de base au reste de l'analyse. À l'Étape 2, la théorie du programme concerné qui explique pourquoi ce dernier est censé produire les résultats escomptés est explicitée, puis fait l'objet de tests aux Étapes 3 et 4 en ce qui concerne les groupes laissés de côté et la présence d'obstacles respectivement. L'Étape 5 étudie les mécanismes qui génèrent des inégalités dans le programme, tandis que l'Étape 6 analyse la manière de surmonter ces obstacles et de remédier à ces mécanismes, en améliorant l'action intersectorielle et la participation sociale. L'Étape 7

met l'accent sur le résultat de la proposition de révision du programme – les ajustements qui y sont apportés et la formulation d'une nouvelle théorie du programme en vue de s'attaquer aux inégalités. Ces modifications devront tenir compte des besoins des deux sexes, aborder les déterminants sociaux et être en accord avec les principes des droits de l'homme. Enfin l'Étape 8 examine comment assurer le suivi des ajustements proposés pour le programme et adapter le cadre de surveillance et d'évaluation en cours afin d'accorder une attention durable au fait qu'il ne laisse personne de côté. Vous trouverez ci-dessous une description détaillée des Étapes 1 à 8.

## LES HUIT ÉTAPES

**L'Étape 1** des 8 étapes donne le coup d'envoi du processus d'examen qui débute par la réalisation d'une liste de contrôle. Cette liste de contrôle résume les connaissances et les expériences des membres de l'équipe d'examen. Cette première phase de l'étude permet une réflexion plus approfondie dans la perspective de l'équité, de la parité homme-femme, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé sur le programme à l'étude, en fournissant à la fois une base de la situation actuelle et des contributions pour les étapes suivantes.

À l'**Étape 2**, l'équipe d'examen doit analyser les interventions et les activités actuellement élaborées et mises en œuvre par le programme. Cette étape porte spécialement sur la réalité concrète du programme plutôt que sur ses aspirations. À l'Étape 2, les membres de l'équipe élaborent un schéma de **modèle logique du programme**. Cette phase du travail permet de séquencer et de relier les activités en déterminant quels groupes sont concernés par les résultats escomptés du programme et les attentes à court, à moyen et à long terme. Le schéma du modèle logique permet de mettre en lumière la **théorie du programme** – c'est-à-dire d'expliquer comment et pourquoi le programme est censé fonctionner et pour quels groupes de populations. La compréhension de la manière dont les activités décrites incitent la population cible à produire des résultats exige de savoir si et comment le programme tient compte des différents contextes opérationnels et répond aux besoins hétérogènes de sous-populations diverses et inclut des moyens d'identifier et d'aborder les normes, les rôles et les relations entre les sexes. L'implication des sous-populations les plus exclues constituera un élément déterminant dans cet exercice, afin de comprendre véritablement la portée de l'efficacité de ce programme pour ces groupes. La théorie du programme en cours fait l'objet de tests dans les deux étapes suivantes.

**L'Étape 3** est consacrée aux groupes qui sont laissés de côté par le programme. Elle a pour but d'identifier les sous-populations pour lesquelles le programme échoue ; qui n'ont pas accès ou qui ne bénéficient pas pleinement des interventions et des activités. On parvient à ce résultat par une analyse des sources de données quantitatives et qualitatives disponibles et en intégrant également les connaissances et l'expérience de l'équipe. Comme indiqué ci-dessus, cette étape bénéficiera de la participation des représentants des populations cibles qui sont en mesure d'apporter des points de vue importants sur la manière dont le programme fonctionne dans la pratique en précisant les domaines où des améliorations sont nécessaires. Les sous-populations

peuvent être caractérisées selon le sexe, la classe sociale, le revenu, le niveau d'éducation, l'appartenance à une minorité ethnique, le statut de migrant, le lieu de résidence (rural/urbain), l'identité et l'orientation sexuelles, ou d'autres critères pertinents, en veillant particulièrement aux recoupements entre ces catégories qui exposent ces groupes à un risque différent ou accru de mauvaise santé. L'Étape 3 se conclut par l'identification d'une ou de plusieurs sous-populations spécifiques qui devraient être prioritaires dans l'examen et la réorientation du programme.

**L'Étape 4** examine les raisons pour lesquelles la sous-population visée n'accède pas au programme ou n'en bénéficie pas, en employant le cadre de Tanahashi pour une couverture effective (Tanahashi, 1978) afin d'identifier les obstacles – y compris ceux qui sont liés à l'appartenance sexuelle – et les facteurs favorables dans les domaines de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité, du contact, de l'utilisation, avec comme élément transversal la qualité. Ces domaines correspondent aux principes du droit à la santé tel que défini par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans son Observation générale n° 14 (Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, 2000).

**L'Étape 5** constitue la phase la plus compliquée et la plus enrichissante du processus d'examen. Préalablement à cette étape, les membres de l'équipe d'examen ont systématisé les informations disponibles relatives au programme, en testant son efficacité pour les différentes sous-populations, en prenant en compte les normes sociales, les rôles et les relations entre les sexes et en identifiant un certain nombre d'obstacles et de facteurs favorables. Ces informations systématisées sont analysées de manière plus approfondie à l'Étape 5 afin d'expliquer les mécanismes qui génèrent ces inégalités, en utilisant le cadre de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008). Cette étape s'appuie également sur l'analyse des droits et des causes structurelles ainsi que sur l'analyse des spécificités de chaque sexe. Pour cela, les membres de l'équipe d'examen étudient rigoureusement les liens ou l'influence entre les obstacles et les facteurs favorables et les déterminants sociaux de la santé, notamment la question de la parité homme-femme (à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé). Ils examinent en outre les causes de la situation socio-économique de la sous-population ciblée en priorité. Ces analyses mettent en lumière les mécanismes de stratification sociale, en lien avec l'identification des

groupes laissés de côté (Étape 3) et les questions d'équité d'accès ou de discrimination (Étape 4). Elles permettent d'examiner les conditions sociales, politiques et économiques qui se traduisent par des lacunes dans la création d'un environnement favorable à la réalisation du droit à la santé. À l'issue de l'Étape 5, l'équipe d'examen intègre les informations relatives aux mécanismes générateurs d'inégalités et de discrimination dans la théorie du programme originale afin d'élaborer une théorie des inégalités ; ces dernières seront corrigées lors de la phase de proposition de révision.

La littérature et le cadre de l'OMS pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2010) distinguent deux piliers pour s'attaquer aux inégalités en santé et aborder l'action intersectorielle et la participation sociale.

**L'Étape 6** examine la manière dont ces éléments essentiels sont intégrés dans le programme depuis la planification jusqu'au suivi et à l'évaluation en passant par la mise en œuvre. L'analyse se penche sur les mécanismes existants de participation ainsi que sur le niveau de participation de la population cible et de la sous-population visée (Étape 3). Par ailleurs, l'équipe d'examen prend en considération l'incidence sur l'accès et les résultats du programme de secteurs autres que celui de la santé ; en particulier les relations par rapport aux déterminants sociaux pertinents (Étape 5) et aux obstacles et aux facteurs favorables (Étape 4).

L'Étape 6 marque la fin de l'examen du programme proprement dit et l'équipe est alors en mesure d'identifier les points d'entrée et de formuler les recommandations pour proposer une révision du programme. La proposition de révision du programme, préparée à **Étape 7**, commence par l'identification et la hiérarchisation des changements requis pour prendre en compte les circonstances contextuelles et les besoins spécifiques des sous-populations cibles, en s'attaquant aux obstacles auxquels elles sont confrontées, et plus important encore, en remédiant aux mécanismes qui expliquent les inégalités constatées dans les résultats du programme. Dans cet objectif, les interventions peuvent nécessiter des ajustements, de nouvelles actions sont susceptibles d'être intégrées (y compris des actions par d'autres secteurs) et les mécanismes de participation sociale renforcés, en prenant en compte de manière adéquate les principes fondés sur les droits de l'homme. Ces modifications entraînent la formulation d'une **nouvelle théorie du programme** permettant d'améliorer les performances, de réduire

les écarts en matière de couverture, de comparer les communautés laissées de côté et d'intégrer d'autres mesures en vue d'aborder les questions d'équité, de parité homme-femme, des droits de l'homme et des déterminants sociaux.

Une fois que les propositions de modification du programme ont été définies, **l'Étape 8** examine les questions de surveillance et d'évaluation qui s'y rapportent. Dans cette étape, une activité a pour but d'analyser les mécanismes de surveillance et d'évaluation qui doivent être en place afin de déterminer si les ajustements à apporter au programme permettent d'atteindre l'objectif recherché. Le choix d'indicateurs et de sources appropriées, à la fois sur le plan qualitatif et quantitatif, d'origine étatique et non étatique, joue un rôle essentiel dans la surveillance et l'évaluation. La faisabilité des indicateurs nécessite un passage en revue des informations disponibles et la possibilité de stratification et, vraisemblablement, l'introduction d'autres modifications pour générer les informations nécessaires (telles que l'augmentation de la taille des échantillons). Outre les indicateurs, on devra également envisager la mise en place d'approches participatives de la surveillance (par exemple en impliquant les communautés). Une autre activité exige des propositions sur la manière dont le cadre et les processus de surveillance et d'évaluation du programme peuvent mieux prendre en compte les questions d'équité, de parité homme-femme, de droits de l'homme et de déterminants sociaux (pas seulement en ce qui concerne les ajustements proposés au programme, susceptibles de se rapporter à des interventions spécifiques uniquement pour la sous-population ciblée). Grâce à cette approche plus large, le cadre de surveillance et d'évaluation ainsi que les examens en cours de programme permettront d'identifier de manière durable les sous-populations exclues et les obstacles auxquels elles sont confrontées, etc. L'approche Innov8 peut ainsi contribuer au renforcement à long terme des capacités en vue de réduire les inégalités et les écarts en matière de couverture, en répondant aux différents besoins en termes de santé des hommes et des femmes, des garçons et des filles en abordant la question des normes sociales, des rôles et des relations entre les sexes qui nuisent à la santé, en vue de la réalisation progressive du droit à la santé.

La Figure 1 illustre le processus analytique entre les étapes et met l'accent sur l'évolution de la « théorie » du programme afin de pouvoir lutter contre les inégalités.

**Figure 1 Processus analytique en huit étapes de l'approche Innov8**



## PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs de l'approche Innov8 sont les suivants :

- Une approche axée sur la formation pratique, « apprendre en faisant », le plus souvent accompagnée par une équipe de facilitateurs, dans laquelle les connaissances des travaux programmatiques en cours menés par les professionnels de santé constituent le point de départ d'un processus de transformation.
- La base de l'examen et de la proposition de révision est une analyse critique de la théorie du programme. Les programmes sont toujours basés sur une théorie qui naît d'une compréhension de ce qui est à l'origine du problème et s'accompagne de propositions sur les modifications éventuelles à apporter à ces schémas (Pawson & Tilley, 2004).
- Grâce à l'expérience directe acquise lors de la réalisation de cette analyse critique, à l'aide des activités guidées présentées dans cette méthode, la théorie du programme et les pratiques en cours

sont questionnées eu égard à l'inclusion de l'équité, de la parité homme-femme, des droits de l'homme et des déterminants sociaux, tout en renforçant les capacités des participants à appliquer de façon pratique les concepts, les cadres et les principes de base fondamentaux qui s'y rapportent.

- L'accent est mis sur le changement transformatif et l'élaboration de solutions concrètes s'agissant de la conception des programmes et des problèmes liés à la mise en œuvre, par l'identification de points d'entrée afin de s'assurer que le programme ne laisse personne de côté.
- Les objectifs de pérennité dans le temps et d'amélioration permanente sont atteints en intégrant les questions d'équité, de parité homme-femme, de droits de l'homme et de déterminants sociaux de la santé dans les cycles en cours de planification, de surveillance, d'examen et d'évaluation.
- Renforcer la perspective de santé d'une population afin de lutter contre les préjugés idéologiques qui

prévalent à l'égard de l'individu, en se fondant sur les principes des droits de l'homme et des cadres analytiques rigoureux sur les causes des inégalités en santé en général ainsi que sur celles qui sont associées à la parité homme-femme (Beaglehole & Bonita, 2004).

Innov8 est le **fruit des approches d'évaluation fondées sur la théorie**, notamment le réalisme critique. Ce type d'évaluation met l'accent sur les explications des conséquences sociales des actions menées. L'évaluation réaliste permet une meilleure compréhension afin de déterminer **pourquoi, où et pour qui les programmes de santé sont ou ne sont pas efficaces**. Elle insiste sur : (i) l'identification des mécanismes qui produisent des effets observables du programme ; et (ii) la mise à l'épreuve de ces mécanismes et d'autres variables contextuelles susceptibles d'avoir un impact sur les effets observés (Pawson & Tilley, 2004).

En conséquence, l'approche Innov8 vise à démêler les questions complexes liées à l'hétérogénéité des situations et des besoins des sous-populations, à la complexité des problèmes de santé et des réponses apportées par le programme ainsi qu'à la multiplicité des influences contextuelles, y compris les répercussions d'autres politiques et d'autres programmes à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé. Innov8 tente d'y parvenir en mettant en place un processus global, systématique et séquentiel qui prend en compte les complexités de la lutte contre les inégalités ainsi que les réalités des processus d'élaboration des programmes et des politiques. L'objectif consiste à identifier et à présenter les changements transformatifs nécessaires pour améliorer le programme de santé et à veiller à qu'il soit véritablement efficace pour toutes les sous-populations, en particulier les plus vulnérables et les plus marginalisées.

## RÉFÉRENCES

- Beaglehole R, Bonita R (2004). Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2<sup>nd</sup> edition.
- 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. Disponible : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf) (consulté le 4 mars 2016).
- Pawson R, Tilley N (2004). Realist evaluation. London: British Cabinet Office. Disponible : [http://www.communitymatters.com.au/RE\\_chapter.pdf](http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf) (consulté le 18 février 2016).
- Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization. 1978;56(2):295–303.

Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/96953> (accessed 22 February 2016).

Solar O, Irwin A (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf) (consulté le février 2016).

UN CESCR (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) (2000). Observation générale 14 : The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4. Disponible : <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> (consulté le 4 mars 2016).

# Introduction aux concepts, aux principes et aux cadres appliqués

## VUE D'ENSEMBLE

L'approche Innov8 s'appuie sur un ensemble de concepts et de principes se rapportant aux domaines de l'équité en santé, de la parité homme-femme, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé pour ensuite les intégrer. Ces concepts et ces principes sont présentés dans le présent chapitre dans le but de permettre à l'équipe d'examen d'avoir une compréhension commune. Ceux-ci seront développés, étudiés et mis en œuvre tout au long du processus d'examen et des huit étapes correspondantes.

L'application de ces concepts et de ces principes s'appuie sur plusieurs cadres conceptuels et normatifs qui « fournissent une terminologie et un cadre de référence permettant d'examiner la réalité et d'amener les experts [chercheurs/évaluateurs] à poser des questions qui autrement n'auraient peut-être pas été soulevées (Judge et al, 1998:3). Il s'agit notamment du cadre de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et du cadre de Tanahashi pour une couverture effective, des travaux menés par l'OMS sur la parité homme-femme et la

santé ainsi que les dispositions du droit international sur les droits de l'homme et l'égalité entre les sexes, ainsi que d'autres cadres stratégiques élaborés par l'OMS.

Ce chapitre aborde les questions des normes sociales, des rôles et des relations entre les sexes et leur impact sur la santé. Il envisage également un certain nombre de principes fondamentaux d'une approche de la programmation fondée sur les droits de l'homme telle que définie dans la Compréhension commune des Nations Unies (Nations Unies 2003). Ce chapitre décrit aussi l'évaluation réaliste fondée sur la théorie, sur laquelle se base l'approche Innov8. En associant les concepts, les principes et les cadres, ce chapitre aborde la question du rôle des programmes de santé dans la lutte contre les inégalités en santé en proposant des mesures pour combler les écarts en vue de parvenir à une couverture effective, ainsi qu'en promouvant des actions intersectorielles et la participation sociale.

## Encadré 2 Définitions utiles

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre **contribuant à une vie digne** **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, y compris son appartenance sexuelle. Le droit à la santé s'étend non seulement aux soins de santé dispensés en temps utile et de manière appropriée, mais également aux déterminants de la santé sous-jacents (Observation générale n° 14).

**L'Équité en santé** signifie que chacun doit avoir une chance égale d'atteindre son potentiel de santé optimal et que personne ne doit être désavantagé dans ce domaine. **Les inégalités en santé** désignent les différences évitables et injustes en termes d'exposition et de vulnérabilité aux facteurs de risque pour la santé, de résultats des soins et de leurs conséquences sociales et économiques.

Les **déterminants sociaux de la santé** désignent les conditions sociales dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, y compris le système de santé. Ces conditions dépendent ensuite de la répartition des ressources financières, du pouvoir et des ressources aux niveaux mondial, national et local, qui est le résultat de choix en matière de politique économique et sociale.

Les inégalités liées aux déterminants sociaux sous-jacents de la santé sont des **déterminants structurels**, incluant le contexte socio-économique et politique, les mécanismes structurels qui génèrent une stratification sociale de la société et la position socio-économique de l'individu. Ces déterminants structurels agissent à travers un ensemble de **déterminants intermédiaires** pour déterminer les résultats sanitaires, les catégories principales étant les conditions matérielles, les facteurs comportementaux et/ou biologiques et le système de santé lui-même.

**La notion de sexospécificité** renvoie aux normes et aux rôles attribués par la société aux femmes, aux hommes, aux garçons et aux filles ainsi qu'aux relations entre eux. La sexospécificité fait également référence aux expressions et aux identités des femmes, des hommes, des garçons et des filles et d'autres personnes de diverses identités de genre. La sexospécificité est indissociable d'autres déterminants sociaux et structurels qui ont une incidence sur la santé et l'équité. Elle peut varier selon l'époque et le lieu. Dans le domaine de la santé, **l'analyse des spécificités de chaque sexe** permet d'identifier, d'évaluer et d'apporter les réponses appropriées à des besoins spécifiques et de poser des questions essentielles pour déterminer les causes profondes des inégalités en santé basées sur l'appartenance sexuelle.

Le but de **l'approche de la santé fondée sur les droits de l'homme** consiste à ce que l'ensemble des politiques, des stratégies et des programmes de santé soit conçu dans l'objectif d'amener progressivement tous les individus à jouir du droit à la santé et d'autres droits fondamentaux liés à la santé (par exemple, l'accès à l'eau potable, à des systèmes d'assainissement, à la nourriture et au logement). Elle a pour effet d'attirer l'attention et de proposer des stratégies et des solutions afin de corriger les inégalités, les pratiques discriminatoires et les relations de pouvoir injustes, qui sont souvent au cœur des résultats sanitaires inéquitables.

**L'évaluation fondée sur la théorie** est une évaluation contextuelle ou holistique d'un programme (fondée sur la théorie du programme) qui fournit des informations afin de déterminer comment, pourquoi où et pour quels groupes les programmes de santé sont efficaces ou inefficaces.

# ÉQUITÉ EN SANTÉ, PARITÉ HOMME-FEMME, DROITS DE L'HOMME, DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ÉVALUATION FONDÉE SUR LA THÉORIE ET LEUR PERTINENCE POUR LES PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE

Avant d'entamer l'examen du programme de santé, les membres de l'équipe d'examen doivent impérativement parvenir à une compréhension commune élémentaire des concepts et des principes qui seront ensuite développés à chacune des étapes. Ces concepts sont réunis dans l'approche Innov8, qui s'appuie sur l'évaluation fondée sur la théorie en vue de réaliser une analyse utile, pratique et opérationnelle des programmes de santé destinée à ne laisser personne de côté.

Ce chapitre couvre les principaux concepts, principes et cadres appliqués suivants :

- L'équité et le droit à la santé ;
- Les déterminants sociaux de la santé ;
- La parité homme-femme et la santé ;
- L'approche fondée sur les droits de l'homme ;
- Le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé ; et
- Les théories de l'évaluation et de l'équité pour les programmes de santé.

## L'équité et le droit à la santé

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 [y compris son appartenance sexuelle] (OMS, 1946). Il s'agit d'un droit inclusif – qui englobe les déterminants de la santé sous-jacents – dont le contenu principal a été défini par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels et dont la réalisation doit se faire progressivement. Dans le cadre de cette définition, le concept « d'équité en santé » constitue un fil conducteur qui, suite à son inclusion initiale dans la Constitution de l'OMS de 1946, a continué d'être présent dans les déclarations internationales des droits de l'homme ainsi que dans les politiques, les stratégies et les plans de santé nationaux (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 ; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, 2000). L'équité est une préoccupation importante s'agissant des droits de l'homme. Son principe corollaire en termes de droit relatif aux droits de l'homme exige que les États prennent toutes les mesures nécessaires pour éliminer la discrimination, qui a pour but ou pour effet d'invalider ou d'affaiblir la jouissance pour tous ou l'exercice du droit à la santé (Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, 2000). Parmi les motifs de discrimination, on citera l'origine ethnique, la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion,

les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, la propriété, la naissance, le handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris le VIH/sida), l'orientation sexuelle et le statut civil, politique, social ou autre.

L'équité en santé se définit comme l'absence de différences évitables, injustes ou remédiabiles entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques ou par d'autres moyens de stratification (Solar & Irwin, 2010). La notion « d'iniquités » en matière de santé ou de couverture sanitaire a une dimension morale et éthique et se distingue de celle d' « inégalités », qui est un terme utilisé dans la santé pour désigner uniquement des différences mesurables. Néanmoins, le terme inégalité est utilisé en langage juridique pour décrire des actes ou des mesures discriminatoires qui vont à l'encontre de l'interdiction de la discrimination. Dans le domaine de la santé, «les iniquités» renvoient aux différences en matière de santé qui sont inutiles et évitables, mais qui sont aussi considérées comme injustes et inéquitable (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 ; Whitehead, 1991 ; Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1990). Comme indiqué dans l'Encadré 3, en citant Amartya Sen, les iniquités en santé sont intrinsèquement liées à des questions plus larges d'injustice et de justice dans la société.

### Encadré 3 Amartya Sen à propos de l'équité en santé

« La question de l'équité en santé ne peut se limiter exclusivement à la santé. Elle doit au contraire prendre en compte la question plus large de l'équité et de la justice dans les dispositions sociales, notamment les allocations économiques, l'attention appropriée accordée au rôle de la santé dans la vie humaine et la liberté. »

Source : Sen, 2002:659.

« L'équité en santé ne se résume certainement pas à la répartition des services de santé, sans parler de l'orientation plus étroite encore de la répartition des soins de santé. »

La réduction des iniquités en santé est reconnue comme un élément déterminant pour la mise en place de systèmes de santé solides et de la couverture sanitaire universelle, la réalisation progressive du droit à la santé, ainsi que plus largement pour le développement social durable. Les mécanismes par lesquels les iniquités en santé se produisent sont extrêmement complexes et « inévitablement multidimensionnels » (Sen, 2002 ; Commission des déterminants de la santé, 2008). C'est la raison pour laquelle l'instauration de politiques et de programmes destinés à y remédier de manière globale constitue un défi qui requiert une analyse rigoureuse à plusieurs niveaux et la mise en place de solutions innovantes intersectorielles et participatives.

Afin de lutter contre les iniquités en santé, l'évaluation réaliste devra mettre l'accent sur la capacité du programme de santé à examiner le contexte et ainsi à tenir compte des besoins, des situations et des expériences spécifiques des sous-populations. L'approche Innov8 ne se polarise pas uniquement sur l'amélioration de la santé des sous-populations les plus défavorisées (bien qu'une équipe d'examen puisse faire le choix de l'utiliser dans cette optique). Cette approche permet plutôt d'appréhender plus facilement la manière dont les différentes sous-populations sur l'ensemble du gradient social peuvent accéder au programme de santé ou au

contraire risquent d'en bénéficier moins que d'autres. Cette méthodologie permet de mettre en œuvre une approche de l'équité en santé conforme au but ultime inscrit initialement dans la Constitution de l'OMS.

Dans ce Manuel, le sens donné à « équité d'accès » s'appuie sur une définition large de l'accès qui inclut l'analyse des mécanismes qui facilitent ou limitent l'accès du côté de l'offre (système de santé) et de la demande (individu et communautés) en raison de leur influence sur les décisions des individus et sur leurs capacités à interagir avec le système de santé. Le cadre de Tanahashi pour une couverture effective (Tanahashi, 1978) oriente ce processus et permet l'analyse de l'interaction des politiques d'autres secteurs avec le système de santé et le programme. Cet outil permet à l'équipe d'examen d'identifier comment les interventions visant à prendre en compte les déterminants sociaux peuvent contribuer à améliorer l'équité d'accès et comment intégrer une approche de type « La santé dans toutes les politiques » dans le cadre des activités du système de santé (OMS, 2013a). Le cadre de Tanahashi est complété par le droit relatif aux droits de l'homme, qui envisage également ces éléments d'un droit à la santé comme une base permettant d'évaluer la réalisation du droit à la santé et d'identifier les responsables concernés.

## Les déterminants sociaux de la santé

Les « déterminants sociaux de la santé » désignent les **conditions sociales dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que le système de santé** (OMS 2011a). Ces conditions dépendent ensuite de la répartition des ressources financières, du pouvoir et

des ressources aux niveaux mondial, national et local, qui est le résultat de choix en matière de politique économique et sociale. Le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé sera présenté plus loin dans cette section et utilisé au cours du processus d'examen à l'appui de l'analyse.

« La notion d'expressions biologiques des inégalités sociales fait référence à la manière dont les individus incarnent littéralement et expriment biologiquement les expériences de l'inégalité économique et sociale, depuis la vie in utero jusqu'à la mort, ce qui produit des inégalités sociales sur un large spectre de résultats. »

Krieger, 2001:693.

Les inégalités liées aux déterminants sociaux sous-jacents de la santé sont des **déterminants structurels**, qui incluent le contexte socio-économique et politique. Celles-ci sont la base des mécanismes qui génèrent la stratification, divisions par classe sociale et par sexe dans la société et de la situation socio-économique des individus qui en résulte. Le contexte socio-économique et politique inclut des aspects tels que le marché du travail, le système éducatif, les institutions politiques et les politiques de redistribution ainsi que les valeurs culturelles et sociétales, y compris celles qui se rapportent aux normes, aux rôles et aux relations entre les hommes et les femmes. Ces inégalités liées aux déterminants sociaux sous-jacents de la santé agissent par le biais de **déterminants intermédiaires** qui influent sur les résultats sanitaires. Les catégories principales des déterminants intermédiaires de la santé sont : les conditions matérielles, les situations psychosociales, les facteurs comportementaux et/ou biologiques et le système de santé lui-même.

Depuis ces quinze dernières années, la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé fait l'objet d'une reconnaissance et d'une priorité accrues. Les travaux entrepris par la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (2005-

2008) ont joué un rôle considérable dans la diffusion des connaissances et des données actuellement disponibles sur cette question (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008). Depuis lors, on a observé une intensification des actions au niveau mondial de la part de nombreux acteurs – aux Nations Unies, au sein des agences multilatérales et gouvernementales, du monde universitaire, de la société civile et d'autres parties prenantes – afin de développer davantage les bases factuelles, l'engagement politique et d'étendre les expériences et les meilleures pratiques dans ce domaine. La Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé a été adoptée par la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé en 2011 (OMS, 2011c). Des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé préconisaient un renforcement des actions sur les déterminants sociaux de la santé, y compris par la réorientation du secteur de la santé (WHA, 2009 ; 2012).

Bien que le terme de « déterminants sociaux de la santé » soit relativement récent, l'idée selon laquelle la santé et les maladies ont une origine sociale et sont liées au développement, aux normes sexospécifiques, aux droits de l'homme et à d'autres facteurs sociaux n'est pas nouvelle. La production sociale des maladies est implicitement ou explicitement reconnue par la Constitution de l'OMS de 1946, la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 (qui signalait que les déterminants de la santé sous-jacents constituaient un élément essentiel du droit à la santé), la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires de 1978 et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986.

## Sexospécificité et santé

La sexospécificité constitue un déterminant de la santé important et influe fortement sur les résultats sanitaires pour les garçons et les filles comme sur les hommes et les femmes tout au long de la vie, et mérite donc une attention particulière. Le terme « sexe » désigne des caractéristiques qui sont déterminées biologiquement, tandis que la « sexospécificité » fait référence aux **normes sociales et aux rôles des hommes et des femmes ainsi qu'aux relations entre les ces deux groupes** (OMS, 2011b). La sexospécificité fait également référence aux expressions et aux identités des femmes, des hommes, des garçons et des filles et des personnes de diverses identités de genre. Le concept de genre comprend cinq aspects importants : relationnel, hiérarchique, historique, contextuel et institutionnel. Bien que la plupart des êtres humains naissent de sexe masculin ou féminin,

on leur inculque des normes et des comportements – notamment comment ils doivent interagir avec leurs congénères de même sexe ou de sexe opposé, à la maison, au sein de leur communauté et dans le cadre professionnel. Lorsque les individus ou les groupes ne « correspondent » pas aux normes, aux rôles ou aux relations sexospécifiques, ils doivent souvent faire face à la stigmatisation, à des pratiques discriminatoires ou à l'exclusion sociale – tous ces comportements nuisant à la santé (OMS, 2011b).

La sexospécificité est indissociable des déterminants sociaux et structurels qui ont une incidence sur la santé et l'équité. Les questions de santé diffèrent entre les hommes et les femmes et ces différences dépassent le cadre de la santé sexuelle et génésique. Les distinctions biologiques ne suffisent pas à

expliquer les différences en termes de résultats sanitaires entre les hommes et les femmes. En raison des normes, des rôles et des relations entre les sexes, on observe souvent des différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les points suivants (voir Tableau 1) (OMS, 2011b) :

- L'exposition aux facteurs de risque ou de vulnérabilité ;
- L'investissement au niveau des ménages dans la nutrition, les soins et l'éducation ;
- L'accès et le recours aux services de santé ;
- Les expériences dans les établissements de soins ; et
- Les impacts sociaux de la mauvaise santé.

**Tableau 1 Exemples illustrant comment les normes, les rôles et les relations entre les hommes et les femmes influent sur la santé et contribuent aux inégalités en santé**

|  | Définitions   | Exemples   |
|--|---|--|
| <b>Normes sexospécifiques</b>          | <p>Désignent les croyances à propos des hommes et des femmes, des garçons et des filles qui se transmettent de génération en génération par le processus de socialisation. Celles-ci évoluent au fil du temps et diffèrent en fonction des cultures, des contextes et des populations. Les normes sexospécifiques peuvent être source d'inégalités si elles renforcent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La maltraitance ou l'oppression d'un groupe ou d'un sexe par l'autre ; ou</li> <li>• Les différences en termes de pouvoir et d'opportunités.</li> </ul> | <p>Les normes sexospécifiques qui associent la masculinité à la prise de risques et au mépris de la douleur et des traumatismes peuvent conduire à des comportements dangereux de la part des hommes et des garçons sur la route. En conséquence, la probabilité de mourir ou d'être blessé dans un accident de la route est beaucoup plus élevée chez les hommes.</p> <p>Les normes sexospécifiques concernant la mobilité sociale et l'accès à l'éducation et à l'information peuvent avoir pour effet qu'il soit plus difficile pour certaines femmes que pour les hommes d'accéder à l'éducation et à l'information médicales. Cette situation peut porter atteinte à leur capacité de compréhension des risques pour la santé, de la vulnérabilité, des signes et des symptômes de maladie, ainsi que leur aptitude à accéder au système de santé et à comprendre leurs droits.</p>   |
| <b>Les rôles en fonction des sexes</b> | <p>Cette notion fait référence à ce que les hommes et les femmes, les garçons et les filles sont censés faire (à la maison, dans la communauté et en milieu professionnel) dans une société donnée.</p>   | <p>Les rôles en fonction des sexes permettent de définir les domaines dans lesquels les hommes et les femmes travaillent (de manière officielle ou non). On parle parfois à ce propos de division du travail fondée sur le sexe et qui a des conséquences différentes sur la santé des hommes et des femmes.</p> <p>Par exemple, les hommes sont plus susceptibles de travailler dans le bâtiment et les transports en raison des exigences physiques de ces métiers. En conséquence, ils sont davantage susceptibles d'être exposés à des accidents du travail. Les rôles en fonction des sexes contribuent au fait que les hommes sont surreprésentés dans la quasi-totalité des types de blessures traumatiques.</p> <p>De la même façon, dans certaines sociétés, les femmes tendent à être responsables des tâches ménagères, notamment de la cuisine. En conséquence, elles sont plus exposées à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations. La pollution de l'air à l'intérieur des habitations est associée aux accidents vasculaires cérébraux, aux cardiopathies ischémiques, à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et au cancer du poumon.</p> |

|                                  | Définitions  | Exemples   |
|----------------------------------|--|--|
| <b>Relations entre les sexes</b> | <p>Cette notion fait référence aux relations entre les hommes et les femmes qui se fondent sur des normes et des rôles sexospécifiques. Les relations entre les sexes créent souvent des hiérarchies entre et parmi les groupes d'hommes et de femmes qui peuvent entraîner des relations de pouvoir inégales, en désavantageant certains groupes par rapport à d'autres.</p> <p>Cette notion fait référence aux relations sociopolitiques et économiques par rapport aux institutions telles que l'État, les sociétés et les mouvements sociaux. Cela nécessite de notre part d'examiner les processus collectifs qui permettent la mobilisation et l'exercice du pouvoir. Cette problématique doit s'entendre par rapport aux systèmes et aux processus tels que le racisme, le sexism, l'homophobie (par exemple : les politiques discriminatoires, etc.) qui façonnent les relations hommes-femmes et les expériences sexospécifiques.</p> | <p>Les relations de pouvoir inégales entre les hommes et les femmes peuvent contribuer à des vulnérabilités différencielles face à certains problèmes de santé.</p> <p>Par exemple, les femmes mariées représentent une proportion importante des personnes nouvellement contaminées par le VIH, alors même que souvent leur seul facteur de risque consiste à avoir des rapports sexuels non protégés avec leur mari. En raison de la nature des relations entre les époux et d'autres formes d'oppression dans d'autres domaines, les femmes ne sont pas toujours en position de force pour imposer des relations protégées ou elles peuvent être réticentes à l'idée d'évoquer le risque de contamination par le VIH avec leur partenaire, par peur de porter atteinte à une relation de confiance ou de provoquer une réaction violente de la part de celui-ci. Les relations de pouvoir inégales peuvent également avoir une incidence sur l'accès des femmes aux ressources essentielles et à la maîtrise de celles-ci (telles que les préservatifs, les informations sur la prévention de l'infection par le VIH, les ressources financières pour l'accès et le recours aux services de santé, etc.).</p> <p>Les femmes autochtones sont les plus touchées par la mauvaise santé et le manque d'accès aux services pour la promotion de la santé (à la fois les services de santé et les services sociaux). Un rapport publié récemment sur la santé des peuples autochtones indique que les femmes « se voient souvent refuser l'accès à l'éducation, à la propriété foncière et à d'autres ressources économiques », situation qui est « aggravée par le racisme et la discrimination structurelles » qui « rendent les femmes et les enfants autochtones particulièrement vulnérables à la mauvaise santé. »</p> |

Source : Adapté du document de l'OMS, 2011b ; Groupe d'appui interorganisations des Nations Unies sur les Questions des peuples autochtones, 2014.

### L'analyse des spécificités de chaque sexe

examine les différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le risque et l'exposition, les comportements favorisant la santé, l'accès et le recours aux services, les expériences dans les établissements de soins, les options thérapeutiques et l'impact de la mauvaise santé. Elle étudie également l'interaction entre les facteurs biologiques et socioculturels d'une part et l'accès aux ressources et leur contrôle par rapport à la santé d'autre part. Elle permet enfin d'apporter des réponses

appropriées à des besoins spécifiques. Cette analyse permet de poser des questions essentielles afin de mettre au jour des causes multiples de l'inégalité entre les sexes provoquée par les normes, les rôles et les relations entre les sexes, des relations de pouvoir inégales entre et parmi les groupes d'hommes et de femmes ainsi que le recouplement de cette

problématique du genre avec d'autres facteurs contextuels (tels que l'origine ethnique, le revenu et l'âge). En s'inspirant des questions relatives à l'analyse des spécificités de chaque sexe menée par l'OMS, on trouvera ci-dessous un certain nombre d'exemples, bien que cette liste ne soit pas exhaustive (OMS, 2011b) :

- Qui contracte des maladies ? Les facteurs de risque pour cette maladie sont-ils différents qu'il s'agisse d'un homme, d'une femme, d'un garçon ou d'une fille ? Comment les facteurs biologiques ou socioculturels peuvent-il expliquer pourquoi les femmes, les hommes, les garçons ou les filles sont touchés différemment par cette maladie ? Y a-t-il des activités particulières que les femmes ou les hommes, les garçons ou les filles réalisent qui seraient susceptibles d'accroître l'exposition ou la vulnérabilité à cette maladie ? Les hommes et les

femmes disposent-ils des ressources nécessaires pour réduire le risque et la vulnérabilité face à cette maladie ?

- De quelle manière les personnes touchées par cette maladie la vivent-elles et par quels moyens négocient-elles des actions pour la traiter ? Par exemple, comment les normes sexospécifiques influencent-elles la volonté ou la capacité d'admettre le fait d'être malade et de se faire soigner ?
- Comment l'accès aux ressources et la maîtrise de celles-ci affectent-ils l'accès aux soins ? Par exemple, y a-t-il des coûts indirects liés à l'accès aux services de santé susceptibles de toucher différemment les hommes et les femmes ?
- Comment les services de santé répondent-ils aux besoins des hommes et des femmes touchés par cette maladie ? Par exemple, comment la diversité des rôles assurés par les hommes et les femmes dans différents contextes est-elle prise en compte dans les options de traitement pour cette maladie ?
- Quels sont les résultats sanitaires et sociaux prédominants pour cette affection ? Par exemple, en quoi les caractéristiques et les conséquences socioculturelles de cette maladie diffèrent-elles entre et parmi les hommes et les femmes, par exemple en termes de répartition des responsabilités dans le ménage, d'employabilité, de stigmatisation ou de divorce ?

L'analyse des différences entre les sexes peut être utilisée pour évaluer une question de santé, un projet, un programme ou une politique de santé, des recherches en santé ou la prestation de services de santé. L'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe dans l'examen des politiques et des programmes consiste à étudier comment les questions

de parité homme-femme et les relations de pouvoir sexospécifiques se recoupent et interagissent avec les autres déterminants sociaux pour entraîner des inéquités en santé entre et parmi les hommes et les femmes, s'agissant notamment des capacités différencielles des hommes et des femmes à accéder aux programmes de santé et à en bénéficier. Il est important que l'analyse des spécificités de chaque sexe soit intégrée et prise en compte à chaque phase du cycle du programme et à toutes les étapes du processus d'examen (y compris dans le cadre de l'approche Innov8), afin que les recommandations concernant les améliorations préconisées tiennent compte des spécificités hommes-femmes. Voir la section Lectures complémentaires concernant l'orientation de l'OMS sur l'analyse des spécificités de chaque sexe.

En reconnaissant que l'intégration de la sexospécificité permet de renforcer l'efficacité des programmes de santé, l'OMS s'attache à promouvoir l'utilisation d'une échelle afin d'évaluer le niveau de prise en compte des différences entre les sexes dans les politiques et les programmes de santé existants et de servir de base aux révisions futures pour que ces programmes tiennent davantage compte des spécificités hommes-femmes (OMS, 2011b). Sur les cinq niveaux présentés ci-dessous, seuls trois sont souhaitables (Niveaux 3 à 5). Au cours des étapes du processus Innov8, l'équipe d'examen aura la possibilité d'évaluer comment le programme en cours d'examen aborde les normes, les rôles et les relations entre les sexes et comment cette question de la parité homme-femme renvoie à la nature multidimensionnelle de l'équité en santé. À l'Étape 7 en particulier, l'accent est mis sur la manière dont le programme permet de mieux respecter les différences entre les sexes (idéalement par des mesures sexospécifiques et transformatives).

**Tableau 2 Échelle d'évaluation tenant compte des spécificités hommes-femmes**

|   |  |
|---|--|
| <b>Niveau 1 :</b><br><b>Inégalités entre les hommes et les femmes</b> | <p>Renforce les inégalités entre les hommes et les femmes en maintenant ou en renforçant les normes, les rôles et les relations fondés sur l'inégalité entre les sexes.</p> <p>Privilégie un sexe au détriment de l'autre.</p> <p>Conduit souvent à ce qu'un sexe bénéficie de possibilités et de droits de manière disproportionnée.</p>  |
| <b>Niveau 2 :</b><br><b>Ignorance des sexospécificités</b>            | <p>Ignore les normes, les rôles et les relations fondées sur les sexospécificités et a pour effet très souvent de renforcer la discrimination sexiste.</p> <p>Ignore les différences en termes d'opportunités et d'allocation des ressources pour les hommes et les femmes tout au long de la vie.</p> <p>Souvent construit sur la base du principe de justice en traitant chaque individu de la même façon (même si les besoins sont différents).</p> |

|   |  |
|---|--|
| <b>Niveau 3 :<br/>Prise en compte des sexospécificités</b>  | Indique une sensibilisation à la question de la sexospécificité et reconnaît l'existence de différences et/ou d'inégalités liées à l'appartenance sexuelle, mais ne prend aucune mesure corrective pour y remédier.  |
| <b>Niveau 4 :<br/>Approche sexospécifique</b>               | <p>Prend en considération les normes, les rôles et les relations sexospécifiques assignés aux hommes et aux femmes et leur incidence sur l'accès aux ressources et sur la maîtrise de celles-ci.</p> <p>Prend en compte les besoins spécifiques des hommes et des femmes et préconise des mesures correctives qui ciblent intentionnellement un groupe spécifique d'hommes et de femmes afin d'atteindre certains objectifs de la politique ou du programme ou de répondre à certains besoins.</p>   |
| <b>Niveau 5 :<br/>Approche sexospécifique transformante</b> | <p>Prend en considération les normes, les rôles et les relations sexospécifiques assignés aux hommes et aux femmes et atteste de leur incidence sur l'accès aux ressources et sur la maîtrise de celles-ci.</p> <p>Prend en compte les besoins spécifiques des hommes et des femmes.</p> <p>Prend des mesures correctives pour favoriser progressivement des relations de pouvoir égales entre et parmi les hommes et les femmes en transformant les normes, les rôles et les relations sexospécifiques préjudiciables et en traitant les causes de l'inégalité en santé basée sur les différences entre les sexes.</p> <p>Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes</p> |

Dans la réalisation d'analyses des spécificités de chaque sexe et l'élaboration de politiques et de programmes tenant compte de spécificités hommes-femmes, il est impératif de comprendre que la question du genre recoupe d'autres déterminants sociaux, parmi lesquels l'origine ethnique, la situation socio-économique, l'âge, le handicap, l'orientation sexuelle, etc. Lorsque l'on aborde la santé et les besoins sanitaires des hommes, des femmes, des garçons et des filles, la sexospécificité doit être considérée en relation avec ces aspects de l'identité et de l'expérience et non comme une variable isolée ou statique. En outre, la sexospécificité et les déterminants sociaux qui recoupent cette

réalité dépendent des structures et des processus de pouvoir (c'est-à-dire les institutions sociétales, la discrimination socio-économique, la stigmatisation qui déterminent la santé. Cela signifie qu'une personne peut en même temps faire l'expérience de priviléges et de désavantages, en fonction du lieu et du moment. En reconnaissant ces données complexes (ce que les approches fondées sur l'équité tentent de faire) l'analyse des spécificités de chaque sexe et les programmes respectueux des différences entre les sexes facilitent la compréhension des multiples facteurs et processus qui déterminent la santé des individus ainsi que les mesures qui vont dans ce sens.

## L'approche fondée sur les droits de l'homme

S'il est vrai qu'au fil des années, les droits de l'homme se sont imposés comme un objectif final important, des efforts considérables ont également été réalisés dans l'objectif d'utiliser les droits de l'homme pour orienter les interventions programmatiques concrètes des gouvernements nationaux, du système des Nations Unies et d'autres organisations de santé et de développement multilatérales et bilatérales. L'intégration et la mise en œuvre opérationnelle des engagements en faveur des droits de l'homme selon

des modalités pratiques et concrètes se sont avérées difficiles. Une Compréhension commune des Nations Unies d'une **approche de la programmation fondée sur les droits de l'homme** a été rédigée pour soutenir ces efforts (Nations Unies, 2003 ; Nations Unies 2016).

Une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme a pour but d'attirer l'attention et de proposer des stratégies et des solutions afin de corriger les inégalités, les pratiques discriminatoires (à la fois

réelles et perçues) ainsi que les relations de pouvoir injustes, qui sont souvent au cœur des résultats sanitaires inéquitables (Nations Unies, 2003). Cette approche tire sa légitimité du principe que la santé est un « droit ».

Ce droit est inscrit dans la législation nationale de différentes manières. Celui-ci définit précisément les acteurs responsables de sa réalisation progressive, en exigeant des progrès mesurés en vue de l'application des principes fondamentaux d'un droit à la santé (que l'approche Innov8 contribue à faciliter) (Nations Unies, 2003). L'un des principes importants des approches fondées sur les droits concerne la mise en place de mécanismes solides de responsabilisation. Examinons l'extrait ci-dessous :

« Une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme établit un " cercle de la responsabilisation" tout au long du cycle de la politique qui permet de s'assurer que les politiques et les programmes répondent aux besoins des utilisateurs du système de santé. En plus de la responsabilisation, ce type d'approche analyse un cycle de la politique en s'appuyant sur le cadre des principes des droits de l'homme de l'égalité et de la non-discrimination, de la participation, de l'indivisibilité et de l'état de droit. »

(Nations Unies, 2015)

Le but de l'approche de la santé fondée sur les droits de l'homme consiste à ce que l'ensemble des politiques, des stratégies et des programmes de santé soit conçu dans l'objectif d'amener progressivement tous les individus à jouir du droit à la santé et d'autres droits fondamentaux liés à la santé (par exemple, l'accès à l'eau potable, à des systèmes d'assainissement, à la nourriture, au logement, aux informations et à l'éducation sur la santé et les différences hommes-femmes, notamment (OMS et HCDH, 2001).

En pratique, cela signifie d'intégrer les principes et les normes des droits de l'homme dans la conception, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des politiques et des programmes liés à la santé (OMS, 2013b). De cette manière, les systèmes et les services de santé deviennent l'expression concrète de l'obligation des « responsables » (principalement les États) à respecter le droit à la santé. Ces structures doivent permettre d'assurer que les détenteurs de droits (tels que les individus et les communautés concernés) soient informés et disposent des moyens pour connaître et réclamer leurs droits ou demander réparation en cas de non-respect ou de violation de ceux-ci (OMS, 2013b). Cela suppose de prendre en compte les violations des droits en matière de santé qui entraînent un mauvais état de santé, de réduire la vulnérabilité à la mauvaise santé par la promotion des droits de l'homme et la prévention de leur violation grâce au développement sanitaire. De cette manière, une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme contribue à l'instauration d'un système de santé plus équitable et plus réactif (OMS, 2013b).

En œuvrant à la réalisation des droits de l'homme et plus particulièrement du droit à la santé, les normes et les principes directeurs des droits de l'homme que sont l'indivisibilité, l'interdépendance, l'universalité, la non-discrimination et l'égalité, la participation et l'inclusion et la responsabilisation doivent être respectés et défendus. En définissant le droit à la santé, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a analysé de manière plus approfondie les principales caractéristiques de ce droit, en relevant l'importance dans les établissements de santé de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité des services de santé en tant que principes directeurs essentiels. Les grandes lignes de ces principes tels qu'ils peuvent être appliqués aux programmes de santé sont présentées dans l'Encadré 4. Ces principes s'inspirent des Observations générales 14 et 15 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (NU CESCR 2000; NU CESCR 2003), dont l'objectif était d'analyser les éléments essentiels du « droit à la santé ».

#### Encadré 4 Principes fondamentaux d'une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme

##### Une approche fondée sur les droits de l'homme

• **Non-discrimination et égalité** : Toute personne doit avoir accès aux services, aux biens et aux structures de santé sans discrimination. Tous les individus sont égaux en tant qu'êtres humains et en vertu de leur dignité intrinsèque. Tous les êtres humains doivent pouvoir jouir de leurs droits sans discrimination d'aucune sorte pour des raisons telles que la race, la couleur, le sexe, l'origine ethnique, l'âge, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, le handicap, la propriété, la naissance ou autre statut. Dans le cas où les programmes de développement ne peuvent toucher toute la population en même temps, la priorité doit être donnée aux plus marginalisés. La programmation doit contribuer à traiter les causes profondes et systémiques de la discrimination afin de promouvoir une véritable égalité pour tous.

• **Participation** : Il doit y avoir des opportunités concrètes d'engagement à toutes les phases du cycle de programmation : évaluation, analyse, planification, mise en œuvre, surveillance et évaluation.

• **Redevabilité** : Les mécanismes de redevabilité jouent un rôle crucial pour s'assurer que les obligations des États découlant du droit à la santé sont respectées. La redevabilité impose à un État d'expliquer les actions qu'il mène, les raisons qui les sous-tendent et les modalités d'application, aussi rapidement et efficacement que possible, en vue de la réalisation du droit à la santé pour tous. L'application et le suivi du droit à la santé peuvent se faire par différents mécanismes de redevabilité, à la condition qu'ils soient au minimum accessibles, transparents et efficaces.

##### Observation générale n° 14

• **Disponibilité** : Il doit exister en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé.

• **Accessibilité** :

- Accessibilité physique – accès physique sans danger (en particulier dans les zones rurales) ;
- Accessibilité de l'information – droit de rechercher, de recevoir et de communiquer des informations et des idées concernant les questions de santé et de protéger les données de santé à caractère personnel ; l'accessibilité implique également le droit de rechercher, de recevoir et de communiquer des informations relatives à la santé dans un format accessible (pour tous, y compris les personnes handicapées) ;
- Non-discrimination ; et
- Accessibilité économique – abordabilité financière.

• **Acceptabilité** : Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale, du consentement éclairé, de la confidentialité des données concernant les patients et être appropriés sur le plan culturel. Les installations, biens et services en matière de santé doivent également respecter l'éthique médicale, être réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie et être appropriés et acceptables sur le plan culturel.

• **Qualité** : Les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité. Cela suppose, notamment, des professionnels de la santé qualifiés, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés.

Sources : CESCR, 2000 ; CESCR, 2003 ; OMS, 2013b ; OMS, 2014.

Dans le cadre de l'application du dispositif Innov8, le principe de l'approche fondée sur les droits de l'homme d'égalité et de non-discrimination constitue un élément central de toutes les étapes, dans l'objectif de ne laisser personne de côté. Par exemple, les principes de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité (DAAQ) sont appliqués en recourant au modèle de Tanahashi de couverture effective qui sera abordé à l'Étape 4. Le cadre de Tanahashi (Tanahashi, 1978) examine la couverture du programme comme une série de dimensions que la population bénéficiaire doit appréhender afin d'atteindre la couverture effective et d'obtenir les bénéfices attendus. Une analyse complémentaire des

causes et des capacités permettra d'expliquer plus en détail et d'identifier les droits et les responsabilités concernés afin de corriger les éventuelles inégalités.

Le principe de participation est appliqué à l'Étape 6 relativement à l'action intersectorielle et à la participation sociale, bien que celui-ci soit transversal tout au long du processus. Le principe de redevabilité est également transversal, l'analyse faisant constamment référence aux questions d'efficacité pour toutes les sous-populations, et occupe une place importante à l'Étape 8 consacrée à la surveillance et à l'évaluation.

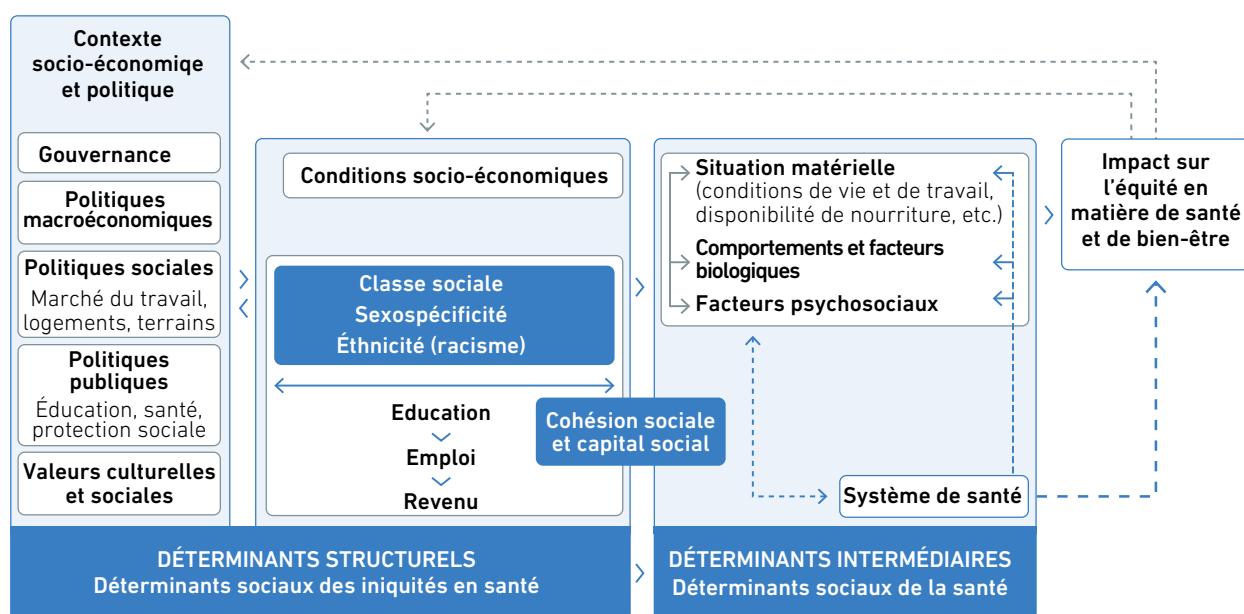
## Le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé

Plusieurs cadres conceptuels se rapportent aux déterminants sociaux de la santé. Il est possible que les membres de l'équipe d'examen connaissent déjà certains modèles, par exemple le « schéma en arc-en-ciel » conçu par Dahlgren et Whitehead (1991). La Figure 2 illustre le cadre conceptuel de l'OMS des déterminants sociaux de la santé. Ce schéma analytique décrit les facteurs et les mécanismes par lesquels les conditions sociales ont une incidence sur la santé des personnes et génèrent des inégalités

dans ce domaine. En montrant la hiérarchie des déterminants sociaux et les mécanismes par lesquels ils agissent pour produire des inégalités en santé, les équipes d'examen seront plus à même d'identifier les points d'entrée pour l'action.

La production des inégalités en santé est un phénomène social complexe que ce cadre permet d'appréhender. Pour faciliter la compréhension, nous proposons une explication étape par étape.

**Figure 2 Le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé, OMS**



Source : Solar & Irwin, 2010.

## Les mécanismes qui génèrent les inégalités en santé<sup>1</sup>

Les inégalités en santé proviennent de schémas de stratification sociale – de la répartition systématiquement inégale du pouvoir, du prestige et des ressources entre les groupes de la société. Il est important de déterminer les voies et les mécanismes par lesquels les déterminants sociaux influent sur la santé et les inégalités en santé.

La situation socio-économique et les facteurs socio-culturels comme la différence entre les sexes se traduisent par des différences entre les individus en termes d'exposition à des conditions nocives pour la santé et de vulnérabilité, s'agissant de la situation sanitaire et de l'accès aux ressources matérielles et à leur maîtrise. Elle contribue également au fait que les individus ont un accès différencié aux services de santé et aux résultats sanitaires. La situation socio-économique (y compris les normes, les rôles et les relations sociales sexospécifiques) entraîne des différences dans les conséquences de la mauvaise santé pour les individus appartenant à des groupes plus ou moins favorisés. Les conséquences sont d'ordres multiples, notamment économique et social (par exemple : incapacité de travail, dépenses de santé disproportionnées, stigmatisation).

La situation socio-économique a une incidence sur la santé, qui plus est, en raison de l'impact potentiel de la maladie sur les ressources et le prestige (c'est-à-dire respectivement en raison de dépenses de santé catastrophiques ou de la stigmatisation), la mauvaise santé peut dans certains contextes avoir un effet sur la situation socio-économique et les schémas de mobilité sociale. Le cumul différencié tout au long de la vie d'expositions, d'expériences et de désavantages sociaux qui sont néfastes pour la santé peut aggraver les inégalités en santé. Les déterminants sociaux de la santé, notamment les questions liées à la différence entre les sexes, interviennent à tous les niveaux du développement de la personne – la petite enfance, l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, mais aussi la vieillesse – à la fois pour influer immédiatement sur la santé et pour fournir la base de la bonne ou de la mauvaise santé tout au long de la vie, avec également des implications dans la transmission transgénérationnelle des inégalités (Solar & Irwin, 2010).

Par exemple, la classe sociale à laquelle appartient l'enfant déterminera certains aspects de l'environnement physique ou psychosocial de départ (par exemple : exposition à la pollution de l'air ou à des conflits familiaux) ou des mécanismes possibles (exemple : nutrition, infection ou stress) qui sont associés à des maladies que l'on rencontre chez

l'adulte. La classe sociale à laquelle une personne appartient pendant l'enfance détermine aussi la santé de l'adulte de par le fait qu'elle influe sur les trajectoires sociales, comme la limitation des possibilités d'instruction, ce qui a des répercussions sur le contexte socio-économique et la santé plus tard dans la vie. Les femmes qui vivent plus longtemps que les hommes sont plus susceptibles de connaître la pauvreté et les privations dans le grand âge en conséquence de niveaux de santé, d'éducation et d'emploi régulier plus faibles et d'autres inconvénients auxquels elles ont dû faire face au cours de leur vie. À un âge avancé, la classe sociale peut jouer un rôle déterminant sur les niveaux de dépendance sur les membres plus jeunes de la famille (généralement les femmes) qui sont des soignants à temps partiel ou à temps complet, ce qui ensuite peut avoir des implications sur les activités génératrices de revenus des plus jeunes générations.

Il est important de souligner que les actions destinées à corriger les déterminants sociaux et à réduire les inégalités en santé impliqueront de modifier la répartition du pouvoir au sein de la société afin qu'il bénéficie aux sous-populations défavorisées en situation de vulnérabilité. Cela nécessite de modifier le contexte socio-économique et politique plus large d'une société afin d'influer sur les relations entre les différentes sous-populations. Ces relations passent par les institutions et les mécanismes économiques, sociaux et politiques qui produisent, établissent et maintiennent en place les hiérarchies sociales (Solar & Irwin, 2010). Ainsi, l'action sur les déterminants sociaux des inégalités en santé est un processus politique qui fait appel à la fois à l'engagement des populations, des groupes et des communautés et aux responsabilités du gouvernement et d'autres acteurs. Une attention particulière devra être apportée aux similarités et aux différences en fonction des sexes lors de l'examen des mécanismes conduisant à des inégalités et dans les réponses proposées. De même, une approche fondée sur les droits de l'homme peut être utile dans la phase d'ajustement des processus politiques afin de modifier les mécanismes qui conduisent à des inégalités.

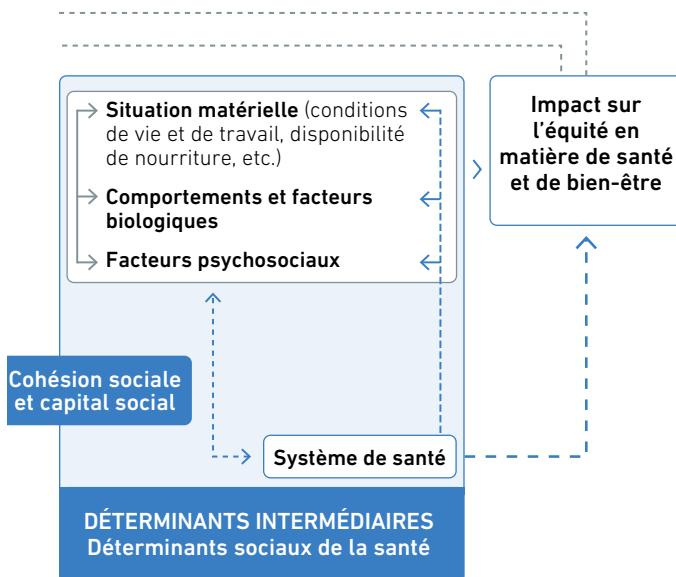
## Les composantes du cadre conceptuel

Commencez par envisager le système de santé comme un déterminant social de la santé – représenté à droite de la Figure 2. Le système de santé est tenu de fournir à tous les individus les services de santé de qualité dont ils ont besoin, quels que soient leur sexe, leur capacité financière, leur statut social ou toute autre caractéristique ou situation. En assurant l'accès équitable aux services de santé et en favorisant les actions de différents secteurs pour améliorer la

<sup>1</sup> Cette section s'inspire largement de Solar & Irwin (2010).

santé et le bien-être, le système de santé peut avoir une incidence directe sur les différences en termes d'exposition et de vulnérabilité qui se traduisent par une mauvaise santé. Le système de santé doit jouer un rôle de médiateur ou de tampon contre les conséquences d'une maladie ou d'un handicap sur la vie des personnes (Solar & Irwin, 2010). Il y parvient en veillant à ce que le problème de santé n'entraîne pas ou ne contribue pas à la détérioration de la situation socio-économique d'une personne (OMS, 2007) et également en facilitant l'intégration/la réintégration sociale des personnes atteintes de handicaps, de maladie ou d'autres affections (Diderichsen et al., 2001 ; OMS, 2007).

Dans le cadre conceptuel, la plus grande partie du système de santé (à l'exception de sa fonction de gouvernance) est représentée comme l'un des **déterminants intermédiaires**. Ces déterminants sont appelés ainsi parce que – bien qu'ils aient une influence et un impact importants sur les résultats sanitaires – les actions dans ces domaines n'auront pas une incidence majeure sur la répartition du pouvoir et des ressources dans la société. La fonction de la gouvernance des systèmes de santé (y compris les stratégies, les politiques et les plans en matière de santé) se situe au niveau des déterminants structurels (contexte socio-économique et politique).



Le cadre indique plusieurs autres catégories de déterminants sociaux de la santé, notamment les **conditions matérielles**, qui couvrent les déterminants liés aux conditions matérielles incluant les environnements physiques et l'accès aux services sociaux. Il s'agit des conditions de vie – par exemple le logement et les quartiers – et des conditions de travail et inclut des facteurs tels que l'environnement, la situation géographique et le type de quartier. Les conditions matérielles comprennent également la

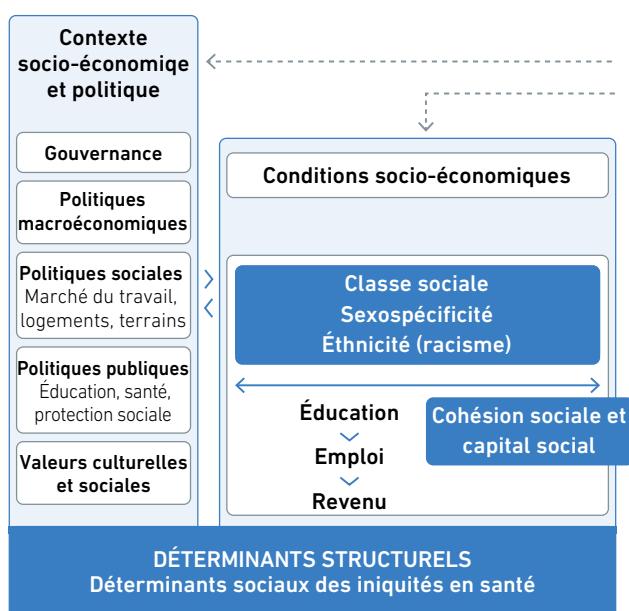
capacité des personnes à consommer des biens et des services, y compris les ressources pour acheter des aliments sains, des vêtements et autres produits de nécessité. Ces conditions deviennent des ressources qui facilitent l'accès à un environnement favorable à la santé ou à l'inverse génératrice de risques. Dans la société, les inégalités entre les sexes peuvent se manifester à ce niveau, par exemple, dans les différences d'exposition aux facteurs de risque liés aux rôles attribués aux hommes et aux femmes (exemple : exposition à la fumée à l'intérieur des habitations dégagée par les fourneaux traditionnels).

**Les schémas comportementaux** incluent le tabagisme, le régime alimentaire, la consommation d'alcool et la pratique d'exercice. En fonction du mode d'exposition et de vulnérabilité, les comportements peuvent protéger ou améliorer la santé (par exemple, la pratique d'exercice et les bonnes habitudes alimentaires) ou être nocifs pour la santé (par exemple le tabagisme et l'obésité). Il est important de noter que ces comportements et ces modes de vie sont le résultat de conditions matérielles dans lesquelles l'individu naît, vit et travaille. C'est la façon dont les différentes sous-populations traduisent les conditions matérielles de la vie en schémas de comportement. À ce niveau, les normes sexospécifiques peuvent avoir une incidence sur le comportement (en ce qui concerne par exemple la masculinité ou la nécessité d'être « fort », ce qui peut inciter les hommes et les garçons à adopter des comportements à risque ou à remettre à plus tard la prise d'un traitement médical) (OMS, 2011b).

**Les facteurs psychosociaux** constituent une catégorie de déterminants intermédiaires notamment les facteurs de stress psychosociaux que sont les événements négatifs de la vie, les conditions de vie stressantes (exemple endettement élevé ou insécurité financière) et manque de soutien social. Tout au long de leur vie, les différents groupes sociaux sont exposés à des situations diverses qui sont perçues comme menaçantes, difficiles à gérer et/ou offrant peu de possibilités d'intervention (Solar & Irwin, 2010). La crainte de la violence (y compris la violence à l'égard des femmes) et une autonomie limitée en matière de prises de décision en raison des normes, des rôles et des relations entre les hommes et les femmes constituent des facteurs psychosociaux susceptibles d'avoir un impact sur la santé (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2007).

En lien avec les déterminants intermédiaires, il faut mentionner les concepts de **cohésion sociale et de capital social**. La cohésion sociale a trait aux qualités des communautés et des sociétés, y compris le fait d'entretenir des relations sociales solides fondées sur la confiance, le sentiment d'inclusion (et les efforts pour lutter contre la marginalisation et l'exclusion)

et un sentiment d'obligation et de respect mutuel. Bien qu'il n'existe pas de définition unique du capital, cette notion renvoie essentiellement aux moyens concrets, dynamiques et collectifs dont disposent les sociétés pour faciliter les relations et les liens sociaux. Ce concept recouvre des notions telles la confiance, la participation, le soutien social et la réciprocité. Un niveau élevé de cohésion sociale et de capital social permet de protéger la santé et le bien-être des personnes, y compris en luttant contre la discrimination, la marginalisation et l'exclusion. Les inégalités peuvent contribuer à une dégradation de la cohésion sociale et du capital social.



Comme il a été dit précédemment, les déterminants sociaux de la santé sont également appelés déterminants intermédiaires en raison de leur incidence et de leur impact sur les résultats sanitaires, bien qu'ils ne soient pas les causes premières des inégalités en santé. Comme le montre le cadre conceptuel, les **déterminants sociaux de l'inégalité en santé** sont appelés **déterminants structurels**.

Par déterminants structurels on entend, dans un sens plus large, les forces sociales, politiques, économiques, environnementales et culturelles d'une société qui déterminent les conditions de vie des individus. Le point important à retenir ici c'est que sous-jacents aux facteurs sociaux qui favorisent ou limitent la santé des individus et des groupes, il existe des processus sociétaux plus profonds qui sont responsables de la répartition inégale de ces facteurs parmi les différents groupes qui composent la population. Pour cette raison, on parle parfois des

déterminants structurels comme étant « les causes des causes » de la mauvaise santé.

Les déterminants structurels comprennent deux composantes principales, qui sont : **la situation socio-économique et le contexte socio-économique et politique**.

La situation socio-économique renvoie aux facteurs socioculturels et économiques qui déterminent la position que les individus ou les groupes occupent au sein de la structure d'une société. La répartition de ces facteurs sociaux et économiques dans la société crée une stratification sociale, dans laquelle certains individus ou groupes bénéficient d'une situation socio-économique plus élevée que les autres – c'est ainsi que naissent les inégalités. Parmi les facteurs communs qui influent sur la situation socio-économique, on citera les niveaux de revenu, l'éducation et la profession ainsi que le sexe, l'origine ethnique et le lieu de résidence. Les facteurs les plus importants à prendre en compte ainsi que la manière dont ils interagissent varient d'une société à l'autre et au sein même des sociétés. Comme on le verra aux Étapes 3 et 5, les différences en termes de ressources, de prestige et de discrimination (y compris celles qui se fondent sur la sexospécificité, l'origine ethnique et sur des facteurs comme le phénomène de castes) correspondent à la stratification sociale de la société.

Enfin, sous-jacent à tout ce qui précède, on trouve le contexte socio-économique et politique (colonne la plus à gauche du cadre – voir Figure 2). Ce contexte recouvre un ensemble de situations sociales, économiques et politiques présentes dans un pays, qui influe sur la répartition égale ou inégale du pouvoir, des ressources, du prestige et d'autres facteurs sociaux et économiques entre les différents groupes qui composent cette société. Le contexte socio-économique et politique influe sur les stratégies et les politiques nationales dans des domaines tels que le marché du travail, le système éducatif, la protection sociale et le logement social ainsi que l'utilisation des terres. Les normes sexospécifiques et culturelles font également partie du contexte social ; comme il a été dit plus haut, ces normes peuvent se manifester par la discrimination, lorsqu'elles impliquent des hiérarchies de pouvoir, et ont ainsi des conséquences sur la stratification sociale. La mesure dans laquelle un pays a ratifié les conventions/traités relatifs aux droits de l'homme, de même que les stratégies, les politiques et les cadres juridiques mis en place pour appuyer la mise en œuvre opérationnelle progressive des engagements en faveur des droits de l'homme dans le contexte national constituent une part importante du contexte socio-économique et politique.

# Les théories de l'évaluation et de l'équité pour les programmes de santé

Ce processus d'examen est le fruit des **approches d'évaluation fondées sur la théorie**, notamment l'évaluation critique. La **théorie du programme** constitue le concept central de cette approche qui décrit l'hypothèse sous-jacente selon laquelle les actions ou les interventions du programme auront les résultats attendus qui contribuent à la réalisation des objectifs du programme. En élaborant une théorie du programme dans le cadre du processus d'examen, les équipes examineront les hypothèses du programme plus clairement et plus explicitement. Elles pourront en outre déterminer si et comment les inégalités en matière de santé, d'égalité des sexes, de droits de l'homme et de déterminants sociaux de la santé sont prises en compte dans la conception et la mise en œuvre du programme de santé.

L'évaluation réaliste met l'accent sur : (i) l'identification des mécanismes qui produisent des effets observables du programme ; et (ii) la mise à l'épreuve de ces mécanismes et d'autres variables contextuelles susceptibles d'avoir un impact sur les effets observés (Pawson & Tilley, 2004). Elle reconnaît également la complexité des processus de transformation recherchés par les programmes et l'importance du contexte et de l'influence des politiques et des programmes émanant d'autres secteurs. Cette approche vise essentiellement à expliquer de manière approfondie *pourquoi, où et pour quels groupes les programmes de santé sont efficaces ou inefficaces*.

## Lectures et ressources complémentaires

Solar O, Irwin A (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf), (consulté le 25 février 2016).

WHO (2011b). Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf), (consulté le 4 mars 2016). (Cette référence inclut

la Matrice de l'analyse des spécificités hommes-femmes et les questions relatives à cette analyse)

United Nations (2016). UN Practitioners' Portal on Human Rights Based Approaches to Programming: FAQ on HRBA. Disponible : <http://hrbaportal.org/faq> (consulté le 15 juin 2016).

Sridharan S, Nakaima A (2011). Ten steps to making evaluation matter. Evaluation and Program Planning. 2011;34(2):135–46. doi:10.1016/j.evalprogplan.2010.09.003.

## RÉFÉRENCES

- CSDH (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient – Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Disponible : [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf?ua=1) consulté le 1<sup>er</sup> mars 2016).
- 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. Disponible : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1) (consulté le 8 mars 2016).
- Dahlgren G, Whitehead M (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T et al, eds. Challenging inequities in health. New York: Oxford University Press.
- Judge D, Stoker G, Wolman H (1998). Urban Politics and Theory: An introduction. In: Davies J, Imbroscio D, eds. Theories of Urban Politics. London: Sage Publications.
- Krieger N (2001). A glossary for social epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health. 2001;55 (10):693–700. Disponible : <http://jech.bmjjournals.org/content/55/10/693.full.pdf+html> (consulté le 4 mars 2016).
- Pawson R, Tilley N (2004). Realist Evaluation. London: British Cabinet Office. Disponible : [http://www.communitymatters.com.au/RE\\_chapter.pdf](http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf) (consulté le 18 février 2016).
- Sen A (2002). Why Health Equity? Journal of Health Economics. 2002;11:659–666. Disponible : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.762/pdf> (consulté le 29 août 2016).
- Solar O, Irwin A (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf), (consulté le 25 février 2016).
- Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization. 1978;56(2):295–303. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/96953> (consulté le 22 février 2016).
- UN CESCR (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) (2000). General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4. Disponible : <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> (consulté le 4 mars 2016).
- UN CESCR (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) (2003). General Comment No. 15: The Right to Water (Arts. 11 and 12 of the Covenant), 20 January 2003, E/C.12/2002/11. Disponible : <http://www.refworld.org/docid/4538838d11.html> (consulté le 4 mars 2016).
- United Nations (2003). UN Practitioners' Portal on Human Rights Based Approaches to Programming: The Human Rights Based Approach to Development Cooperation: Towards a Common Understanding Among UN Agencies. Disponible : <http://hrbaportal.org/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies> (consulté le 4 mars 2016).
- United Nations (2015). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health. Application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health. National Human Rights Institutions. Geneva. Disponible : [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/RGuide\\_NHRInsts.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/RGuide_NHRInsts.pdf) (consulté le 4 mars 2016).
- United Nations (2016). UN Practitioners' Portal on Human Rights Based Approaches to Programming: FAQ on HRBA. Disponible : <http://hrbaportal.org/faq> (consulté le 15 juin 2016).
- UN Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues (2014). The Health of Indigenous Peoples. Thematic Paper on the Health of Indigenous Peoples. Disponible : [http://www.un.org/en/ga/president/68/pdf/wcip\\_IASG%20Thematic%20Paper%20-%20Health%20-%20rev1.pdf](http://www.un.org/en/ga/president/68/pdf/wcip_IASG%20Thematic%20Paper%20-%20Health%20-%20rev1.pdf) (consulté le 7 mars 2016).
- WHA (2009). World Health Assembly Resolution 62.14: Reducing health inequities through action on the SDH. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/WHA62\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en.pdf) (consulté le 22 février 2016).
- WHA (2012). World Health Assembly Resolution 65.8: Outcome of the World Health Conference on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/sdhconference/background/A65\\_R8-en.pdf?ua=1](http://www.who.int/sdhconference/background/A65_R8-en.pdf?ua=1) (consulté le 22 février 2016).
- Whitehead M (1991). The concepts and principles of equity and health. Health Promotion International. 1991;6(3):217–228.
- WHO (1946). Constitution of the World Health Organization. New York. Disponible : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (consulté le 4 mars 2016).
- WHO (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf) (consulté le 4 mars 2016).
- WHO (2011a). Closing the gap: Policy into practice on social determinants of health. Discussion paper. Geneva: World Health Organization. Disponible : <http://www.who.int/sdhconference/Discussion-paper-EN.pdf> (consulté le 24 février 2016).

- WHO (2011b). Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/gender/documents/health\\_managers\\_guide/en/](http://www.who.int/gender/documents/health_managers_guide/en/) (consulté le 4 mars 2016).
- WHO (2011c) Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro: Brazil. Disponible : [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration.pdf?ua=1](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1) (consulté le 22 février 2016).
- WHO (2013a). WHO (2013). Demonstrating a health in all policies analytic framework for learning from experiences: based on literature reviews from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104083/1/9789241506274\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104083/1/9789241506274_eng.pdf) (consulté le 7 mars 2016).
- WHO (2013b). Women's and children's health: Evidence of impact of human rights. Bustreo F, Hunt P, eds. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420_eng.pdf?ua=1) (consulté le 4 mars 2016).
- WHO (2014). Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua=1) (consulté le 4 mars 2016).
- WHO and OHCHR (2001). Factsheet No. 31. The Right to Health. Geneva. Disponible : [http://www.who.int/hhr/activities/Right\\_to\\_Health\\_factsheet31.pdf](http://www.who.int/hhr/activities/Right_to_Health_factsheet31.pdf) (consulté le 4 mars 2016).
- WHO Regional Office for Europe (1990). The concepts and principles of equity and health. (Whitehead M, document number: EUR/ICP/RPD 414). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible : [http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity\\_and\\_health.pdf](http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf) (consulté le 4 mars 2016).
- World Health Organization Regional Office for Europe (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health. (Whitehead M, Dahlgren G). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74737/E89383.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf) (consulté le 4 mars 2016).



# Étape 1

Élaborer une liste de  
contrôle diagnostique





# Vue d'ensemble

À l'Étape 1, l'équipe d'examen va réaliser une évaluation initiale du programme de santé à l'aide d'une liste de contrôle diagnostique. Le rapport ainsi établi constitue un document de référence qui rend compte de la situation actuelle du programme et comprend une évaluation préliminaire des défis liés à l'équité, à la parité homme-femme, aux droits de l'homme et aux déterminants sociaux de la santé. Les données de la liste de contrôle sont utiles en tant que telles, mais elles seront également utilisées pour les étapes suivantes.

La liste de contrôle est constituée de questions relatives aux objectifs, à la structure, à l'organisation, au processus de planification, à la mise en œuvre, à la surveillance et à l'évaluation du programme. Certaines questions portent sur des concepts et des principes abordés dans la section précédente, dont les membres de l'équipe d'examen devront prendre connaissance avant de débuter l'Étape 1.

L'Encadré 1.1 de ce chapitre donne une vue d'ensemble des questions de la liste de contrôle. Les questions de la liste de contrôle n'ont pas un caractère prescriptif et n'appellent pas des réponses stéréotypées. Elles devront au contraire être examinées en tenant compte de la spécificité du pays et du programme. Si nécessaire, des adaptations nationales seront les bienvenues. Cependant, les éventuelles adaptations devront respecter la nature essentielle de la question, dans la mesure où les réponses vont servir de base aux étapes suivantes du processus Innov8.

Idéalement, l'équipe devra documenter les ajustements et les communiquer à l'OMS afin de faciliter le suivi et l'apprentissage en fonction des différents contextes.

L'Étape 1 favorise le travail d'équipe en proposant aux membres de l'équipe des espaces dédiés aux échanges et à la réflexion sur le programme, de manière à parvenir à un consensus. Compléter la liste de contrôle permet de renforcer l'engagement de l'équipe d'examen en vue de réaliser une analyse critique et constructive du programme.

En répondant aux questions, l'équipe d'examen devra s'appuyer sur les documents du programme (tels que rapports ou évaluations antérieures) et d'autres informations qu'elle aura recueillies et les mentionner le cas échéant. Dans certains pays, pour répondre aux questions, les équipes d'examen ont bénéficié des contributions d'autres professionnels, issus notamment des départements d'informations et statistiques sanitaires et d'instituts nationaux de la statistique. Pour cette raison, il est important d'inclure les opérateurs locaux du programme (par exemple les prestataires de soins de santé primaires ainsi que les organisations de la société civile et les représentants d'autres secteurs). Il est également possible que l'équipe souhaite consulter d'autres acteurs.

À l'Étape 1, l'équipe devra remplir la liste de contrôle diagnostique fournie et rédiger un rapport concis résumant les données et les conclusions. Ces éléments constitueront les principaux produits de cette étape.

## Objectifs de l'Étape 1

- Compléter une liste de contrôle diagnostique afin d'identifier et de décrire les points essentiels concernant les objectifs, la structure, l'organisation, le processus de planification, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation du programme.
- Mener une réflexion préliminaire sur les questions d'équité, de parité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé qui seront développées au cours de l'examen et dans la proposition de révision.

# COMPLÉTER UNE LISTE DE CONTRÔLE DIAGNOSTIQUE

## ÉTAPE 1

### Encadré 1.1 Vue d'ensemble des questions de la liste de contrôle

1. Quels sont le/les but(s) affiché(s), les objectifs et les résultats escomptés du programme ?
  - a. Quels sont le(s) but(s) et les objectifs du programme ?
  - b. Quels sont les résultats escomptés du programme ?
  - c. Le programme comporte-t-il un objectif spécifique visant à ne laisser personne de côté (voir explications sur l'équité, la sexospécificité, les droits de l'homme et les déterminants sociaux) ?
2. Quel est le thème ou le problème abordé par le programme ?
3. Comment les droits de l'homme, y compris le droit à la santé, sont-ils intégrés dans le programme de santé ?
  - a. L'équipe d'examen et d'autres personnes travaillant sur le programme prennent-ils en considération les droits de l'homme en association avec le programme ?
  - b. Dans quelle mesure la documentation se rapportant au programme fait-elle référence aux traités internationaux sur les droits de l'homme, aux conventions ou aux normes relatives au droit à la santé, y compris les observations ou les recommandations ?
4. Quelle est la population cible du programme et comprend-elle des sous-populations prioritaires ?
  - a. Quelle est la population cible du programme ?
  - b. Le programme définit-il des sous-populations prioritaires parmi la/les population(s) cible(s) ?
  - c. Pour les sous-populations susmentionnées, dans quelle mesure le programme prend-il en considération la manière dont les caractéristiques sociales et les normes, les rôles et les relations sexospécifiques influent sur chacune d'entre elles ?
5. Comment le programme évalue-t-il les besoins de la population ?
  - a. Comment le programme évalue-t-il les besoins de la population ?
  - b. Comment le programme évalue-t-il les besoins spécifiques des sous-populations (y compris ceux qui sont liés aux normes, aux rôles et aux relations sexospécifiques) ?
6. Quels sont les principaux services, interventions ou activités du programme ?
  - a. Quels sont les interventions, les services ou les activités du programme ?
  - b. Quelles difficultés de mise en œuvre ont été repérées concernant l'ensemble des interventions du programme mentionné ci-dessus ?
7. Comment les interventions, les services et les activités du programme prennent-ils en compte le contexte ?
  - a. Comment les interventions, les services et les activités prennent-ils en considération les contextes dans lesquels vit/vivent la/les population(s) cible(s) ?
  - b. Comment les interventions, les services et les activités sont-ils différenciés en fonction des sous-populations ?
8. Qui est en charge de la mise en œuvre des interventions ?
  - a. Qui met en œuvre les interventions (ex. prestataires aux niveaux infranational et local) ?
  - b. Comment les responsables de la mise en œuvre participent-ils à la planification, à la surveillance, à l'examen et à l'évaluation du programme ?
9. Comment le programme intègre-t-il les principes d'une approche fondée sur les droits de l'homme, notamment la non-discrimination et l'égalité, la participation, la responsabilisation ainsi que les aspects relevant du droit à la santé (disponibilité, accessibilité, accessibilité et qualité) ?
10. Comment le programme inclut-il des mécanismes de participation sociale ?
  - a. Quels groupes ou organisations participent et par quels mécanismes ?
  - b. Quels sont les principaux défis de la participation sociale ?
11. Comment le programme inclut-il l'action intersectorielle ?
  - a. Veuillez indiquer comment le programme inclut l'action intersectorielle.
  - b. Quelles sont les principaux défis et les principales difficultés de mise en œuvre de l'action intersectorielle ?

**Encadré 1.1 Vue d'ensemble des questions de la liste de contrôle**

12. Quelles sont les réalisations principales de ce programme et quels indicateurs utilise-t-il pour les vérifier ?
  - a. Quels sont les résultats et les réalisations majeurs de ce programme ?
  - b. Quels indicateurs le programme utilise-t-il pour vérifier les réalisations ?
  - c. Le cas échéant, quels indicateurs en matière d'équité, de parité hommes-femmes, de droits de l'homme ou de déterminants sociaux, le programme utilise-t-il pour vérifier les réalisations ou leur suivi en lien avec le programme ?
  - d. Quelles sont les procédures d'examen et d'évaluation prévues dans le programme ? Qui y participe et à quelle fréquence ?
13. Quelles sont potentiellement les questions d'équité, de parité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé devant être prises en compte dans l'examen ?

Source : Questions adaptées à partir de la liste de contrôle diagnostique originale élaborée par le gouvernement chilien (Ministerio de Salud, Chile, 2010:30).

# COMPLÉTER UNE LISTE DE CONTRÔLE DIAGNOSTIQUE

## ÉTAPE 1

### MODÈLE DE LISTE DE CONTRÔLE

L'équipe d'examen devra utiliser ce modèle pour répondre aux questions de la liste de contrôle. Les éventuels changements ou adaptations en fonction du pays devront être précisés. Il est

recommandé que l'équipe d'examen rédige un bref rapport narratif (trois ou quatre pages) qui résume les conclusions principales afin de le joindre à la liste de contrôle complétée.

| Date ou période de réponse |
|----------------------------|
|                            |

| Nom officiel du programme (inclure le nom dans la langue nationale et la traduction en anglais) |
|---|
|   |

| Institution dans laquelle le programme est basé |
|---|
|   |

| Noms des membres de l'équipe qui ont complété la liste de contrôle | Rôle relativement au programme ou, si vous ne faites pas partie du personnel du programme, votre affiliation<br>(ex. autre service du ministère, organisations de la société civile, institut de recherche, institutions nationales des droits de l'homme, parlementaires) |
|--|--|
| 1.   | 1.   |
| 2.   | 2.   |
| 3.   | 3.   |
| 4.   | 4.   |
| 5.   | 5.   |
| 6.   | 6.   |
| 7.   | 7.   |
| 8.   | 8.   |

## 1. Quels sont le/les but(s) affiché(s), les objectifs et les résultats escomptés du programme ?

Les objectifs et les résultats escomptés doivent être spécifiques au programme ou à l'ensemble d'interventions plutôt qu'au système de santé en général.

Le **but du programme** est une déclaration générale qui décrit la finalité à long terme du programme.

Celle-ci sert de base à l'élaboration des objectifs du programme. **Les objectifs du programme** décrivent les résultats attendus et comment ils seront obtenus. **Les résultats escomptés** désignent les réalisations qu'un programme est censé produire.

**1.a. Quels sont le(s) but(s) et les objectifs du programme ? Veuillez les énumérer.**

**1.b. Quels sont les résultats escomptés du programme ? Veuillez les énumérer.**

# COMPLÉTER UNE LISTE DE CONTRÔLE DIAGNOSTIQUE

## ÉTAPE 1

### 1.c. Le programme comporte-t-il un objectif spécifique visant à ne laisser personne de côté (voir explications sur l'équité, la sexospécificité, les droits de l'homme et les déterminants sociaux) ? Si oui, veuillez préciser.

Ce type d'**objectif** doit viser plus particulièrement la réduction ou l'élimination des différences en matière de santé qui sont systématiques et évitables parmi les sous-populations.

Les objectifs pourront reprendre certains aspects liés à l'équité, aux déterminants sociaux de la santé, aux approches respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme de manière à améliorer l'équité en santé. Par exemple, un objectif peut viser à réduire ou à éliminer les différences évitables et injustes induites par les normes, les rôles et les relations sexospécifiques ou il peut viser à assurer la non-discrimination et l'égalité, dans le cadre d'une approche fondée sur les droits de l'homme.

Bien qu'un objectif de couverture sanitaire universelle (CSU) vise à répondre aux besoins de tous les groupes, en tant que tel, il ne constitue pas nécessairement

un objectif visant spécifiquement à ne laisser personne de côté. Cela s'explique par le fait que, dans les réformes destinées à mettre en place la CSU, des mesures spécifiques sont nécessaires pour veiller à ce que ces réformes bénéficient aux sous-populations défavorisées au moins autant qu'aux sous-populations plus favorisées. Cette situation se justifie par l'existence d'obstacles qui empêchent les sous-populations plus défavorisées de bénéficier pleinement des réformes concernant la couverture sanitaire universelle. Les objectifs pour ne laisser personne de côté prennent spécialement en compte ces obstacles. Cependant, les mesures qui ciblent uniquement certaines sous-populations marginalisées (indépendamment d'une approche de couverture sanitaire universelle plus large) ne permettent pas d'atteindre l'objectif visant à ne laisser personne de côté, tel que stipulé dans les ODD, qui visent notamment à assurer une couverture sanitaire universelle.

## 2. Quel est le thème ou le problème abordé par le programme ?

Le thème ou le problème abordé par le programme, parfois appelé **l'espace-problème** (Sridharan, 2012), décrit les questions qui présentent un intérêt en lien avec le problème envisagé dans le programme – les facteurs qui y sont associés, l'évolution de ce problème dans le temps et idéalement sa répartition au sein de la population. L'espace-problème pourra ou non prendre en compte les inégalités en santé. Par exemple, les programmes de santé peuvent viser à : prévenir, traiter ou prendre en compte une maladie

ou un trouble particulier (par ex, la tuberculose, l'hypertension, un trouble mental) ; cibler un facteur de risque précis (par ex. le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires, la pollution atmosphérique) ; mettre l'accent sur un système de l'organisme en particulier (par ex. cardiovasculaire, respiratoire) ; ou privilégier la santé tout au long de la vie (par ex. santé de l'adolescent), entre autres types de classification.

### **Quel est le thème ou le problème abordé par le programme ?**

## 3. Comment les droits de l'homme, y compris le droit à la santé, sont-ils intégrés dans le programme de santé ?

**3.a. L'équipe d'examen et d'autres personnes travaillant sur le programme prennent-ils en considération les droits de l'homme en association avec le programme ? Veuillez décrire votre expérience concrète concernant les droits de l'homme par exemple dans le cycle du programme et le travail quotidien.**

# COMPLÉTER UNE LISTE DE CONTRÔLE DIAGNOSTIQUE

## ÉTAPE 1

### **3.b. Dans quelle mesure la documentation se rapportant au programme fait-elle référence aux traités internationaux sur les droits de l'homme, aux conventions ou aux normes relatives au droit à la santé, y compris les observations ou les recommandations ? Veuillez préciser comment la question des droits de l'homme est abordée et mise en œuvre dans le programme.**

La question qui se pose ici est la suivante : le programme fait-il référence dans la documentation afférente aux normes inscrites dans les traités internationaux sur les droits de l'homme, les conventions ou les normes sur le droit à la santé. Il s'agit notamment de la Convention des Nations Unies relatives aux droits de l'enfant ; la Convention sur l'élimination de toutes les formes de

discrimination à l'égard des femmes ; la Convention relative aux droits des personnes handicapées ; et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Si le programme ne se réfère pas expressément aux traités, aux conventions ou aux normes relatifs aux droits de l'homme – ce qui peut être le cas – il convient de le signaler.

### **4. Quelle est la population cible du programme et comprend-elle des sous-populations prioritaires ?**

La liste de sous-populations ci-dessous peut s'avérer utile pour aider l'équipe d'examen à répondre à cette question, mais d'autres sous-populations présentant un intérêt du point de vue du programme et du contexte spécifiques doivent également être incluses.

#### **4.a. Quelle est la population cible du programme ?**

Veuillez inclure **l'énoncé du programme** applicable à la population cible (en indiquant également une estimation de la taille de la population en chiffres absolus et en pourcentage de la population totale et en précisant si les hommes et les femmes, ou les garçons et les filles sont inclus).

**4.b. Le programme définit-il des sous-populations prioritaires parmi la/les population(s) cible(s) ? Si oui, indiquez quelles sous-populations et pourquoi elles sont prioritaires.**

Veuillez préciser les raisons. Passez en revue la liste suivante de sous-populations spécifiques et cochez celles qui sont applicables.

|  |
|--|
|  |
|--|

| Indiquez si certaines parmi les sous-populations suivantes sont prioritaires  | Cochez si applicable |
|---|----------------------|
| <b>Ciblée en fonction du sexe</b>   |                      |
| <b>Tranches d'âge</b> (par ex. enfants, jeunes, personnes âgées, etc.)  |                      |
| <b>Handicap</b> (ex. physique, auditif, visuel, intellectuel/de croissance, d'apprentissage, maladie mentale, addictions/consommation de substances psychoactives, etc.)  |                      |
| <b>Communautés ethno-raciales</b> (par ex. groupes aborigènes/autochtones, minorités raciales ou culturelles, etc.)   |                      |
| <b>Groupes à risque élevé d'exposition à des facteurs de risque spécifiques</b>   |                      |
| <b>Groupes en fonction de niveau de revenu ou d'instruction</b>   |                      |
| <b>Personnes ayant un métier ou un statut professionnel spécifique</b> (par ex. employées du secteur informel, sous-employées ou au chômage ou dans des secteurs tels que le commerce du sexe ou l'industrie minière) |                      |
| <b>Personnes ayant un statut de migrant, de demandeur d'asile et de réfugié</b> (y compris les migrants en situation régulière, irrégulière et les migrants intérieurs)   |                      |
| <b>Communautés religieuses/confessionnelles</b>   |                      |
| <b>Les populations</b> habitant dans des régions rurales/éloignées ou des taudis urbains (par ex. isolement géographique ou social, régions mal desservies, etc.)   |                      |
| <b>Autres</b> : veuillez décrire la sous-population ci-dessous  |                      |

# COMPLÉTER UNE LISTE DE CONTRÔLE DIAGNOSTIQUE

## ÉTAPE 1

**4.c.** Pour les sous-populations susmentionnées, dans quelle mesure le programme prend-il en considération la manière dont les caractéristiques sociales et les normes, les rôles et les relations sexospécifiques influent sur chacune d'entre elles ? Veuillez fournir une explication succincte.

## 5. Comment le programme évalue-t-il les besoins de la population ?

**5.a. Comment le programme évalue-t-il les besoins de la population ?**

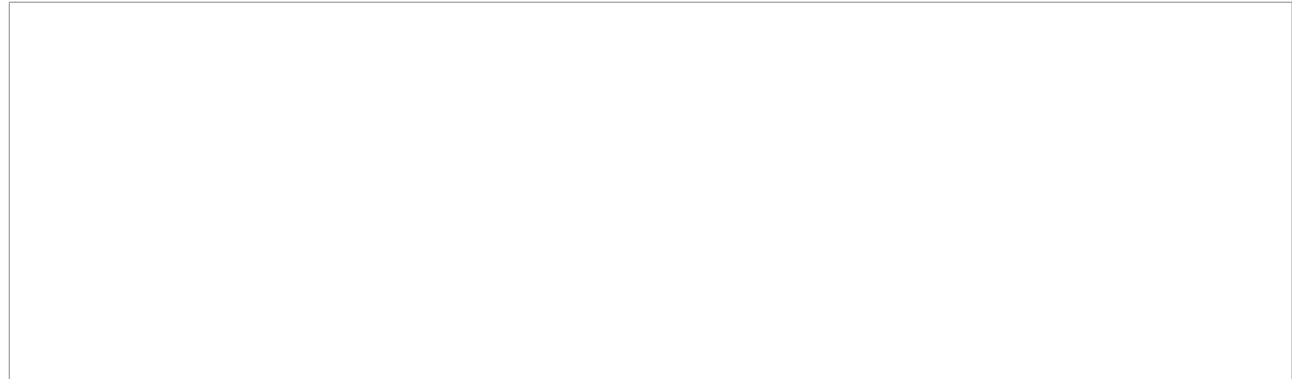
Si une évaluation des besoins a été réalisée pour le programme, veuillez joindre le document.

Les programmes de santé doivent être basés sur une évaluation des besoins de la population, en ce qui concerne la question de santé abordée par le programme. Cette évaluation a pour objectif de préciser quels interventions, services ou activités sont fournis, selon quelles modalités et pour quel public. Il existe plusieurs méthodes pour évaluer les besoins de la population. Dans de nombreux programmes de santé, les besoins de la population sont définis par des experts (**médecins ou décideurs politiques**), le plus souvent en fonction de normes ou de critères.

Il existe cependant d'autres méthodes pour évaluer ces besoins. Une méthode consiste à demander aux personnes quels sont les besoins perçus (c'est-à-dire leurs problèmes ou leurs attentes) au moyen d'enquêtes ou de consultations. Une autre méthode consiste à évaluer les besoins qui sont exprimés par

les personnes à travers leurs **actes et leur demande de services**, en lien avec la question de santé. Cette évaluation est souvent basée sur les informations relatives à l'utilisation des services sanitaires fournies par les registres des services de santé et les listes d'attente. Une dernière méthode d'évaluation des besoins d'une population consiste à effectuer une **comparaison avec des groupes** présentant des caractéristiques similaires à ceux qui bénéficient des services, de manière à évaluer les besoins en termes d'écart de couverture des services de santé (Bradshaw, 1972)

Dans cette question, vous devrez indiquer **qui** prend les décisions concernant les besoins du programme et sur **quelles informations** se fondent leurs décisions, en ce qui concerne les méthodes d'évaluation des besoins citées ci-dessus.

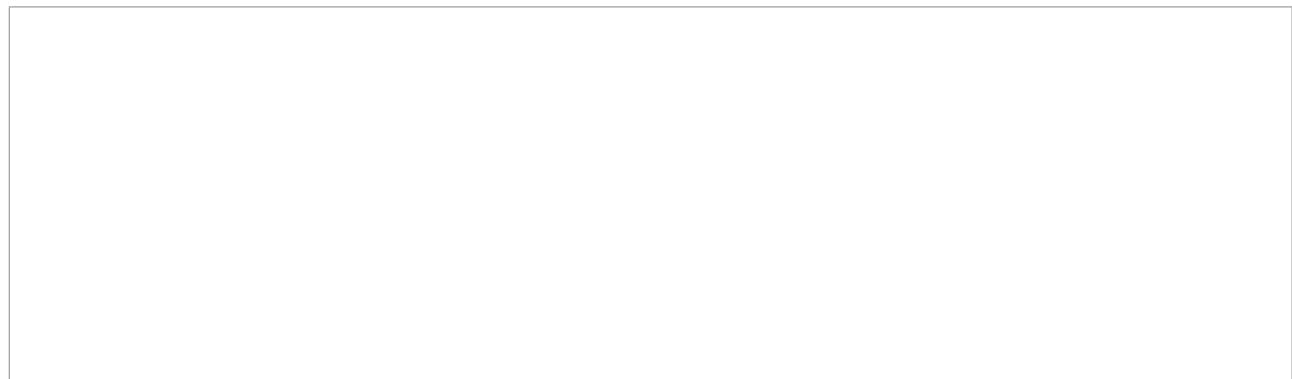


### 5.b. Comment le programme évalue-t-il les besoins spécifiques des différentes sous-populations ?

Par exemple, une analyse des spécificités de chaque sexe a-t-elle été réalisée dans le cadre de l'évaluation des besoins ? L'évaluation des besoins prend-elle en compte la manière dont la question de la sexospécificité influe sur les différences entre les hommes et les femmes en termes d'exposition aux risques, d'investissement au niveau du ménage dans la nutrition, les soins et l'éducation, d'accès et de recours aux services, d'expériences en matière d'établissements de soins de santé, de résultats sanitaires et de conséquences sociales de la mauvaise santé ? Ce type d'analyse permet d'identifier les différences entre les hommes/garçons et les femmes/filles dues : i) aux normes, aux rôles et aux relations

sexospécifiques ; ii) aux différences en termes d'accès aux ressources et de maîtrise de celles-ci ; et iii) aux différences biologiques (ex. en fonction du sexe), tout au long de la vie.

La prise en considération des besoins spécifiques ne doit pas se limiter au sexe et à la sexospécificité ; il est également important de prendre en compte d'autres déterminants sociaux tels que, notamment, le lieu de résidence (rural/urbain), le niveau de revenu et d'instruction, ainsi que leurs liens (dans la mesure où un bon nombre d'entre eux jouent un rôle en déterminant les autres et/ou en étant déterminés par ceux-ci).



# COMPLÉTER UNE LISTE DE CONTRÔLE DIAGNOSTIQUE

## ÉTAPE 1

### 6. Quels sont les principaux services, interventions ou activités du programme ?

#### 6.a. Quels sont les interventions, les services ou les activités du programme ? Veuillez les énumérer et les classer dans le tableau ci-dessous.

Les termes « intervention, service ou activité » du programme renvoient à une action qui permet la réalisation d'un ou de plusieurs objectifs du programme et par conséquent l'obtention des résultats escomptés. Ces actions peuvent s'adresser aux **individus** ou à la **population**. Par exemple, les interventions prénatales et les services néonatals sont des interventions individuelles. Parmi les exemples d'interventions concernant la population, qui agissent sur les déterminants au niveau populationnel pour modifier le contexte social qui influe sur le contexte, il faut citer les taxes sur les cigarettes ou l'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'enrichissement d'aliments comme la farine et le lait ou les réglementations sur la salubrité de l'environnement.

Les termes **population** et **universel** peuvent susciter une certaine confusion. Un programme peut avoir une couverture universelle en ce qui concerne des interventions individuelles, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'il s'agisse d'une intervention populationnelle. La couverture universelle de toutes les personnes ayant un besoin spécifique de traitement individualisé peut ne pas avoir d'impact sur la population. En revanche, dans certains cas, par exemple la vaccination, la couverture universelle a des effets externes positifs même pour ceux qui ne sont pas vaccinés (effet de groupe). Pour cette raison, certains experts classent la vaccination dans la catégorie des interventions populationnelles.

| Interventions/services/activités du programme | L'intervention est-elle individuelle ou populationnelle ?<br>(Cocher la colonne applicable) |                 |
|---|---|-----------------|
|   | Individuelle  | Populationnelle |
| 1.  |   |                 |
| 2.  |   |                 |
| 3.  |   |                 |
| 4.  |   |                 |
| 5.  |   |                 |

**6.b. Quelles difficultés de mise en œuvre ont été repérées concernant l'ensemble des interventions du programme mentionné ci-dessus ? Veuillez préciser.**

Exemples de difficultés de mise en œuvre : pénurie de professionnels de santé convenablement formés, problèmes de qualité, indisponibilité de ressources telles que les médicaments et les équipements technologiques, acceptabilité des services, absence d'expression ou avec un temps de retard d'un besoin

sanitaire par la population cible et/ou problèmes d'observance du traitement par les patients, éloignement des établissements de santé (associé au manque de transport ou aux coûts de celui-ci) pour les membres de la population cible.

**7. Comment les interventions, les services et les activités du programme prennent-ils en compte le contexte ?**

**7.a. Comment les interventions, les services et les activités prennent-ils en considération les contextes dans lesquels vit/vivent la/les population(s) cible(s) ?**

# COMPLÉTER UNE LISTE DE CONTRÔLE DIAGNOSTIQUE

## ÉTAPE 1

### **7.b. Comment les interventions, les services et les activités sont-ils différenciés en fonction des sous-populations ?**

Par exemple, comment prennent-ils en compte les conditions de vie et de travail de la population ou la discrimination (fondée notamment sur l'origine ethnique, la classe sociale, le sexe, l'identité et l'orientation sexuelles) ? Le contexte de la vie des hommes et/ou des femmes et de leurs besoins en matière de santé a-t-il été pris en considération ? Comment les normes, les rôles et les relations sexospécifiques et d'autres normes culturelles ont-ils été pris en compte ?

## 8. Qui est en charge de la mise en œuvre des interventions ?

| a) Qui met en œuvre les interventions (ex. prestataires aux niveaux infranational et local) ? Pour chaque intervention décrite ci-dessus, veuillez énumérer les responsables de la mise en œuvre. | b) Comment ces responsables participent-ils à la planification, à la surveillance, à l'examen et à l'évaluation ? |
|---|---|
| 1.  |   |
| 2.  |   |
| 3.  |   |
| 4.  |   |
| 5.  |   |

## 9. Comment le programme intègre-t-il les principes suivants d'une approche fondée sur les droits de l'homme et les éléments du droit à la santé ?

**Comment le programme intègre-t-il/traite-t-il les principes suivants d'une approche fondée sur les droits de l'homme et les éléments du droit à la santé ?** Voir *l'Introduction aux concepts, aux principes et aux cadres appliqués* pour des explications sur chacune de ces notions.

- Non-discrimination et égalité
- Participation
- Responsabilisation
- Disponibilité
- Accessibilité
- Acceptabilité
- Qualité

## 10. Comment le programme inclut-il des mécanismes de participation sociale ?

### 10.a. Quels groupes ou organisations participent et par quels mécanismes ?

# COMPLÉTER UNE LISTE DE CONTRÔLE DIAGNOSTIQUE

## ÉTAPE 1

**10.b.** Quels sont les principaux défis de la participation sociale (sur la base des connaissances et de l'expérience de l'équipe d'examen) ?

11. Comment le programme inclut-il l'action intersectorielle ?

**11.a.** Veuillez indiquer comment le programme inclut l'action intersectorielle, en complétant le tableau ci-dessous.

| Secteur                    | Quelle action menez-vous avec ce secteur ? | Quel est le but ou l'objectif de cette coopération ? |
|----------------------------|--|--|
| Éducation                  |  |  |
| Planification sociale      |  |  |
| Protection sociale         |  |  |
| Affaires féminines         |  |  |
| Travail                    |  |  |
| Habitat                    |  |  |
| Agriculture                |  |  |
| Financement                |  |  |
| Autres (veuillez préciser) |  |  |

**11.b. Quels sont les principaux défis et les principales difficultés de la participation sociale (sur la base des connaissances et de l'expérience de l'équipe d'examen) ?**

**12. Quelles sont les réalisations principales de ce programme et quels indicateurs utilise-t-il pour les vérifier ?**

En répondant aux questions ci-dessous, veuillez mentionner les documents du programme utiles et vous assurer qu'ils sont inclus dans le compendium réunissant les sources de données et les informations.

**12.a. Quels sont les résultats et les réalisations majeurs de ce programme ?**

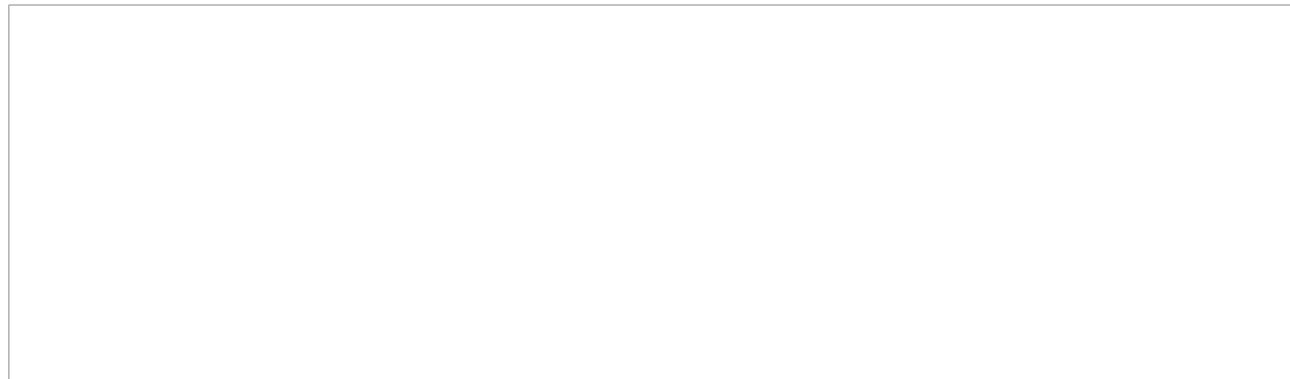
**12.b. Quels indicateurs le programme utilise-t-il pour vérifier les réalisations ?**

Le programme peut comporter plusieurs indicateurs d'exécution pour l'ensemble de la chaîne de résultats des contributions, des processus, des produits, des réalisations et des retombées. Par exemple, le programme comporte-t-il des **indicateurs d'impact** (ex. changements mesurables en matière de qualité de vie, réduction de l'incidence de certaines maladies, augmentation du revenu des femmes, réduction de la mortalité) ? Le programme comporte-t-il des **indicateurs de processus**, qui mesurent la

progression des activités dans un programme/projet et la manière dont celles-ci sont mises en œuvre (par ex. en ce qui concerne le degré de participation ou incluant parfois les indicateurs de contribution tels que la quantité, la qualité et la mise à disposition en temps voulu des ressources, humaines, financières et matérielles et aussi technologiques ainsi que les informations) pour un programme ou une activité (adapté de Patton, 1997 : 220) ?

# COMPLÉTER UNE LISTE DE CONTRÔLE DIAGNOSTIQUE

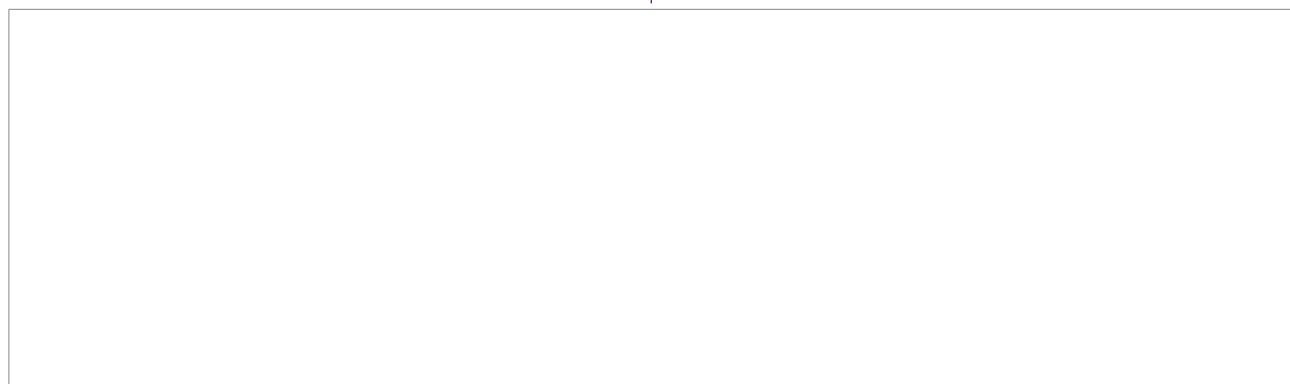
## ÉTAPE 1



### **12.c. Le cas échéant, quels indicateurs en matière d'équité, de parité hommes-femmes, de droits de l'homme ou de déterminants sociaux, le programme utilise-t-il pour vérifier les réalisations ou leur suivi en lien avec le programme ?**

Ces indicateurs incluent ceux qui tiennent compte de la stratification de l'équité d'autres indicateurs liés par exemple aux taux de couverture, à la morbidité et à la mortalité en fonction du sexe, du lieu de résidence (rural/urbain), du revenu, du niveau d'instruction ou d'autres déterminants pertinents pour le contexte national. Ils peuvent également aborder des questions telles que, mais pas exclusivement, les expériences de discrimination perçues par les prestataires de soins, les raisons qui expliquent le non-recours aux soins (par ex. liées à la nécessité de demander

l'autorisation, les obstacles financiers, l'éloignement), et les expériences en matière de participation à la conception, à la planification, à la mise en œuvre, à la surveillance et à l'évaluation du programme. Les indicateurs peuvent aussi être destinés à contrôler les progrès s'agissant de l'égalité entre les sexes, y compris les mesures de l'autonomisation (des femmes et de la communauté). Il existe également des indicateurs de processus et de réalisations concernant la prise en compte des sexospécificités.



**12.d. Quelles sont les procédures d'examen et d'évaluation prévues dans le programme ? Qui y participe et à quelle fréquence ?**

13. Après avoir complété la liste de contrôle et en mettant à profit l'expérience et les connaissances de l'équipe, quelles sont potentiellement les questions d'équité, de parité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé devant être prises en compte dans l'examen ?

**Équité**

# COMPLÉTER UNE LISTE DE CONTRÔLE DIAGNOSTIQUE

## ÉTAPE 1

### Sexe

### Droits de l'homme

### Déterminants sociaux de la santé

Nous rappelons que ces conclusions sur les principaux défis sont préliminaires et seront complétées au fur et à mesure que l'équipe abordera les étapes suivantes de l'examen.

## REFERENCES

Bradshaw J (1972). A taxonomy of social need. In: McLachlan G, ed. Problems and progress in medical care: essays on current research. 7<sup>th</sup> series. Oxford: Nuffield Provincial Hospital Trust.

Ministerio de Salud, Chile (2010). Documento Técnico II: Pauta para Iniciar la Revisión de los Programas: Lista de Chequeo de Equidad. Serie de Documentos Técnicos del Rediseño de los Programas desde la Perspectiva de Equidad y Determinantes Sociales. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública. [Ministry of Health, Chile (2010). Technical document II for supporting the review and redesign of public health programmes from the perspective of equity and social determinants of health. Santiago: Undersecretary for Public Health.] Documents en espagnol uniquement.

Ministère espagnol de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité (2012). Methodological guide to integrate equity into health strategies, programmes and activities. Version 1. Madrid. Available: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent\\_Guia2012/docs/Methodological\\_Guide\\_Equity\\_SPAs.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf) (consulté le 17 février 2016).

Patton QM (1997). Utilization focused evaluation: The new century text. 3<sup>rd</sup> edition. London: Sage Publications.

Sridharan S (2012). A Pocket Guide to Evaluating Health Equity Interventions – Some Questions for Reflection by Sanjeev Sridharan. Magic: Measuring & Managing Access Gaps in Care (blog entry). Disponible : <http://www.longwoods.com/blog/a-pocket-guide-to-evaluating-health-equity-interventions-some-questions-for-reflection/> (consulté le 17 février 2016).

### Additional resources consulted in formulating this checklist

CDC (2013). A Practitioner's Guide for Advancing Health Equity: Community Strategies for Preventing Chronic Disease. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention. Disponible : <http://www.cdc.gov/nccdphp/dch/health-equity-guide/index.htm> (consulté le 17 février 2016).

Government of Tasmania (2016). Equity Checklist. Web page. Department of Health and Human Resources. Disponible : [http://www.dhhs.tas.gov.au/healthpromotion/wihpw/principles/equity/checklist\\_equity](http://www.dhhs.tas.gov.au/healthpromotion/wihpw/principles/equity/checklist_equity) (consulté le 17 février 2016).

Ontario Public Health Association (2010). Health equity checklist reference document. Disponible : [http://opha.on.ca/OPHA/media/Resources/Resource%20Documents/Health\\_Equity\\_Checklist-Reference\\_Document.pdf?ext=.pdf](http://opha.on.ca/OPHA/media/Resources/Resource%20Documents/Health_Equity_Checklist-Reference_Document.pdf?ext=.pdf) (consulté le 17 février 2016).

Pauly B, MacDonald M, O'Briain W, Hancock T, Perkin K, Martin W, Zeisser C, Lowen C, Wallace B, Beveridge R, Cusack E, Riishede J, on behalf of the ELPH Research Team (2013). Health Equity Tools. Victoria, BC: University of Victoria. Disponible : <http://www.uvic.ca/research/projects/elph/assets/docs/Health%20Equity%20Tools%20Inventory.pdf> (consulté le 17 février 2016).

Sudbury and District Health Unit (2014). Health equity mapping checklist. Government of Canada.

University of York (2011). An equity checklist: a framework for health technology assessments. Centre for Health Economics Research Paper 62. Disponible : [http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP62\\_an\\_equity\\_checklist\\_a\\_framework\\_for\\_HTA\\_.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP62_an_equity_checklist_a_framework_for_HTA_.pdf) (consulté le 17 février 2016).

USAID (2010). Equity framework for health. Policy brief from Health Policy Initiative, Task Order 1. Disponible : <http://www.healthpolicyinitiative.com/index.cfm?ID=topicEquity> (consulté le 17 février 2016).

USAID and Maternal and Child Health Integrated Program (2013). Checklist for Health Equity Programming. Washington DC. Available: [http://www.mchip.net/sites/default/files/Checklist%20for%20MCHIP%20Health%20Equity%20Programming\\_FINAL\\_formatted%20\\_2\\_.pdf](http://www.mchip.net/sites/default/files/Checklist%20for%20MCHIP%20Health%20Equity%20Programming_FINAL_formatted%20_2_.pdf) (consulté le 17 février 2016).

WHO (2011). Human rights and gender equality in health sector strategies: How to assess policy coherence. Geneva: World Health Organization. Disponible : <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRandGenderEqualityinHealthSectorStrategies.pdf> (consulté le 17 février 2016).

WHO (2013). Women's and children's health: Evidence of impact of human rights. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420_eng.pdf?ua=1) (consulté le 17 février 2016).



# Étape 2

Comprendre la théorie  
du programme





# Vue d'ensemble

À l'Étape 2, l'équipe d'examen a pour mission de comprendre et de préciser pourquoi et comment les interventions et les activités sont censées produire des résultats. Il s'agit en d'autres termes d'expliquer la « théorie du programme ».

La théorie du programme ne doit pas être confondue avec le but ou l'objectif du programme. La théorie du programme décrit *comment les activités sont susceptibles de contribuer à l'obtention d'un ensemble de produits et de réalisations devant se traduire par les retombées attendues à plus long terme*. La théorie du programme est très proche du concept d'évaluation de « théorie du changement », mais elle s'applique spécifiquement à un programme.

Il est fréquent que la théorie du programme ne soit pas explicite, c'est pourquoi il revient à l'équipe d'examen de « l'expliquer ». Les cinq activités de l'Étape 2 doivent permettre à l'équipe d'examen d'exposer clairement la théorie du programme en :

- 1) Acquérant une meilleure connaissance du problème de santé pris en compte par le programme ;
- 2) Analysant les interventions qui constituent la réponse apportée par le programme à ce problème afin de produire un changement positif au sein de la population cible ;
- 3) Illustrant, à l'aide d'un schéma, les principales composantes du programme (phases principales), y compris les interventions ou les

groupes d'activités, les produits, les réalisations et les retombées ;

- 4) Rédigeant une présentation de la théorie du programme qui explique les mesures devant être mises en œuvre pour obtenir les résultats escomptés et expose les hypothèses qui les sous-tendent ; et
- 5) En examinant si la théorie du programme telle qu'elle est prend explicitement en compte les questions d'équité, de parité homme-femme, de droits de l'homme et de déterminants sociaux de la santé.

Au cours de la réalisation de ce travail, l'équipe d'examen s'appuiera sur les conclusions de l'Étape 1 ainsi que sur les documents programmatiques et les informations recueillies.

À l'issue de l'Étape 2, on disposera d'une présentation de la théorie du programme et d'un schéma reprenant le modèle logique des phases principales du programme. La compréhension de la théorie du programme constitue le point de départ pour analyser le fonctionnement du programme en pratique et déterminer pour quels groupes il est efficace ou inefficace et pour quelles raisons. La mise à l'épreuve du programme est abordée dans les étapes suivantes. Un même programme peut être efficace ou inefficace en fonction de la diversité des sous-populations et des situations, générant des inégalités si les hétérogénéités et les différents contextes ne sont pas pris en compte.

## Objectifs de l'Étape 2

- Identifier les caractéristiques générales du programme, notamment les composantes ou les phases principales, les activités spécifiques et les résultats escomptés.
- Concevoir un schéma du modèle logique reprenant les phases principales du programme, qui illustre le flux des interventions ou des groupes d'activités, les produits et les résultats escomptés.
- Appliquer les concepts théoriques pour comprendre le modèle logique du programme et les hypothèses qui le sous-tendent eu égard à l'engagement de la population et au contexte.
- Déterminer de quelle manière le programme prend en compte les questions d'équité, d'égalité entre les hommes et les femmes, de droits de l'homme et de déterminants sociaux ainsi que la diversité des contextes, l'hétérogénéité des sous-populations et la complexité des interventions.
- Rédiger une présentation de la théorie du programme.

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2

### TEXTES DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉTAPE 2

Ces textes de référence et ces lectures complémentaires ont pour but de fournir à l'équipe d'examen les orientations conceptuelles nécessaires à la compréhension de la théorie du programme :

- Passer d'un « espace-problème » à un « espace-solution » ;
- La théorie d'un programme (commencer par les « bases ») ;

- Élaborer un schéma des phases principales du programme et une présentation de la théorie ; et
- Évaluer si et comment la théorie du programme comprend des mesures permettant de prendre en considération les questions d'équité, de parité homme-femme, de droits de l'homme et de déterminants sociaux de la santé.

### Passer d'un « espace-problème » à un « espace-solution »

Les interventions visant à améliorer l'équité en santé sont souvent appliquées sans une connaissance claire des mécanismes sous-jacents qui génèrent les inégalités. La compréhension des mécanismes qui sous-tendent les interventions visant à améliorer la santé et les inégalités en santé nécessite de préciser comment le programme est susceptible de fonctionner et pour quels groupes dans un contexte donné. Cette connaissance permettra ensuite de

définir comment et à quel stade les questions d'équité, de parité homme-femme, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé pourraient être mieux intégrées dans chaque intervention ou activité du programme. Cette démarche implique de passer d'une vision axée sur l'espace problème à une approche plus centrée sur l'espace solution, comme indiqué dans l'Encadré 2.1.

#### Encadré 2.1 L'espace-problème et l'espace-solution

« Il est intéressant de distinguer les bases factuelles qui relèvent de 'l'espace-problème' et celles qui relèvent de 'l'espace-solution'. 'L'espace-problème' permet de connaître les variables ou les systèmes de relations qui sont associés aux inégalités en santé (par exemple, informations sur les gradients des inégalités en santé) tandis que 'l'espace-solution' permet de savoir quels types d'interventions sont susceptibles de 'fonctionner', pour quels 'groupes de population' et dans quels contextes. À ce jour, la majeure partie des

Sridharan, 2012.

recherches sur les inégalités en santé ont mis l'accent sur l'espace-problème. 'L'espace-solution' n'a assurément pas reçu l'attention qu'il mérite dans la littérature. Les connaissances existantes concernant 'l'espace solution' sont souvent incomplètes pour mettre en œuvre avec succès les interventions dans des contextes spécifiques. Par exemple, la littérature disponible sur les meilleures pratiques ne fournit que rarement des informations sur les contextes requis pour l'obtention de bons résultats. »

## La théorie d'un programme : La conceptualisation du/des problème(s) et l'examen des interventions et des activités du programme

Les programmes de santé sont par essence complexes, car ils ont souvent pour objectif de traiter en même temps un ensemble de problèmes ou de questions connexes dans un système ouvert avec de multiples influences contextuelles, ce qui fait de l'évaluation un processus complexe. Les approches d'évaluation qui se fondent sur la théorie, notamment la perspective réaliste, semblent indiquer que la formulation de la logique des interventions et la prise en compte des mécanismes par lesquels ils produisent les résultats escomptés dans un contexte spécifique – la théorie du programme – contribuent à cette compréhension. Cette approche est axée sur la configuration contexte-mécanisme-résultats (Lacouture et al, 2015).

Afin de comprendre la théorie du programme, il convient tout d'abord d'avoir une idée claire des résultats escomptés du programme. En d'autres termes, il s'agit de déterminer le problème ou la question que le programme tente de traiter et les mesures qui sont prises en raison de leurs effets attendus. L'analyse de l'organisation, des interventions et des activités relatives au programme ainsi que des domaines d'action va permettre d'identifier les hypothèses qui sous-tendent ces actions, c'est-à-dire : « si on prend la mesure A ... on s'attend à obtenir le résultat B, parce que... ». La théorie du programme est décrite à l'Encadré 2.2.

### Encadré 2.2 La théorie d'un programme

La théorie d'un programme correspond à la **représentation des mécanismes qui permettent de comprendre les moyens par lesquels les activités du programme contribuent aux résultats escomptés, à court, à moyen et à long terme**. C'est un modèle qui précise ce qui doit être fait pour atteindre les objectifs et pour comprendre ce qui se passe effectivement à chaque phase principale du programme (Rogers, 2000).

Dans la mesure où les programmes sont toujours présentés dans des contextes sociaux préexistants, ces conditions dominantes interagissent avec les mécanismes du programme pour déterminer les réussites et les échecs. La prise en compte d'hypothèses concernant les interactions avec les facteurs contextuels permet une compréhension globale du fonctionnement du programme (Pawson & Tilley, 1997).

Pour comprendre la théorie du programme, un point de départ utile consistera à identifier ce que Pawson et Sridharan (2009) appellent les « **bases** » du **programme**. Celle-ci comprend notamment :

- A. La conceptualisation et la contextualisation du problème à traiter :** La contextualisation du problème (qu'il s'agisse d'un problème social, institutionnel ou environnemental) fait référence à la localisation du problème sanitaire et à son modèle causal.
- B. Les mesures à prendre :** Les changements qui doivent intervenir pour traiter, minimiser ou éliminer ces problèmes dans le contexte spécifié.

**C. Les moyens d'y parvenir :** Les actions à mener pour apporter des solutions et des ressources nouvelles pour les individus ou les communautés confrontés au problème de santé, afin de provoquer les changements visés par le programme et sur lesquels il se fonde (les mécanismes).

En termes simples, la base du programme est la réponse à la question suivante : En quoi le programme peut-il faire changer les choses ?

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

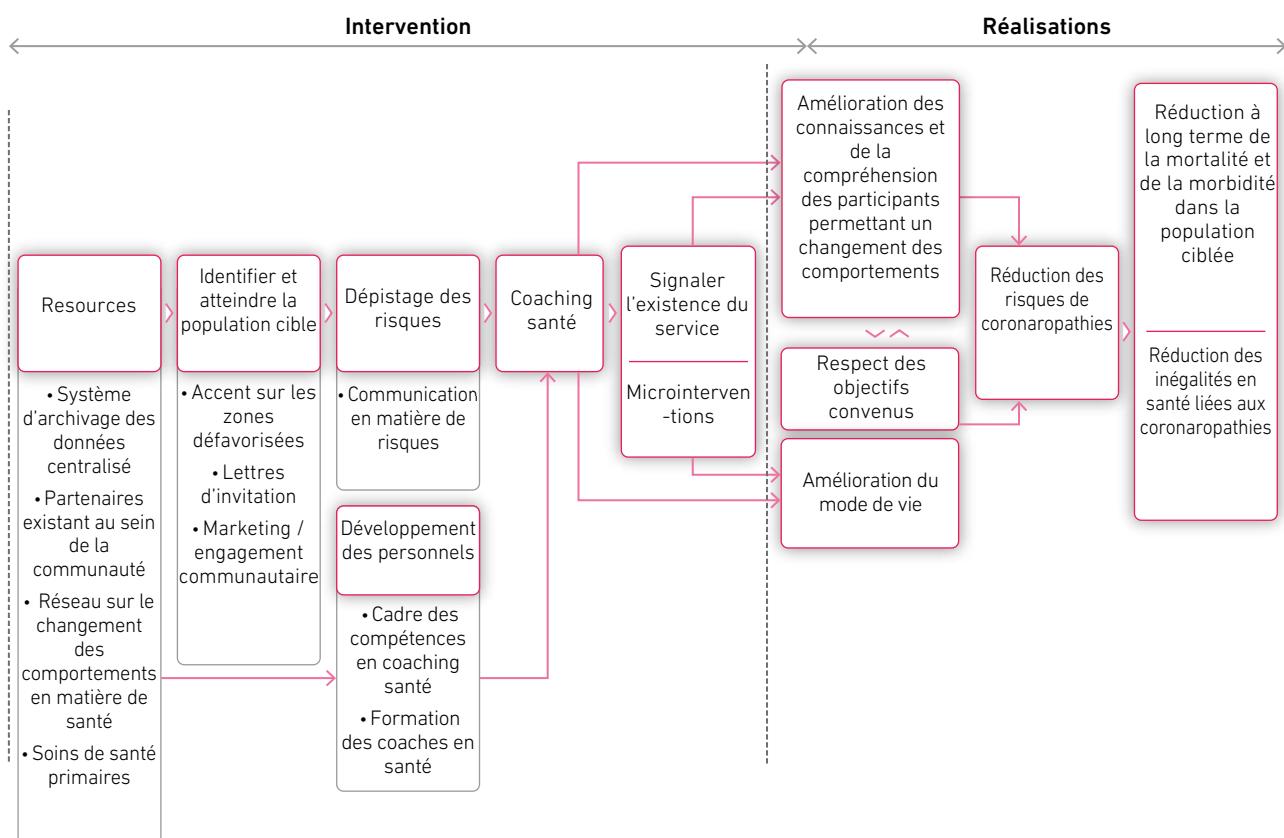
## ÉTAPE 2

### Élaborer un schéma des phases principales du programme

L'identification de la base du programme et des types d'interventions et de couverture permet à l'équipe d'examen de disposer des informations nécessaires pour réaliser un schéma du programme. Un schéma de programme est une représentation visuelle ou un modèle logique qui fait apparaître les phases principales du programme requis pour obtenir le changement ou le résultat escompté. Ce type de document montre également comment les différentes phases sont organisées et séquencées.

La Figure 2.1 est un exemple de schéma de programme pour le projet de démonstration national intitulé « Have a Heart Paisley », lancé en Écosse afin de réduire l'incidence des coronaropathies dans la ville de Paisley. Le schéma illustre la théorie qui soutient l'organisation du programme et ses interventions afin d'obtenir les résultats attendus.

**Figure 2.1 Have a Heart Paisley**



Sources : Sridharan et al, 2008:8 ; Sridharan, 2009.

L'idée de causalité est centrale dans un schéma de programme. L'**approche du modèle logique** peut être utile à cette fin (Taylor-Powell & Henert, 2008). Un modèle logique illustre les liens de causalité supposés d'un programme. Cependant, cette représentation peut s'avérer difficile à décrire parce que, comme le montrent Taylor-Powell et Henert (2008 : Document à distribuer n°12 "About Causation", avec des adaptations réalisées par les auteurs), les données factuelles indiquent que :

- Dans la majorité des cas, les programmes n'ont qu'une influence limitée sur les résultats. Les contextes (facteurs externes) qui dépassent le cadre du programme influent sur les événements. Ceci est particulièrement vrai pour les résultats à long terme.
- En raison de l'importance des influences contextuelles qui impactent l'élaboration et la mise en œuvre du programme, il est difficile de déterminer les liens de causalité. Chaque groupe social possède des caractéristiques spécifiques indissociables d'un réseau d'influences qui ont des conséquences sur les résultats sanitaires (conditions de vie et de travail, relations familiales, expériences, économie, culture, etc.). Le contexte influe sur le programme et inversement.

- Il existe rarement une cause unique. Il s'agit le plus souvent de relations de cause à effet multiples qui sont interdépendantes.
- Les données collectées par différentes méthodes – quantitatives et qualitatives – font souvent apparaître diverses associations causales. Il est rarement prouvé qu'un résultat spécifique a été obtenu grâce à une intervention précise.
- Les relations de causalité sont généralement complexes. Il s'agit de relations multiples et interdépendantes qui ont une incidence sur le changement et qui fonctionnent souvent comme des boucles de rétroaction avec des retards possibles.
- La théorie des systèmes préconise une démarche dynamique et circulaire pour appréhender les relations de causalité de préférence à une approche unidimensionnelle et linéaire.

Les modèles logiques peuvent permettre de décrire ces mécanismes et ces relations de causalité plus itératifs en ajoutant des boucles de rétroaction et des flèches dans les deux sens, des explications détaillées ou une matrice. La nécessité de traduire sur papier, en deux dimensions, un tel niveau de complexité constitue les limites imposées de cet exercice. Mais en fin de compte, l'efficacité d'un modèle logique réside dans son utilité en ce qu'il permet de clarifier les voies d'intervention du programme pour obtenir des résultats.

## Évaluer si et comment la théorie du programme comprend des mesures permettant de prendre en considération les questions d'équité, de parité homme-femme, de droits de l'homme et de déterminants sociaux de la santé

Dans la tâche qui consiste à évaluer pour quelles populations et dans quelle situation un programme de santé est opérant, il est essentiel d'analyser si et comment les interventions et les activités du programme visent la réduction des inégalités et la prise en compte des déterminants de la santé, notamment la discrimination fondée sur l'appartenance sexuelle ou l'origine ethnique. Le contexte et l'hétérogénéité de la population

constituent les deux aspects importants à prendre en considération lorsque l'on étudie ces questions.

**Le contexte dans lequel le programme est mis en œuvre** : Les contextes font référence aux conditions contingentes dans lesquelles le programme est mis en œuvre et s'adresse à la population cible. Ces conditions peuvent avoir une incidence sur les liens entre les mécanismes du programme et les résultats. Les activités du programme peuvent

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2

avoir des conséquences ou des implications différentes sur les sous-populations de la population cible. La notion de contexte inclut les structures sociales, les politiques nationales, les normes et les conventions communautaires, notamment les différences entre les sexes, la classe sociale, le revenu, les structures institutionnelles et les systèmes culturels. De nombreuses études montrent que les facteurs contextuels, qui varient en fonction des lieux et du temps, nuisent à l'efficacité des programmes. (Fulop & Robert, 2013).

Dans le cadre d'une évaluation réaliste, le contexte devient un point d'attention essentiel d'une intervention en raison de la relation étroite entre l'efficacité des interventions et les influences dues au contexte dans lequel le programme est appliqué. De plus, bien que les résultats des interventions soient indissociables du contexte, dans le même temps, le contexte est modifié par les interventions elles-mêmes (de Souza, 2013).

Les influences contextuelles se font sentir aux niveaux macro, meso et micro. Au niveau macro, certaines conditions politiques ou relevant des politiques déterminent les systèmes de santé et de protection sociale, en influant sur les initiatives en matière de politiques et de programmes destinées à renforcer l'équité, à agir sur les déterminants sociaux de la santé et à prendre en compte les questions de la sexospécificité et de droits de l'homme. Ensuite, les influences au niveau macro facilitent ou entravent les objectifs définis au niveau meso ou institutionnel visant à intégrer la pratique du respect de l'équité, de la parité homme-femme et des droits de l'homme. Au niveau micro, celui des opérateurs du programme ou des prestataires de première ligne, les facteurs contextuels que sont notamment la culture institutionnelle, les ressources communautaires ainsi que les relations avec d'autres acteurs et d'autres programmes peuvent nuire à la qualité et à la cohérence du programme (Fulop & Robert, 2013).

La question qui se pose alors est donc de savoir si et comment le programme prend en compte les questions contextuelles dans son organisation et sa conception. Il convient également de se demander si celui-ci inclut des actions ou des interventions destinées à prendre en compte, à transformer ou à activer les multiples facteurs contextuels qui entrent en jeu aux différents niveaux. En outre, l'évaluation du contexte doit tenir compte des influences

positives et négatives d'autres stratégies, politiques et programmes.

**L'hétérogénéité des sous-populations :** Au sein d'une population, les différentes sous-populations (classées par exemple par lieu de résidence, par sexe, par statut socio-économique, etc.) ont des expériences et des besoins différents en termes de problèmes de santé et d'accès aux services sanitaires. Comparées à la population dans son ensemble, certaines sous-populations font l'expérience d'une plus grande vulnérabilité ou d'une exposition accrue aux risques pour la santé et d'un accès réduit aux services sanitaires qui s'accompagne de résultats de moindre qualité. Par exemple, les rôles et les relations sexospécifiques influent sur l'accès des hommes et des femmes aux ressources et sur leur maîtrise de celles-ci ainsi que sur leurs besoins, y compris en matière de santé. De la même façon, les populations qui vivent en zones rurales ont souvent plus difficilement accès aux services sanitaires et sociaux. Le programme de santé doit tenir compte de cette hétérogénéité en ce qui concerne le type, la formulation et la mise en œuvre des interventions et des activités. La non-prise en compte de cette donnée risquerait, directement ou indirectement, de renforcer les inégalités.

En fin de compte, l'évaluation réaliste est un moyen d'estimer si les interventions du programme permettront d'obtenir les résultats escomptés en prenant en considération le contexte et de traiter les besoins et les situations hétérogènes pour le bénéfice de la population ciblée (et des sous-populations). Cela nécessite d'analyser les influences contextuelles multiples à l'origine des causes profondes des inégalités et des différences entre les sous-populations.

**Les interventions et les mécanismes du programme :** Les interventions du programme produisent des mécanismes censés provoquer des changements visant à améliorer la santé de la population cible.

Il est fréquent que les programmes de santé considèrent comme mécanismes de causalité l'ensemble des facteurs génétiques, les expositions ou les comportements spécifiques (« les facteurs de risque liés aux modes de vie ») associés à la progression des changements physiopathologiques considérés comme faisant partie de « l'histoire naturelle » de la maladie. Souvent, ils ne tiennent pas compte des origines sociales de ces causes,

qui sont à rechercher dans la stratification de la réalité sociale. De nombreux éléments confirment cependant l'existence de gradients sociaux dans la répartition des causes de la mauvaise santé, qui se fondent sur les mécanismes de stratification sociale qui génèrent des inégalités en matière de pouvoir, de ressources et de prestige ainsi que des phénomènes de discrimination (CSDH, 2008). Ces différences sociales ont des répercussions sur la probabilité d'exposition nocive ou bénéfique pour la santé, sur les vulnérabilités et l'accès aux services de santé et autres, qui constituent les mécanismes de génération des inégalités en santé tout au long de la vie. (Les mécanismes des inégalités en lien avec le programme sont analysés à l'Étape 5.)

Selon Pawson et Tilley (2004), le potentiel transformatif d'un programme visant à modifier les processus générateurs de la réalité sociale stratifiée dans laquelle il s'inscrit se définit par l'interaction entre le contexte, les mécanismes du programme et les résultats. Le contexte peut être considéré comme un ensemble dynamique d'actions et d'autres événements se rapportant à un programme dans le cadre du système de relations et de structures sociales qui est mis en œuvre à un moment et en un lieu donnés, ayant pour effet d'activer, de bloquer ou de modifier une chaîne de mécanismes de causalité, entraînant potentiellement des résultats très différents en fonction de la dynamique en jeu. Ainsi, les mécanismes du programme couvrent l'analyse et les réactions des agents, qui ont pour mission d'apporter le changement par la mise en œuvre d'une

intervention, en interaction avec la population cible, dans un contexte précis.

**Complexité des programmes :** Les programmes de santé publique sont des structures complexes, car ils se composent souvent de plusieurs interventions qui recouvrent des mécanismes à composantes multiples. Par ailleurs, ces programmes sont appliqués dans des contextes dynamiques dans lesquels les relations et les structures sociales ainsi que d'autres interventions influent sur les résultats.

L'analyse de cette complexité afin de s'approprier les fonctions ou les mécanismes essentiels du programme et de ses formes variées dans différents contextes est un processus difficile que la méthodologie Innov8 essaie de faciliter. Cette étape a pour but de mettre en lumière l'analyse en cours et d'exposer comment et pourquoi le programme devrait fonctionner pour produire les résultats escomptés. Les étapes suivantes permettront à l'équipe d'examen d'analyser si et par quels moyens cette théorie du programme est efficace ou inefficace pour les différentes sous-populations. Cette mise à l'essai permet à l'équipe d'examen de repérer les processus qui génèrent des inégalités en lien avec le programme afin de faire apparaître la « théorie des inégalités » présente dans le programme, qui devra être prise en compte dans le cadre d'une proposition de révision. Ce travail aboutira à la formulation d'une théorie du programme révisée, une théorie du changement qui intégrera les questions d'équité, de parité homme-femme, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé.

## Étape 2 Lectures et ressources complémentaires

Mkandawire T (2005). Targeting and Universalism in Poverty Reduction. United Nations Research Institute for Social Development. Social Policy and Development Programme Paper Number 23. Geneva: UNRISD. Disponible : <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/>

955FB8A594EEA0B0C12570FF00493EAA?  
OpenDocument (consulté le 18 février 2016).

Pawson R, Sridharan S (2009). (Évaluation fondée sur la théorie des programmes de santé publique). cf : Killoran A, Kelly M, eds. Evidence-based public health: Effectiveness and efficiency. Oxford: Oxford University Press: 43-61.

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

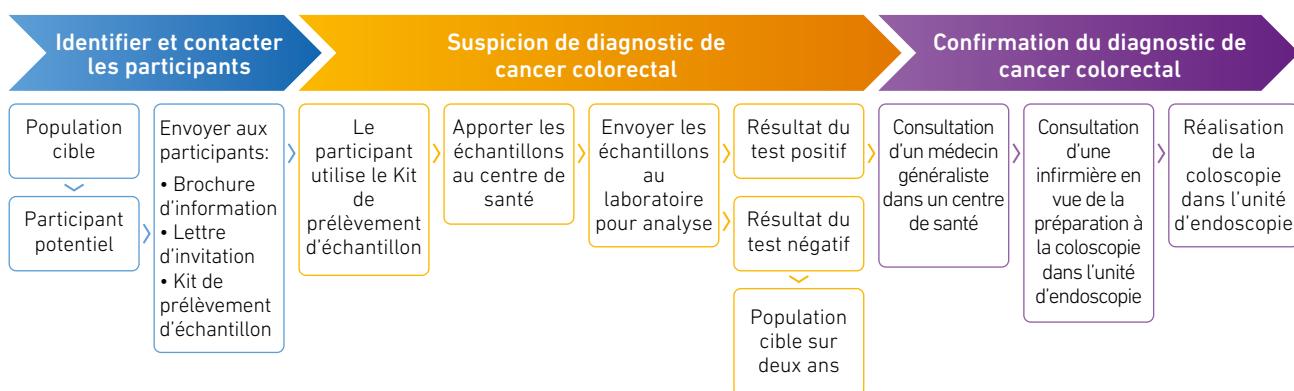
## ÉTAPE 2

### EXEMPLE D'ÉTUDE DE CAS DE L'ÉTAPE 2 EXTRAIT DE L'APPLICATION D'UN PROGRAMME

Cet exemple est tiré du programme de dépistage du cancer colorectal mis en place par le gouvernement basque espagnol. En 2010-2011, une équipe a été constituée dans le but de passer en revue des programmes, dans le cadre plus large du processus de formation initié par le gouvernement espagnol afin d'intégrer la question des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les stratégies,

les programmes et les activités en matière de santé aux niveaux national, régional et local (dans le cadre de la stratégie nationale sur l'équité en santé mise en place par l'Espagne). Le schéma de programme reprenant les phases principales du programme de dépistage et la théorie du programme formulée par l'équipe d'examen sont représentés ici pour illustrer les produits de l'Étape 2.

**Figure 2.2 Phases principales du programme de dépistage du cancer colorectal mis en place par le gouvernement basque espagnol**



### Théorie du programme de dépistage du cancer colorectal

En envoyant une lettre accompagnée d'une brochure d'information à toutes les personnes âgées de 50 à 69 ans vivant dans la zone administrative, les invitant à participer au programme de dépistage du cancer colorectal, les responsables du programme partent du principe que les personnes vont recevoir, lire et comprendre le courrier. Le programme prévoit également que 60 % des personnes contactées seront motivés pour apporter un échantillon de selles au centre de santé afin de réaliser une recherche de sang occulte dans les selles. Cette démarche est facilitée par l'extension des heures d'ouverture et la mise en place de numéros d'appel pour répondre aux questions et donner des conseils. Dans le cas où le test est positif, le participant se verra proposer

un rendez-vous pour une consultation avec un généraliste. On suppose que la personne ira à son rendez-vous et qu'une fois informée, elle acceptera de subir une coloscopie (y compris la préparation à cet examen médical). Suite à la consultation avec un médecin généraliste, tous les participants ont rendez-vous avec une infirmière en préparation du rendez-vous pour la coloscopie. Le programme prévoit également que les personnes ayant obtenu un résultat négatif au premier dépistage (>92 %), vont continuer de participer lorsqu'elles recevront à nouveau un courrier dans deux ans et qu'elles effectueront le dépistage et enverront un échantillon afin de détecter la présence éventuelle de sang occulte dans les selles.

Sources : OMS, 2013 ; Ministère espagnol de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité, 2012 ; Merino et al, 2014 ; Portillo et al, 2015.

## RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 2

Les activités de l'Étape 2 visent à orienter l'équipe d'examen en charge d'expliquer la théorie du programme. Cette étape porte essentiellement sur le programme en cours d'examen (et non pas sur ce que l'équipe souhaite proposer lors de la phase de révision).

Un programme est souvent extrêmement complexe, car il comprend de multiples sous-programmes et interventions, ce qui rend difficile l'examen de

l'ensemble des différents éléments. C'est pourquoi l'équipe d'examen pourra choisir de donner la priorité à certains éléments du programme. Cette décision devra prendre en compte les retombées potentielles sur l'équité, la parité homme-femme, les droits de l'homme et les déterminants sociaux de la santé.

Le Tableau 2.1 résume les activités qui seront effectuées par l'équipe d'examen dans le cadre de l'Étape 2.

**Tableau 2.1 Résumé des activités de l'Étape 2 : Comprendre la théorie du programme**

| Questions   | Tâches  | Méthodes  |
|---|---|---|
| <b>Activité 1 : Conceptualiser le(s) problème(s) ou le(s) thème(s) à traiter</b>  |   |   |
| Quel est le problème à traiter ?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Préciser l'énoncé du problème (« l'espace-problème ») que le programme a pour objet de traiter, en analysant la question 2 de la liste de contrôle.</li> </ul>   | Passage en revue des documents du programme et des données de la liste de contrôle<br><br>Discussion entre les membres de l'équipe d'examen |
| <b>Activité 2 : Espace-solution du programme – organiser les interventions, les services ou les activités aux phases principales</b>                        |   |   |
| Quelle est l'action spécifique du programme pour traiter le problème ? Quelles activités sont mises en œuvre pour obtenir des progrès sur quels résultats ? | <ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner les activités du programme et les organiser en composantes ou en phases principales permettant d'obtenir des progrès en vue d'un résultat.</li> <li>Classification des interventions : en amont, à mi-parcours, en aval et universelles par opposition à sélectives ou mixtes.</li> </ul> | Passage en revue des documents du programme et des données de la liste de contrôle<br><br>Discussion entre les membres de l'équipe d'examen |
| <b>Activité 3 : Élaborer un schéma faisant ressortir les phases principales du programme</b>  |   |   |
| Quelles sont les phases principales du programme ?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Concevoir un schéma du modèle logique des phases principales du programme (déroulement des activités) en lien avec les produits et les réalisations.</li> </ul>  | Passage en revue des documents et des données de la liste de contrôle<br><br>Discussion entre les membres de l'équipe d'examen              |

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2

| Questions   | Tâches  | Méthodes  |
|---|---|---|
| <b>Activité 4 : Rédiger une synthèse de la théorie du programme</b>   |   |   |
| Quelle est la théorie du programme ?  | <ul style="list-style-type: none"><li>Rédiger une présentation de la théorie du programme et, si nécessaire, rectifier le schéma afin qu'il reflète mieux ce texte.</li></ul>   | <p>Passage en revue des documents et des données de la liste de contrôle</p> <p>Discussion entre les membres de l'équipe d'examen</p> |
| <b>Activité 5 : Comment les questions d'équité, de parité homme-femme, des droits de l'homme et des déterminants sociaux sont-elles prises en considération dans le programme ?</b>               |   |   |
| Comment le programme prend-il en compte le contexte et l'hétérogénéité ? Le programme inclut-il des actions concernant les déterminants sociaux, la parité homme-femme et les droits de l'homme ? | <ul style="list-style-type: none"><li>Examiner si la théorie du programme prend explicitement en compte les questions de contexte, d'hétérogénéité et des déterminants sociaux, de parité homme-femme et des droits de l'homme.</li><li>Si nécessaire, rectifier la présentation de la théorie du programme et le schéma.</li></ul> | <p>Passage en revue des documents et des données de la liste de contrôle</p> <p>Discussion entre les membres de l'équipe d'examen</p> |

## GUIDE DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 2

### ACTIVITÉ 1

#### Conceptualiser le(s) problème(s) ou le(s) thème(s) à traiter

La compréhension de la théorie du programme nécessite dans un premier temps de préciser **le problème ou le thème abordé par le programme**, que ses objectifs et ses lignes d'action cherchent à modifier. L'espace-problème permet de savoir quel(le)s sont les variables ou les systèmes de relations qui sont associé(e)s aux résultats sanitaires. Il est important de garder à l'esprit la différence entre produits et résultats. Alors que les résultats décrivent les retombées effectives (le changement qui résulte de l'application du programme), les produits désignent simplement la quantité de services fournie (Taylor-Powell & Henert, 2008).

Lorsqu'ils définissent le problème à traiter, les professionnels de santé se contentent parfois de décrire les problèmes de mise en œuvre liés aux

fonctions du système de santé, tels que des systèmes d'orientation-recours défaillants ou les contributions du programme, c'est-à-dire les ressources humaines ou les contraintes budgétaires. Mais il ne s'agit pas du problème de santé ou du thème qui touche la population et sur lequel le programme tente d'agir. Le Tableau 2.2 présente trois exemples illustratifs fictifs. Le premier concerne un programme relatif à une maladie infectieuse, visant à réduire la mortalité et les séquelles associées à cette infection. Les interventions du programme permettant d'atteindre ces objectifs concernent essentiellement le domaine de la prévention, et mettent l'accent sur la vaccination. Le deuxième exemple fictif concerne l'hypertension, affection chronique non transmissible, et le troisième la santé sexuelle de l'adolescent.

**Tableau 2.2 Exemples d'espace- problème et -solution pour différents types de programmes de santé**

| Programme                                    | Rougeole  | Maladie non transmissible   | Santé sexuelle des adolescents  |
|--|---|---|---|
| ESPACE-PROBLÈME                              |   |   |   |
| <b>Problème à traiter</b>                    | Mortalité et morbidité dues à la rougeole                     | Contrôle de l'hypertension et du diabète, lutte contre le tabagisme, contrôle de l'obésité et d'autres affections liées à la morbidité et à la mortalité cardiovasculaire | Santé sexuelle et grossesses précoces et infections sexuellement transmissibles (IST) |
| ESPACE-SOLUTION                              |   |   |   |
| <b>Impact</b>                                | Réduire la mortalité et éliminer les cas de rougeole          | Réduire l'incidence de l'hypertension et d'autres affections, les complications cardiovasculaires et les incapacités  | Réduire les taux de fécondité des adolescents et l'incidence des IST                  |
| <b>Interventions ou activités (produits)</b> | Vaccins contre la rougeole, éducation des communautés, autres | Réglementation de la teneur en sel des aliments, éducation, activités de dépistage et de contrôle   | Éducation sanitaire, conseil et contraceptifs gratuits                                |

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2

| Programme            | Rougeole   | Maladie non transmissible   | Santé sexuelle des adolescents  |
|----------------------|--|---|---|
| <b>Réalisations*</b> | Couverture vaccinale   | Consommation de sodium en grammes, pourcentage de la population ayant fait un dépistage et contrôle de l'hypertension | Amélioration des niveaux de satisfaction des besoins en matière de contraception, meilleurs niveaux de connaissance |
| <b>Contributions</b> | Ressources humaines pour vacciner, les vaccins, le transport, etc. | Les ressources humaines pour les activités d'application, de dépistage et de contrôle, des médicaments                | Des enseignants et du personnel de santé formés, des infrastructures, des contraceptifs, etc.                       |

\* Dans certains cadres, la couverture est considérée comme une mesure des produits obtenus, alors qu'on emploie le terme de réalisation pour désigner les changements attendus dans la population cible, plutôt que la productivité du système. Le vocable impact fait référence aux résultats à plus long terme, comme la réduction de la mortalité.

\* Dans certains cadres, la couverture est considérée comme une mesure des produits obtenus, alors qu'on emploie le terme de réalisation pour désigner les changements attendus dans la population cible, plutôt que la productivité du système. Le vocable impact fait référence aux résultats à plus long terme, comme la réduction de la mortalité.

Une approche plus globale de la définition du problème prend en compte la nécessité d'aborder les inégalités en santé, c'est-à-dire que le programme

présente la question de l'iniquité comme un problème en soi. D'autres approches plus larges pourraient considérer les résultats en dépassant les notions d'absence de maladie ou de handicap, c.-à-d. par exemple que le programme pourrait mettre l'accent sur la qualité de vie des personnes atteintes de la rougeole ou des amputés et des personnes devenus aveugles suite à des complications liées au diabète, en prévoyant des actions programmatiques pour prendre en compte ces situations. Voir les exemples au Tableau 2.3.

**Tableau 2.3 Les espaces problème et -solution des programmes de santé orientés équité**

| Programme  | Rougeole   | Maladie non transmissible   | Santé sexuelle des adolescents  |
|--|--|---|---|
| <b>Problème comprenant une dimension inéquitable</b> | Accès différencié à la vaccination, exposition au virus, vulnérabilités et conséquences de l'infection selon le sexe, en cas de situation socio-économique difficile, statut de migrant, statut de minorité ethnique | Différences en termes de couverture effective concernant le traitement de l'hypertension et de ses conséquences éventuelles sur la santé (par exemple, selon le sexe en raison des obstacles liés aux différences entre les hommes et les femmes, selon le lieu d'habitation en raison du manque de moyens de transport, selon le revenu en raison des obstacles financiers). | Différences en termes de disponibilité, d'accessibilité et d'acceptabilité des services de santé et de la contraception adaptés aux adolescents en fonction du sexe, de l'âge et du quartier et de comportement sexuel à risque chez les adolescents originaires de familles marginales ou chez des jeunes déscolarisés |

| Programme  | Rougeole   | Maladie non transmissible  | Santé sexuelle des adolescents   |
|--|--|--|--|
| <b>Le choix des interventions ou des activités</b> | Des interventions complémentaires ou différencierées pour les communautés à bas revenu et les familles de migrants, des actions d'information, d'éducation et de communication qui respectent les différences hommes-femmes et qui sont culturellement appropriées | Des interventions complémentaires ou différencierées pour les communautés à bas revenu, qui prennent notamment en compte les normes, les rôles et les relations entre les sexes qui sont nocives pour la santé | Des interventions complémentaires ou différencierées pour les communautés à bas revenu et les jeunes décrocheurs scolaires, qui prennent notamment en considération, dans un but de transformation, les normes, les rôles et les relations sexospécifiques |
| <b>Impact en termes d'équité</b>                   | Réduire les écarts de mortalité et de morbidité dues à la rougeole en fonction du sexe, des niveaux de revenu, selon que l'on est migrant ou non-migrant et entre les groupes ethniques minoritaires et majoritaires   | Réduire les écarts en matière d'incidence de complications suite à de l'hypertension non contrôlée en fonction du sexe et entre les niveaux de revenu et d'éducation   | Réduire les différences en matière de grossesses précoces chez l'adolescente en fonction du sexe, du niveau d'exclusion du foyer et du statut scolarisé/déscolarisé  |

**1. Après analyse des considérations ci-dessus, l'équipe d'examen devra rédiger un résumé du problème à traiter qui n'excède pas un paragraphe.**

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2

L'exemple 2.1 constitue un énoncé de problème concernant un programme de santé de l'enfant dans un contexte national fictif.

### Exemple 2.1 Exemple fictif d'énoncé de problème

#### Programmes de santé de l'enfant (0-9 ans)

Le problème abordé par le programme est le suivant : les affections congénitales et périnatales et autres maladies infantiles qui ne sont pas évitées ou diagnostiquées et traitées en temps opportun et de manière satisfaisante entraînent des risques accrus d'incapacité et de mortalité chez les nourrissons et chez les enfants. L'ignorance des parents et des personnels soignants en matière de nutrition et de soins appropriés, y compris la vaccination et la

stimulation, à différents âges de l'enfant, provoque des maladies et des retards de développement.

Il convient de noter que le programme n'évoque pas explicitement le fait que les questions d'équité en santé font partie intégrante du problème, et que donc les interventions ne sont pas destinées à modifier les conditions sociales collectives qui expliquent, en grande partie, les expositions, les vulnérabilités des enfants et les conséquences sur la santé.

## ACTIVITÉ 2

### Espace-solution du programme – organiser les interventions, les services ou les activités aux phases principales

L'espace-solution du programme, c'est-à-dire les activités ou les interventions du programme ayant pour objet de traiter le problème défini, est abordé dans cette activité.

#### 2.a. Examiner les interventions, les services ou les activités mises en œuvre dans le programme et le lien de ces activités avec les résultats escomptés et les retombées à plus long terme.

À la question 6 de la liste de contrôle, l'équipe d'examen a répertorié les interventions, les services ou les activités clés du programme et les a classés selon que ces actions s'adressaient aux individus ou aux populations.

La première tâche consiste pour l'équipe à examiner cette liste et à regrouper les interventions ou les activités correspondant aux phases principales du programme en les associant à un(des résultat(s) du programme.

### Encadré 2.3 Définition : phase principale

Une phase principale est constituée d'un ensemble d'activités du programme reliées logiquement pour permettre d'obtenir des progrès en vue d'un résultat et de retombées. Une phase principale ou un ensemble de phases principales peut comprendre une intervention. Par exemple, le dépistage peut constituer une intervention, qui englobe les activités suivantes : liens communautaires, distribution de brochures d'information, examens de dépistage, conseils, contrôle et suivi des facteurs de risque. Ces activités peuvent être réparties en plusieurs phases principales comprenant des produits et des réalisations spécifiques. La prévention

d'épisodes de maladies par le biais de la détection et du contrôle des facteurs de risque constitue le résultat attendu du programme global associé à l'ensemble des phases principales se rapportant au dépistage, bien que chaque phase principale comporte également un résultat plus immédiat. Si lors du dépistage, la présence d'une maladie est détectée, une autre intervention du programme peut être le traitement de l'affection pour réduire la morbidité, l'incapacité ou la mortalité. En résumé, plusieurs phases principales peuvent être associées à un résultat et une phase principale peut contribuer à l'obtention de plusieurs résultats.

Le tableau ci-dessous permet de classer les activités du programme en fonction des phases principales.

| Phase principale | Les activités associées à la phase principale | Résultat(s) auquel/auxquels la phase principale contribue |
|------------------|---|---|
|                  |   |   |
|                  |   |   |
|                  |   |   |

#### 2.b. Classer les principales interventions du programme à l'aide du tableau suivant.

Les interventions d'un programme opèrent à différents niveaux – en aval, à mi-parcours et en amont – selon qu'elles sont plus directement axées sur les services de santé curatifs, les comportements ou les déterminants plus généraux. À l'aide du tableau ci-dessous, l'équipe devra tout d'abord identifier si l'intervention se situe en aval, à mi-parcours ou en amont. Dans un deuxième temps, en analysant le programme d'intervention, la couverture peut être envisagée comme un droit pour l'ensemble

de la population, ou viser, de manière sélective, une sous-population ciblée. Il peut également s'agir d'une combinaison de ces approches (appelée couverture « mixte »). Dans le tableau, on veillera à placer chaque intervention à la ligne et à la colonne appropriées correspondant au niveau d'action et au type de couverture. Ce travail de classification permet une meilleure compréhension des mécanismes ou des hypothèses d'intervention.

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2

| <b>Remplir le tableau en classant les principales interventions du programme</b><br><b>Type de couverture →</b><br><b>Type d'intervention ↓</b>      | <b>Couverture universelle</b><br>(destinée à l'ensemble de la population) | <b>Couverture sélective ou ciblée</b><br>(Attribuée sur une base sélective en fonction des besoins ou sous conditions de ressources) | <b>Couverture mixte</b><br>(Combinaison de couverture universelle et sélective) |
|--|---|--|---|
| Interventions permettant d'assurer l'accès aux services sanitaires ou sociaux ou aux soins curatifs ou à la prévention secondaire ( <b>en aval</b> ) |   |  |   |
| Interventions visant à modifier les comportements et les modes de vie ( <b>mi-parcours</b> )   |   |  |   |
| Interventions visant à modifier le contexte général et/ou la stratification sociale ( <b>mi-parcours</b> )   |   |  |   |
| Interventions visant à modifier le contexte général et/ou la stratification sociale ( <b>en amont</b> )  |   |  |   |

Type d'intervention par niveau d'action :

- Les interventions **en aval** visant à traiter les **conséquences du problème**. Par exemple : les interventions permettant d'assurer l'accès aux soins curatifs ou aux actions de prévention secondaire (ex. détection précoce d'une affection) ou l'accès à d'autres services sociaux.
- Les interventions à **mi-parcours** qui visent à **réduire le degré d'exposition** ou à fournir un appui pour **remédier à une plus grande vulnérabilité**. Par exemple : les interventions visant à modifier les comportements et les modes de vie ; ou les interventions portant sur la modification des conditions de vie et de travail.

- Les interventions en **amont** qui visent à modifier **le contexte général et/ou la stratification sociale**, c'est-à-dire à lutter contre la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources (CSDH, 2008), qui rendent certaines sous-populations plus exposées et plus vulnérables.

Type de couverture prévu par le programme :

- Dans les programmes, la **couverture universelle** signifie que la couverture des interventions ou l'accès concerne l'ensemble de la population d'un pays (par ex. tous les nouveau-nés ont droit aux soins néonatals, tous les jeunes gens peuvent bénéficier des services de santé de l'adolescent et toutes les personnes ayant eu un accident vasculaire

cérébral ont droit à la prévention secondaire appropriée). Ces interventions doivent bénéficier à tous, quelles que soient leurs caractéristiques personnelles, sociales et économiques (Raczynski, 1995).

- **Une couverture sélective (ciblée)** est une intervention allouée sur une base sélective, généralement déterminée par la définition des besoins (selon des critères de revenu par exemple).
- On parle de **couverture mixte** lorsque la couverture ou l'accès aux services prévu par l'intervention est une combinaison de couverture universelle et sélective , ou la sélectivité est un instrument utilisé pour renforcer l'universalisme. Cette approche renvoie à la notion de « ciblage dans l'universalisme », selon laquelle les prestations supplémentaires sont destinées aux

sous-populations prioritaires ou dans une grande précarité (c'est-à-dire le groupe dont les revenus sont les plus faibles) dans le contexte d'une politique universelle (Mkandawire, 2005).

Si le programme prévoit une couverture sélective pour une sous-population précise, celle-ci peut être orientée sur le respect de l'équité ou de la parité homme-femme. Si l'approche choisie est la couverture mixte, il est très probable que l'objectif concerne l'ensemble de la population cible ainsi qu'un objectif spécifique relatif à l'équité et/ou à la parité homme-femme afin de garantir que personne ne soit laissé pour compte. En d'autres termes, certaines sous-populations bénéficient de davantage de services (ou de services plus adaptés) qui correspondent à leurs besoins plus importants ou spécifiques et à leur situation plus défavorisée (universalisme progressif).

## ACTIVITÉ 3

### Élaborer un schéma faisant ressortir les phases principales du programme

À l'Activité 2 de la présente phase, l'équipe d'examen a répertorié l'ensemble des activités qui constituent les phases principales du programme. L'Activité 3 consiste à illustrer ces activités par un schéma qui offre une vue d'ensemble du programme, en indiquant le déroulement des activités avec des flèches qui montrent les relations entre elles et qui s'associent pour produire les changements qui se traduisent par les résultats escomptés dans le programme. Il s'agit d'un **modèle logique**, que nous appellerons « schéma du programme » à chacune des étapes qui seront abordées dans les prochains chapitres.

Il peut s'avérer nécessaire de recourir à plusieurs modèles logiques pour décrire un programme

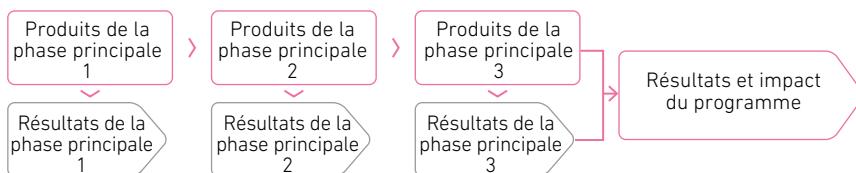
complexe de grande ampleur. Dans ce cas, un modèle global pourra illustrer le programme général tandis que des modèles logiques plus spécifiques décriront les niveaux, les composantes ou les phases multiples qui font partie du programme global. Ceux-ci constituent des « familles de modèles logiques » ou des « modèles logiques imbriqués » (Taylor-Powell & Henert, 2008). Comme il est précisé dans le guide pour élaborer un modèle logique destiné aux formateurs, publié par l'Université du Wisconsin : « La réalisation d'un schéma unique qui représente la théorie du programme constitue souvent la tâche la plus difficile dans l'élaboration et l'utilisation d'un modèle logique » (Taylor-Powell & Henert, 2008).

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2

**3.a. L'équipe d'examen peut commencer par séquencer les différentes phases principales du programme afin de faire apparaître le flux et les liens entre les phases principales et les résultats du programme (produits et réalisations).** Cette première tâche permet d'obtenir un premier aperçu du programme.

### Schéma initial des phases principales du programme

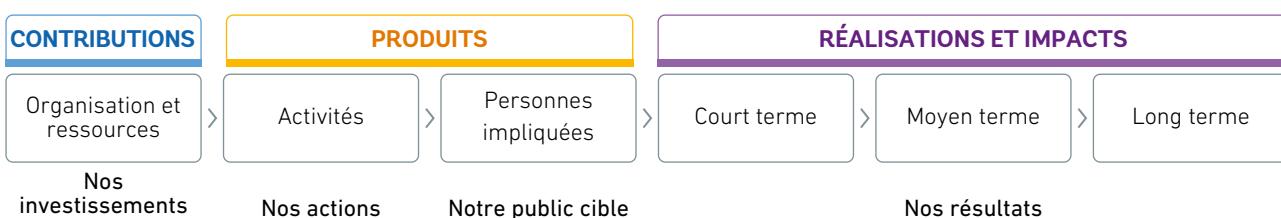


### 3.b. Compléter le schéma initial en élaborant des modèles logiques correspondant aux phases principales.

Le schéma ci-dessus peut être rendu plus explicite en analysant les phases principales à l'aide de modèles logiques pour chacune d'entre elles. Ceux-ci permettront de faire ressortir les liens entre les contributions (qui peuvent être spécifiques ou communes à plusieurs phases principales), le flux des produits (les activités et les bénéficiaires) et comment ces données se combinent pour produire les résultats et les retombées attendus (voir les définitions à l'Encadré 2.4). En fonction de la complexité du

programme, du nombre de phases principales et d'activités qu'il comprend, cela peut donner lieu à l'élaboration d'une famille de modèles logiques. L'équipe peut aussi envisager de mettre l'accent sur certaines phases principales ou sur une seule. Il est important de garder à l'esprit que le schéma a pour but de fournir une vue d'ensemble du programme en cours d'examen (et non des changements que l'équipe souhaite intégrer dans la version révisée).

### Schéma amélioré des phases principales, y compris pour chaque phase principale



#### Encadré 2.4 Définitions : contributions, produits, réalisations et retombées

**Contributions** : Les ressources consacrées au programme et la manière dont elles sont organisées pour assurer la prestation de services, notamment : le personnel (type), les installations, les moyens financiers, le matériel, les équipements et le temps de bénévolat (ce qui est investi).

**Produits** : Les biens, les services ou autres activités fournis dans le cadre du programme ainsi que les bénéficiaires. Il convient de faire une distinction entre les bénéficiaires du programme et la population cible. Par exemple, l'une des phases principales d'un programme de santé de l'adolescent peut concerner la formation de personnel de santé et d'enseignants aux techniques de sensibilisation des adolescents. Les bénéficiaires sont ici le personnel de santé/ les enseignants. Les produits d'un programme

sont souvent décrits en termes de productivité quantitative et d'indicateurs de couverture (l'action du programme et les bénéficiaires).

**Réalisations et retombées** : Les résultats ou les changements attendus relativement au programme peuvent être exprimés dans un continuum : généralement, les indicateurs de couverture de service pour la population cible (produits pour certains modèles et résultats immédiats pour d'autres) sont associés à des réalisations. Les résultats peuvent être immédiats ou à court terme. Ils peuvent également être à moyen ou à long terme ou définitifs. En règle générale, le terme impact renvoie à l'évolution de la morbidité et de la mortalité (en tenant compte des questions d'attribution) qui s'explique par les taux de couverture de la population pour un ensemble de services.

Sources : Extrait de la chaîne des résultats de l'OMS, OMS, 2014 ; Taylor-Powell & Henert, 2008.

Dans un programme complexe comprenant plusieurs niveaux et composantes, chaque modèle peut illustrer les différentes composantes programmatiques, les objectifs, les sites ou les populations cibles. Chacun de ces « sous-modèles » assorti des résultats escomptés est relié au modèle logique global afin de garantir la réalisation des résultats du programme.

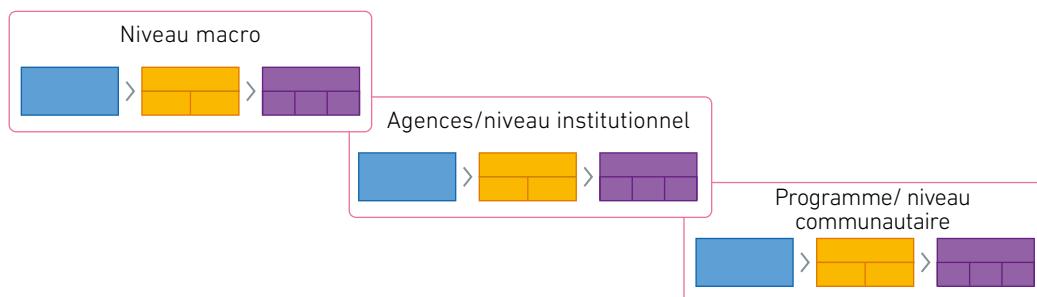
L'équipe d'examen peut souhaiter élaborer des modèles logiques imbriqués dans un **programme à plusieurs niveaux**. Par exemple, un programme de lutte antitabac peut comporter des interventions

au niveau macro (national) telle qu'une loi-cadre qui interdit de fumer dans les lieux publics ainsi que la publicité et qui restreint la vente de produits du tabac. Ces mesures viennent s'ajouter aux activités institutionnelles telles que celles qui sont liées à la mise en application et au contrôle. Enfin, au niveau communautaire, le programme pourra inclure des activités de prévention à l'attention des jeunes, des activités de surveillance environnementale et d'autres concernant l'arrêt du tabac. Ces niveaux multiples peuvent être représentés par une suite de modèles imbriqués (Figure 2.3).

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2

**Figure 2.3 Modèle logique imbriqué de programme multi-niveaux**



Source : Adapté de l'ouvrage de Taylor-Powell & Henert, 2008.

Le niveau macro présente une vue d'ensemble d'une stratégie globale de lutte antitabac au niveau national, constituée de plusieurs programmes majeurs. Par exemple des programmes visant à interdire le marketing et de contre-marketing, des programmes communautaires, un programme destiné aux écoles et un programme sur les maladies chroniques. Chacun de ces programmes possède son propre modèle logique permettant de le décrire. L'organisme gouvernemental en charge de la lutte antitabac peut également comprendre plusieurs composantes, telles que la législation et la recherche, l'application, l'évaluation et la surveillance. Au niveau communautaire, les programmes interagissent directement avec la population à travers les activités de promotion, de prévention et de traitement.

Dans ce type d'initiative complexe et multidimensionnelle, à chaque niveau, plusieurs modèles détaillent les différentes composantes programmatiques, les objectifs, les sites ou les populations cibles. Chacun de ces « sous-modèles » assorti des résultats escomptés est relié au modèle logique global afin de garantir la réalisation des résultats du programme. Par exemple, dans le cas d'un programme de lutte antitabac à l'échelle communautaire, un seul modèle logique du « programme » permettra d'avoir une vue d'ensemble de la totalité de celui-ci. Ensuite, des sous-modèles logiques distincts précisent le programme ou les composantes spécifiques (Figure 2.4).

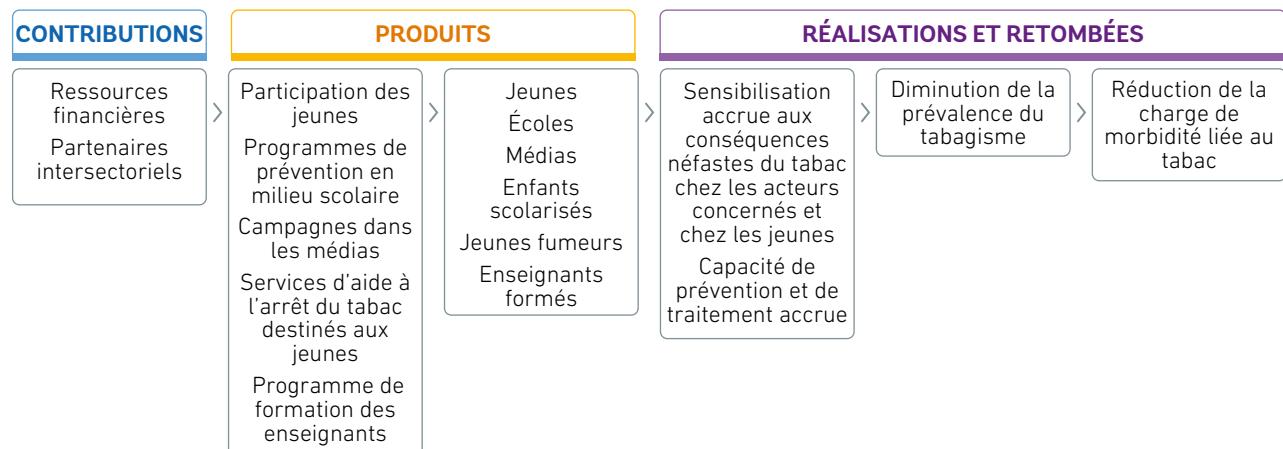
**Figure 2.4 Programme de lutte antitabac à l'échelle communautaire – plan triennal**



Source: Adapté de l'ouvrage de Taylor-Powell & Henert, 2008.

Le programme de prévention à l'attention des jeunes peut être présenté de la manière suivante (Figure 2.5).

**Figure 2.5 Programme de prévention du tabagisme à l'attention des jeunes**



Source : Adapté de l'ouvrage de Taylor-Powell & Henert, 2008.

On doit garder à l'esprit que le schéma du modèle logique est un « modèle » qui présente les liens de causalité supposés entre les contributions, les produits et les réalisations du programme, mais non la réalité. Même des modèles simples s'avèrent toutefois très utiles en termes d'apprentissage et d'innovation en ce qu'ils permettent de préciser les voies attendues, de mettre en lumière les hypothèses qui sous-tendent le programme, de tester les liens et d'orienter les décideurs politiques.

Conseils pour élaborer le modèle logique :

- Utiliser des fiches pouvant être épingleées ou scotchées sur un tableau ou sur un mur et déplacées facilement.

- Noter une idée concernant les contributions, les produits, les réalisations et les retombées sur chaque fiche.
- Commencer par présenter l'intégralité du programme (ensemble des phases principales définies à l'Activité 2). Décider ensuite si les sous-modèles doivent être détaillés (voir les exemples fournis dans les textes de référence).
- Il peut être plus facile de réfléchir par petits groupes de deux ou trois personnes, puis de soumettre les résultats de ce travail au reste de l'équipe.
- Prendre une photo du produit final, puis réaliser une présentation PowerPoint.

## ACTIVITÉ 4

### Rédiger une synthèse de la théorie du programme

Le résumé récapitulatif de la théorie du programme explique les raisons pour lesquelles un programme devrait permettre de remédier au problème auquel la population cible est confrontée. Il se distingue du schéma ou du modèle logique élaboré précédemment à l'Activité 3 qui est une représentation descriptive des liens entre les contributions, les produits,

les réalisations et les retombées qui illustrent en partie la théorie. Au cours de cette activité, l'équipe d'examen rédigera un résumé récapitulatif de la théorie du programme expliquant les raisons pour lesquelles le programme est censé fonctionner. Ce document devra exposer de manière logique et raisonnable les raisons pour lesquelles les activités du

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2

programme devraient permettre d'obtenir les résultats ou les bénéfices escomptés. Pour rédiger une théorie du programme, on utilise souvent des formulations telles que « si-alors » – **si** quelque chose est fait avec ou pour les participants au programme, **alors** quelque chose devrait changer.

- **Si** l'activité est mise en place, **alors** quel devrait être – de manière réaliste – le résultat pour la population ?
- Pour quelles raisons pensez-vous que l'activité permettra d'obtenir ce résultat ? En d'autres termes, quelles sont vos hypothèses concernant

les modalités de mise en œuvre de ce type de changement et la manière dont la population cible va réagir en s'impliquant dans cette activité ?

- De quelles preuves disposez-vous montrant que cette activité aura ce résultat (par exemple : résultats obtenus antérieurement grâce à vos programmes ou à d'autres, travaux de recherche publiés ou commentaires récurrents de la part des participants) ? Entre le **si** et le **alors** il doit y avoir un lien fort ou bien établi à l'appui de l'idée selon laquelle l'ensemble de services permettra de réaliser les objectifs du programme.

**4.a. Après analyse de ces questions, l'équipe d'examen devra rédiger un résumé de la théorie du programme n'excédant pas trois paragraphes.**

Pour voir un exemple de théorie de programme, veuillez vous reporter à l'Étude de cas présentée dans ce chapitre. Vous trouverez ci-dessous un exemple supplémentaire de présentation de théorie

du programme à partir d'un programme fictif de santé de l'enfant, s'appuyant sur les expériences de différents pays.

## Exemple 2.2 Exemple fictif de présentation de théorie de programme

### Programmes de santé de l'enfant (0–9 ans)

(suite de l'Exemple 2.1)

**Théorie du programme :** Ce programme est universel et comprend des services préventifs et curatifs – notamment : examen néonatal, suivi régulier, diagnostic, traitement et rééducation réalisés dans les délais. Le programme prévoit que ces services soient proposés dans tous les établissements de santé et qu'ils soient accessibles à tous. Ainsi, tous les parents et les aidants peuvent amener leurs enfants au centre de santé pour bénéficier de ces services. Si ces services étaient mis en application, on part du principe que les enfants atteindraient leur développement maximal, que les affections seraient diagnostiquées tôt et qu'ils recevraient le traitement approprié pour recouvrer la santé et éviter le handicap et la mortalité et auraient une bonne qualité de vie.

**Note de réflexion :** Au cours de l'élaboration de cette théorie du programme, l'équipe d'examen s'est rendu compte qu'il existait des inégalités en santé dans la population pédiatrique, par exemple des différences en termes de mortalité infantile en fonction du niveau d'éducation de la mère. L'équipe a fait le constat que le programme ne considérait pas que les questions d'équité faisaient partie du problème et ainsi ne comportait pas d'activités destinées à atteindre les enfants susceptibles de ne pas en bénéficier. De la même façon, ce dispositif ne prévoyait pas d'interventions visant les familles victimes d'exclusion sociale ou ayant des compétences parentales insuffisantes. L'équipe d'examen a entamé une réflexion pour déterminer si les mesures qui sont efficaces pour améliorer la santé au niveau moyen global/national auront la même efficacité dans la réduction des inégalités en matière de santé.

### 4.b. Après avoir rédigé la théorie du programme, l'équipe d'examen souhaitera peut-être intégrer dans le schéma du modèle logique réalisé lors de l'activité précédente les hypothèses selon lesquelles les activités du programme devraient produire les résultats escomptés.

## Encadré 2.5 Hypothèses

S'agissant des programmes, les hypothèses déterminent une grande partie de notre action, notamment nos croyances sur l'efficacité du programme, nos idées concernant le problème, sur les modes d'apprentissage et de comportement des participants, leurs motivations, l'environnement externe, la base de connaissances et l'environnement interne. Par exemple, on pourra partir du principe que les coalitions communautaires constituent une stratégie efficace pour traiter les problèmes au sein des communautés ; nos partenaires participeront

activement à l'exécution du programme, le financement sera approprié et disponible en temps utile ; la population cible sera désireuse de se former et de modifier ses comportements.

Des hypothèses erronées sont souvent à l'origine des mauvais résultats. Ce sont souvent ces hypothèses sous-jacentes qui sont un frein à la réussite ou qui produisent des résultats en deçà des attentes. La modélisation logique présente l'avantage de nous permettre d'expliquer nos hypothèses.

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2



### ACTIVITÉ 5

Comment les questions d'équité, de parité homme-femme, des droits de l'homme et des déterminants sociaux sont-elles prises en considération dans le programme ?

L'équipe d'examen est désormais en mesure d'analyser si et de quelle manière le programme prend en considération les questions d'équité, de parité homme-femme, de droits de l'homme et de déterminants sociaux.

Il ne suffit pas d'avoir des indicateurs ou des objectifs fléchés équité, parité homme-femme ou droits de l'homme (par exemple, ventilés par sexe, habitant urbain/rural ou autre critère de stratification).

La question qui se pose est de savoir si le programme inclut des mécanismes (c.-à-d. des interventions et des activités) visant à réduire les inégalités et à prendre en compte les questions de déterminants sociaux, de parité homme-femme et de droits de l'homme, et si oui, ce que cela implique. Cette approche nécessite d'analyser de manière plus approfondie comment la théorie du programme permet de conceptualiser et de traiter ces questions.

#### 5.a. Dans la formulation du programme, le contexte, qui constitue un aspect central est-il inclus dans l'élaboration du programme ?

Comme il a été dit dans les textes de référence au début du chapitre consacré à cette étape, les **contextes** sont des conditions contingentes susceptibles de modifier les relations entre le programme et les réalisations. Le contexte renvoie aux politiques nationales, aux normes sexospécifiques et communautaires, aux structures institutionnelles et aux systèmes culturels. La notion de contexte inclut la coexistence d'autres stratégies, politiques et programmes ainsi que le mode de fonctionnement global des différents niveaux du système de santé.

Ces éléments peuvent avoir des conséquences positives ou préjudiciables ou sur le programme.

Il convient d'examiner comment le programme identifie les actions ou les interventions destinées à prendre en compte ces contextes, y compris le contexte de la vie des hommes et/ou des femmes et leurs besoins différents en termes de santé, ou la façon dont ces contextes sont intégrés dans l'organisation du programme. Indiquer votre réponse dans le tableau qui figure après le point 5.f.

#### 5.b. Dans la formulation du programme, l'hétérogénéité de la population cible (sous-populations) est-elle reconnue et prise en compte dans les interventions et les actions du programme ?

En d'autres termes, le programme reconnaît-il l'existence de besoins et de situations différentes, et par conséquent la nécessité de mettre en place des interventions ou des actions distinctes ?

Le programme fonctionnera-t-il différemment selon les sous-populations, les territoires ou les individus ? Quelles mesures sont mises en œuvre pour prévenir

ces différences ou y remédier ? Indiquer votre réponse dans le tableau qui figure après le point 5.f.

**5.c. Dans la formulation du programme, l'impact sur l'équité en santé est-il explicitement défini ?**

La proposition aborde-t-elle la façon dont les inégalités en santé sont produites relativement au problème ou au thème traité, l'origine des inégalités et l'impact du programme sur celles-ci ? Comme nous

l'avons montré plus haut, il ne suffit pas d'ajouter un indicateur ou un objectif explicite concernant l'équité. Indiquer votre réponse dans le tableau qui figure après le point 5.f.

**5.d. Comment les rôles, les normes et les relations sexospécifiques sont-ils pris en compte dans les interventions et les activités du programme ?**

La spécificité des besoins et des expériences des hommes et des femmes (en raison des rôles, des normes et des relations sexospécifiques) est-elle prise en considération ? Est-il tenu compte de la capacité des hommes et des femmes à bénéficier du programme ? Les interventions et les activités permettent-elles d'identifier et de prendre en compte les normes, les rôles et les relations sexospécifiques qui sont nocives pour la santé ? Ces dispositifs examinent-ils la façon dont les normes, les rôles et les relations entre les sexes influent sur l'accès

aux ressources et sur la maîtrise de celles-ci ? Le traitement de l'inégalité entre les sexes nécessite-t-il la mise en place d'activités spécifiques pour les hommes et les femmes d'un groupe particulier ? Les documents ou les interventions programmatiques renforcent-ils les stéréotypes sexistes ? Les sites choisis pour l'exécution du programme sont-ils accessibles à la fois par les hommes et par les femmes ? Indiquer votre réponse dans le tableau qui figure après le point 5.f.

**5.e. La formulation du programme reflète-t-elle les principes des droits de l'homme que sont l'égalité et la non-discrimination, la participation et la responsabilisation ?** Indiquer votre réponse dans le tableau ci-dessous.

Comment le programme prend-il en compte ces principes des droits de l'homme que sont l'égalité

et la non-discrimination, la participation et la responsabilisation ?

**5.f. La question essentielle à laquelle l'équipe d'examen tente de répondre est la suivante : Le programme comporte-t-il des interventions ou des mesures qui visent concrètement à une plus grande équité en santé, qui tiennent compte de la question des déterminants sociaux et/ou qui agissent sur les problématiques de la sexospécificité et des droits de l'homme ?**

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2

Utiliser le tableau ci-dessous pour résumer l'échange sur les questions précédentes.

| Vérifier la théorie du programme   | Oui/<br>non | Comment cet aspect est-il inclus/pris en compte ? |
|--|-------------|---|
| Le programme comprend-il des mesures afin de prendre en considération les déterminants sociaux ? Lesquels ?  |             |   |
| La notion de contexte constitue-t-elle un aspect central dans l'élaboration du programme ? Le contexte est-il pris en compte dans la définition des interventions du programme ?   |             |   |
| L'hétérogénéité de la population (ou les besoins spécifiques de sous-populations différentes) est-elle reconnue et prise en considération dans les interventions du programme (c.-à-d. Leur conception, leur contenu et leur pertinence) ? |             |   |
| La question des normes, des rôles et des relations sexospécifiques a-t-elle sa place dans le programme ?   |             |   |
| La formulation du programme applique-t-elle les principes d'une approche fondée sur les droits de l'homme ?  |             |   |
| L'impact sur l'équité en santé est-il explicitement défini ?   |             |   |

L'exemple fictif donné ci-dessous s'inspire de différents contextes nationaux et sur des réflexions sur l'équité, la parité homme-femme, les droits de l'homme et les déterminants sociaux de la santé qui ont émergé après avoir répondu aux questions ci-dessus.

### Exemple 2.3 Exemple fictif

#### Programme de santé de l'enfant (0–9 ans)

(suite de l'Exemple 2.1 et 2.2)

Actuellement, le programme ne fixe pas comme objectif explicite de contribuer à l'équité en santé. Le programme de santé de l'enfant ne tient pas compte du fait que les enfants appartenant à des groupes de population différents ont des besoins et des situations spécifiques, par exemple les enfants vulnérables de par leurs conditions de vie et incluant les besoins différenciels des garçons et des filles. Enfin, le programme ne prévoit pas de services différenciés. Par conséquent, le programme ne reconnaît pas en pratique l'hétérogénéité des sous-populations.

Le programme définit comme groupes à risque ceux qui présentent une vulnérabilité biologique. Le programme définit les groupes sociaux les plus vulnérables comme étant les ménages dont le chef de famille est sans emploi et comprenant des mères adolescentes. La conception du programme n'identifie ni ne cible les sous-groupes les plus vulnérables et elle ne définit pas de stratégies d'intervention spécifiques pour ces groupes à chaque phase principale du programme.

Le programme ne prend pas en considération les normes, les rôles et les relations sexospécifiques. Par exemple, il n'établit pas de différence entre les garçons et les filles en ce qui concerne l'exposition, l'investissement au niveau des ménages dans la nutrition, les soins et l'éducation, l'accès et le recours aux services de santé et les conséquences sociales d'un mauvais état de santé. Par ailleurs, le programme ne reconnaît pas le rôle potentiel des hommes comme soignants à part entière. De même, il ne comporte pas de mesures visant à associer activement les soignants de sexe masculin.

Bien que le programme recommande que les mesures soient axées ou concentrées sur les groupes les plus vulnérables, les actions proposées à ces groupes sont les mêmes que pour l'ensemble de la population. Cela signifie

que bien que les contextes soient pris en compte dans la formulation du programme, cela ne se traduit pas par des activités et des modalités de mise en œuvre différentes du programme pour ces groupes.

Enfin, les échanges au sein de l'équipe d'examen ont permis de déceler que deux groupes de mesures bénéficient d'un développement limité ou sont pratiquement absents du programme destiné aux enfants :

14. Les mesures proposées à d'autres secteurs de l'État – les politiques publiques visant à **réduire l'exposition spécifique aux facteurs nocifs pour la santé** dont souffrent les familles et les enfants dans les milieux défavorisés (ex. amélioration des conditions de logement, le travail, la sécurité, les lieux publics, la restriction de la vente de tabac et d'alcool, la sécurité alimentaire, l'élimination des polluants atmosphériques, etc.).
15. Les mesures destinées aux familles et aux personnes qui s'occupent d'enfants visant à **réduire la vulnérabilité des familles et des personnes défavorisées**. Pour les enfants et leurs familles, ces mesures sont celles qui constituent la composante sanitaire (complémentaires et intégrées aux mesures d'éducation et de sécurité sociale) du système de protection sociale des enfants. Par exemple, en raison des rôles qui leur sont dévolus, les femmes et les filles assument souvent une part excessive des soins, en plus de leurs autres activités. Les données disponibles montrent que l'implication des hommes peut améliorer les résultats en matière de santé physique et psychosociale de l'enfant. Une partie de ces mesures comprend également des services proposés par d'autres programmes de santé, parmi lesquels la planification familiale, les activités destinées à lutter contre la violence sexiste, à promouvoir l'allaitement sur le lieu de travail et l'arrêt de la consommation de tabac, d'alcool et de drogue.

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2

Après avoir conclu cette discussion, le cas échéant, l'équipe d'examen souhaitera peut-être modifier le schéma de programme et la présentation de la théorie du programme. Nous vous rappelons qu'à ce stade,

les éventuels changements apportés devront toujours refléter le programme tel qu'il est (avant la proposition de révision).

## PRODUITS DE L'ÉTAPE 2

**Félicitations, l'équipe d'examen a terminé l'analyse de l'Étape 2 !**

Cette équipe devra **résumer les produits de l'Étape 2 dans un rapport concis (environ deux à cinq pages)** pendant qu'elle a bien à l'esprit les conclusions de l'analyse. Le résumé des produits devra restituer de manière claire et succincte les conclusions et les décisions principales de l'équipe d'examen pour l'ensemble des activités prévues dans cette étape. Vous utiliserez ces produits à chacune des étapes en vous y référant régulièrement.

Le résumé des produits de l'Étape 2 devra comporter les éléments suivants :

- Une brève présentation de la théorie du programme expliquant le flux logique des activités et la manière dont celles-ci permettront d'atteindre les résultats escomptés, ainsi que les hypothèses sur la façon dont ces activités devraient être mises en œuvre afin de produire les produits et les réalisations attendus.

- Le schéma comportant les phases principales du programme (indiquant le déroulement des activités des phases principales du programme en lien avec les produits et les réalisations).
- Une description permettant de déterminer si et de quelle manière la théorie du programme telle qu'elle est prend explicitement en compte les questions d'hétérogénéité et d'équité, de la parité homme-femme, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé.

## RÉFÉRENCES

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. [Combler le fossé en une génération : l'équité en santé par l'action sur les déterminants sociaux de la santé] Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Geneva: Organisation mondiale de la santé. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/2008/85689/1/9789241505567\\_en.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/2008/85689/1/9789241505567_en.pdf) (consulté le 22 février 2016).

de Souza DE (2013). Elaborating the Context-Mechanism-Outcome configuration (CMoC) in realist evaluation: A critical realist perspective. Evaluation. 2013;19:141–54.

Fulop N, Robert G (2013). Context for successful quality improvement. London: The Health Foundation.

Lacouture A, Breton E, Guichard A, Ridde V (2015). The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. Implementation Science. 2015;10(1):153. Disponible : <http://www.implementationscience.com/content/10/1/153> (consulté le 18 février 2016).

Merino B, Campos P, Gil Luciano A (2014). Presentation: Overview of the review and redesign process. Réunion de l'OMS à Alicante, en Espagne. Juin 2014.

Ministère espagnol de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité (2012). Guide méthodologique sur l'intégration de l'équité dans les stratégies, les programmes et les activités sanitaires. Version 1. Madrid. Disponible : [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent\\_Guia2012/docs/Methodological\\_Guide\\_Equity\\_SPAs.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf) (consulté le 17 février 2016).

Mkandawire T (2005). Targeting and Universalism in Poverty Reduction. United Nations Research Institute for Social Development. Social Policy and Development Programme Paper Number 23. Geneva: UNRISD. Disponible : <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/955FB8A594EEA0B0C12570FF00493EAA?OpenDocument> (consulté le 18 février 2016).

Pawson R, Sridharan S (2009). (Évaluation fondée sur la théorie des programmes de santé publique). cf : Killoran A, Kelly M, eds. Evidence-based public health: Effectiveness and efficiency. Oxford: Oxford University Press: 43-61

Pawson R, Tilley N (1997). Realistic evaluation. London: Sage.

Pawson R, Tilley N (2004). Realist evaluation. London: British Cabinet Office. Disponible : [http://www.communitymatters.com.au/RE\\_chapter.pdf](http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf) (consulté le 18 février 2016).

# COMPRENDRE LA THÉORIE DU PROGRAMME

## ÉTAPE 2

Portillo I, Idigoras I, Bilbao I, Hurtado JL, Urrejola M, Calvo B, Mentxaka A, Hurtado JK (2015). Programa de cribado de cáncer colorrectal de euskadi. Centro Coordinador del Programa de Cribado, Subdirección de Asistencia Sanitaria, Dirección General de Osakidetza, Bilbao. Disponible : [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/deteccion\\_cancer/es\\_cancer/adjuntos/programa.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/deteccion_cancer/es_cancer/adjuntos/programa.pdf) (consulté le 17 février 2016).

Raczynski D (1995). Focalización de programas sociales. Lecciones de la experiencia Chilena. cf : {§4} Peden M. et al., eds. Políticas económicas y sociales en el Chile democrático. Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica—United Nations Children's Fund, Santiago, Chile. [English version, 1996, Social and economic policies in Chile's transition to democracy.]

Rogers PJ (2000). Causal models in program theory evaluation. New Directions for Evaluation. 2000;87:47–55.

Sridharan S (2009). Ten steps to making evaluation matter. Presentation at Evaluation Workshop, Santiago, Ministry of Health, Chile. Sanjeev Sridharan, University of Toronto and Centre for Urban Health Research at St Michael's Hospital.

Sridharan S (2012). A Pocket Guide to Evaluating Health Equity Interventions – Some Questions for Reflection by Sanjeev Sridharan, Magic: Measuring & Managing Access Gaps in Care (blog entry). Disponible : <http://www.longwoods.com/blog/a-pocket-guide-to-evaluating-health-equity-interventions-some-questions-for-reflection/> (consulté le 18 février 2016).

Sridharan S, Gнич W, Moffat V, Bolton J, Harkins C, Hume M, Nakaima A, MacDougall I, Docherty P (2008). Independent evaluation of Have a Heart Paisley Phase 2. Evaluation of the Phase 2 primary prevention. Edinburgh: University of Edinburgh, Research Unit in Health, Behaviour and Change. Disponible : [http://www.healthscotland.com/uploads/documents/8266-Primary\\_Prevention\\_HAHP2.pdf](http://www.healthscotland.com/uploads/documents/8266-Primary_Prevention_HAHP2.pdf) (consulté le 28 février 2016).

Taylor-Powell E, Henert E (2008). Developing a logic model: Teaching and training guide. Madison, WI: University of Wisconsin-Extension Cooperative Extension, Program Development and Evaluation. Disponible : <http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodel.html> (consulté le 18 février 2016).

OMS (2013). Integration of social determinants of health and equity into health strategies, programmes and activities: Health equity training process in Spain. Social Determinants of Health discussion paper 9. Geneva: Organisation mondiale de la santé. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85689/1/9789241505567\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85689/1/9789241505567_eng.pdf) (consulté le 18 février 2016).

OMS (2014). Douzième programme général de travail, 2014-2019 Genève : Organisation mondiale de la Santé

# Étape 3

Identifier les groupes que le programme laisse de côté





# Vue d'ensemble

À l'Étape 3, l'équipe d'examen est chargée de déterminer les groupes qui sont laissés de côté par le programme. Cette démarche implique d'analyser quelles sous-populations accèdent véritablement au dispositif, sont concernées par les interventions et en bénéficient à chaque phase principale du programme. En outre, et c'est là l'aspect le plus important, cette analyse doit déterminer quels groupes ne bénéficient pas du programme ou seulement dans une moindre mesure, en prenant en compte les questions d'équité, de sexospécificité et des droits de l'homme.

L'Étape 3 prend en compte chacune des sous-populations qui composent la population cible du programme dans l'objectif d'analyser leurs expériences différentes eu égard aux processus, produits et résultats du programme. Les programmes peuvent « fonctionner » différemment et se traduire par des réalisations différentes selon les spécificités des sous-populations. Cette réalité est également liée aux différences concernant l'ensemble des phases d'un programme.

Cet examen des différences entre les sous-populations sert à « tester » la théorie du programme pour voir ce qui se passe en pratique. Celui-ci a pour but d'évaluer sa capacité à prendre en compte les demandes hétérogènes des différentes sous-populations. Il permet également de voir dans quelle mesure les groupes les plus vulnérables peuvent accéder au programme et en bénéficier comparativement aux groupes plus privilégiés. L'Étape 3 concerne essentiellement la mise à l'épreuve du potentiel de la théorie

du programme à contribuer à l'équité en santé, à l'égalité entre les sexes et à la réalisation du droit à la santé pour tous.

Les quatre activités de l'Étape 3 doivent guider l'équipe d'examen en vue de réaliser les tâches suivantes :

- 1) effectuer une évaluation préliminaire visant à déterminer quelles sous-populations font face à des inégalités dans le cadre du programme ;
- 2) Décrire les sous-populations et leurs besoins spécifiques ;
- 3) Tester l'analyse préliminaire en utilisant des informations quantitatives et qualitatives ; et
- 4) Réviser le schéma du programme afin d'indiquer quelles sous-populations n'accèdent pas au programme ou n'en bénéficient pas à chaque phase principale en identifiant et en hiérarchisant la/les sous-population(s) du programme en vue d'une analyse plus approfondie.

Cette analyse s'appuie sur les conclusions des étapes précédentes ainsi que sur d'autres sources de données identifiées par l'équipe d'examen.

L'Étape 3 consiste principalement à évaluer les besoins spécifiques en matière de santé et les différences en termes d'accès au programme et de couverture de celui-ci pour l'ensemble des groupes de population cible, puis à hiérarchiser la/les sous-population(s), qui sera/seront reprise(s) dans une analyse plus approfondie, dans le cadre du processus de révision.

## Objectifs de l'Étape 3

- Identifier et décrire les sous-populations concernées parmi la population cible du programme du point de vue des aspects socio-économiques et des mécanismes de stratification sociale. Prendre en compte la question de l'égalité hommes-femmes et ses recouplements avec d'autres mécanismes de stratification.
- Utiliser des techniques quantitatives et qualitatives pour analyser les différences et les désavantages relatifs au sein de la sous-population et déterminer si les sous-populations concernées bénéficient de chaque phase principale du programme.
- Identifier et hiérarchiser les sous-populations exclues ou en situation d'inégalité à chaque phase principale ainsi que les phases les plus déterminantes du programme, en termes d'exclusion ou d'inégalités.

# IDENTIFIER LES GROUPES QUE LE PROGRAMME LAISSE DE CÔTÉ

## ÉTAPE 3

### TEXTES DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉTAPE 3

#### Concepts et méthodes pour identifier, décrire et hiérarchiser les groupes qui bénéficient ou non du programme

Les références données ci-dessous visent à orienter la réflexion afin de déterminer les groupes qui bénéficient du programme et ceux qui n'en bénéficient pas, avant que l'équipe d'examen effectue les tâches relatives à l'Étape 3. Ces textes de référence couvrent les thèmes suivants :

- Les aspects socio-économiques et la stratification sociale (y compris les normes, les rôles et les relations sexospécifiques) ;

- La pertinence des « motifs de discrimination » (fondés notamment sur le sexe, la race/l'origine ethnique, etc.) ;
- Les aspects socio-économiques, les besoins en matière de santé et la demande de services de santé ;
- Les approches communes pour mesurer les différences sociales ; et
- Les sources de données et les méthodes pour mesurer les inégalités en santé.

### Les aspects et la stratification socio-économiques

Lorsqu'on examine les sous-populations susceptibles de bénéficier ou non du programme de santé, la prise en compte des aspects socio-économiques constitue un bon point de départ. Dans la hiérarchie sociale, les positions différentes auxquelles les individus parviennent dépendent principalement de leur classe sociale, de leurs résultats scolaires, de leur situation professionnelle et de leur niveau de revenu.

**Les aspects socio-économiques** renvoient aux facteurs sociaux et économiques qui déterminent la position que les individus ou les groupes occupent au sein de la structure d'une société. Ce terme recouvre les différentes mesures qui reflètent la situation des individus ou des groupes dans la hiérarchie sociale.<sup>1</sup> Il s'agit ici d'un concept global comprenant la mesure intégrée de l'accès aux ressources et de leur maîtrise ainsi que la notion de prestige au sein de la société, en lien avec la classe sociale. À titre d'exemples, voir Marx, Weber, Krieger, Williams et Moss (Krieger et al, 1997; Galobardes et al, 2006) coupled with growing inequalities in income and

wealth, have refocused attention on social class as a key determinant of population health. Routine analysis using conceptually coherent and consistent measures of socioeconomic position in US public health research and surveillance, however, remains rare. This review discusses concepts and methodologies concerning, and guidelines for measuring, social class and other aspects of socioeconomic position (e.g. income, poverty, deprivation, wealth, education).

La stratification sociale et la classe sociale constituent les deux variables principales pour appliquer les aspects socio-économiques dans le suivi des inégalités en santé. **La stratification sociale** fait référence aux systèmes sociaux qui répartissent en catégories ou qui classent les individus ou les sous-populations dans une hiérarchie selon certaines caractéristiques, entraînant une inégalité sociale structurée. Le niveau de revenu, le nombre d'années d'études et la profession exercée sont des exemples de caractéristiques couramment utilisées dans ce processus de classement. Les normes, les rôles et les relations sexospécifiques peuvent également contribuer à instaurer des relations de pouvoir inégales. Pour désigner ces classements ou ces échelles, on emploie simplement le terme **d'échelles de graduation**. Le concept de **classe sociale** est défini par le taux de propriété et de contrôle des moyens

<sup>1</sup> Plusieurs autres termes, tels que classe sociale, couche sociale et situation sociale ou socio-économique, sont souvent utilisés de manière plus ou moins interchangeable dans la littérature, bien que leurs bases théoriques soient différentes.

de production, qu'ils soient physiques, financiers ou organisationnels. On dit de la classe sociale que c'est une **mesure relationnelle**, parce que les changements qui affectent la situation sociale d'une catégorie ont nécessairement un impact sur l'autre ou sur les autres catégories.

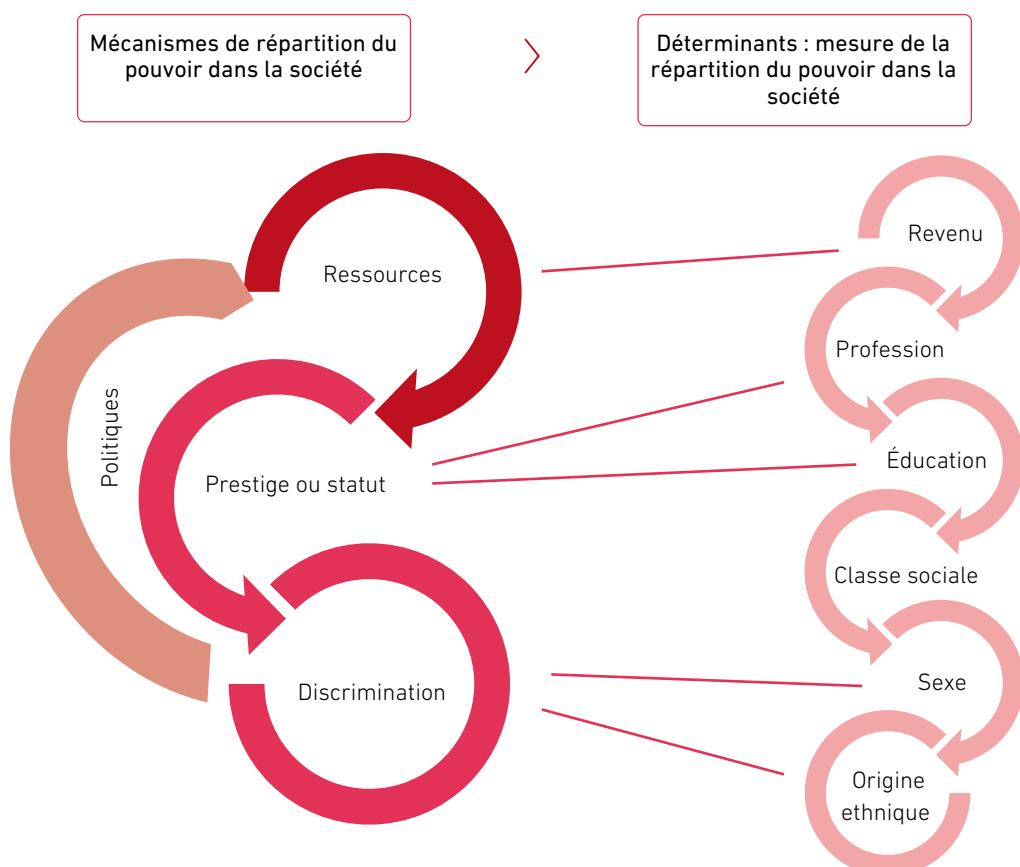
Les mesures de stratification sociale sont des facteurs prédictifs importants des tables de mortalité et de morbidité. Il existe deux principaux points d'entrée en ce qui concerne les mesures associées aux aspects socio-économiques :

- **Les mesures basées sur les ressources** font référence aux ressources matérielles et sociales, notamment le revenu, les richesses et les diplômes ; pour décrire des ressources insuffisantes, on parle de pauvreté et de privation.
- **Les mesures basées sur le prestige** font référence au classement ou au statut d'un individu dans la hiérarchie sociale, que l'on évalue généralement

en prenant en compte le niveau d'accès aux biens, aux services et à la connaissance et de consommation, en volume et en qualité. Ces mesures portent sur la profession, les études et le revenu, en lien avec le prestige dans des contextes donnés.

Comme il est expliqué dans la section suivante et comme le montre clairement la Figure 3.1, la discrimination et l'exclusion sociales fondées sur la sexospécificité et l'origine ethnique reflètent et déterminent le positionnement de l'individu dans la hiérarchie sociale. De plus, les questions de la sexospécificité et de l'origine ethnique peuvent interagir avec d'autres processus et caractéristiques, aggravant ainsi la situation de désavantage.

**Figure 3.1 Les mécanismes de répartition du pouvoir et leurs critères**



Source : Présentation d'Innov8 élaborée par O. Solar et P. Frenz.

# IDENTIFIER LES GROUPES QUE LE PROGRAMME LAISSE DE CÔTÉ

## ÉTAPE 3

### Pertinence des « motifs de discrimination »

Outre les ressources et le prestige, il existe d'autres mesures qui mettent en évidence des questions importantes – telles que la discrimination – par rapport aux aspects socio-économiques et qui peuvent entrer en ligne de compte dans la stratification. Selon la Déclaration des droits de l'homme des Nations Unies (Nations Unies, 1948) les motifs de discrimination interdits sont : « la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou autre, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation ».

Par exemple, dans toutes les sociétés, la discrimination fondée sur le sexe ou sur les normes sexospécifiques peut avoir une incidence sur la santé (OMS, 2011). On trouve une illustration de cela lorsque les normes sexospécifiques marginalisent

des personnes dont l'identité et l'orientation sexuelles ne sont pas conformes à l'idéologie dominante d'un lieu ou d'une époque déterminés. Cette réalité peut favoriser la discrimination et aller parfois jusqu'à la violence.

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Nations Unies, 1979) précise les nombreuses façons dont la discrimination peut impacter la santé des femmes, à la fois directement et indirectement par son influence sur les aspects socio-économiques. D'autres conventions, comme la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (Nations Unies, 1966), mettent en évidence d'autres formes de discrimination ayant des conséquences pour la santé.

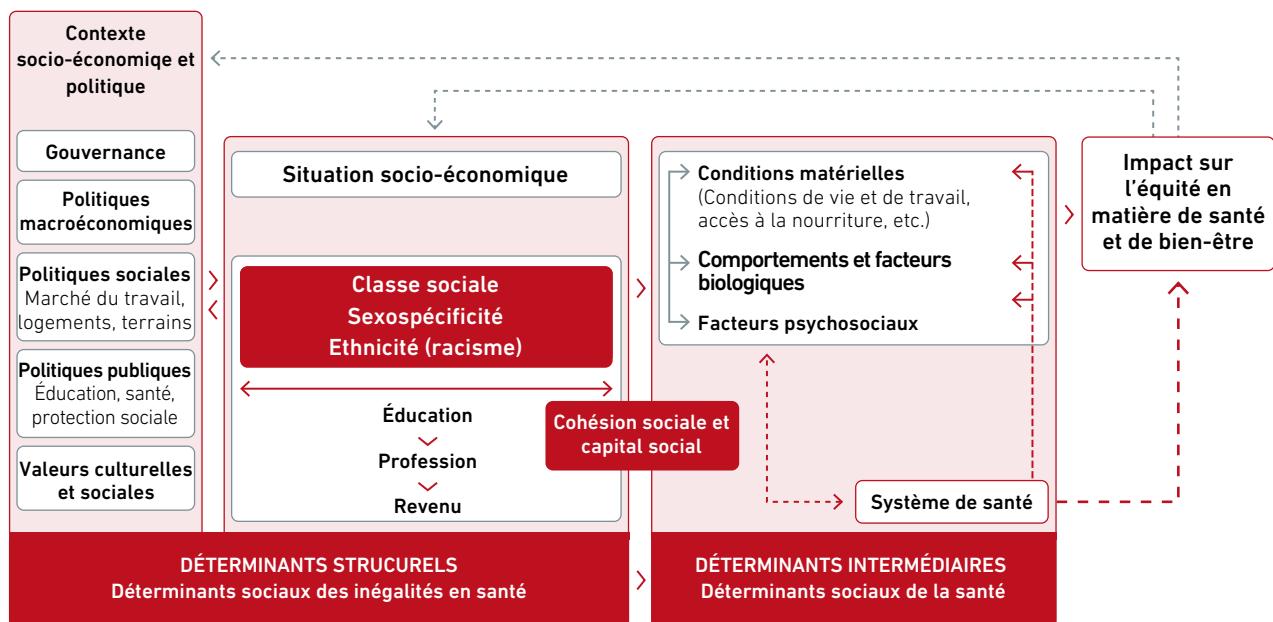
### Réflexions sur les aspects socio-économiques, les besoins et la couverture effective

Le réexamen du cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé, présenté dans la section *Introduction aux concepts, aux principes et aux cadres appliqués*, permet une meilleure compréhension des catégories multiples des aspects socio-économiques et de la santé. Dans ce cadre, les aspects socio-économiques influent sur les conditions matérielles, les comportements et les facteurs psychosociaux d'un individu ainsi que sur son rapport au système de santé. De même, ces données ont une incidence sur les niveaux d'équité en santé et de bien-être ressentis par un individu ou des sous-populations.

Les études montrent invariablement l'existence de gradients sociaux et de différences dans la répartition des maladies au sein des populations (CSDH, 2008). Cependant, malgré les besoins plus importants en matière de santé des personnes défavorisées – en termes de revenu, de niveau d'instruction, de précarité de l'emploi ou pour des raisons d'origine ethnique, d'appartenance sexuelle, de sexospécificité, etc. –

ces sous-populations sont parfois dans l'incapacité d'exprimer leur demande ou d'accéder aux services ou de se conformer aux traitements, ce qui se traduit par des niveaux moindres d'utilisation des services de santé par rapport à leurs besoins. En fonction du contexte national et du programme de santé, on peut observer des situations de recours insuffisant aux services de santé en dépit de besoins élevés, du fait des obstacles à l'accès. Cette inégalité concernant l'accès est si répandue qu'on parle de « Loi des soins inversés » pour désigner ce phénomène (Tudor Hart, 1971). Cela dit, Adler et al (1994) ont pris en compte le rôle de l'accès aux soins en expliquant le sens du gradient de santé lié aux aspects socio-économiques. Dans leurs conclusions, ils montraient que l'accès seul ne pouvait expliquer le gradient (pointant le besoin de prendre en considération le rôle des déterminants ayant un impact direct sur la santé, comme le montrent les deux flèches pleines à la Figure 3.2 qui ne traversent pas l'encadré Système de santé).

**Figure 3.2 Le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé, OMS**



Source : Solar & Irwin, 2010.

S'agissant de cette question, certaines études indiquent que, bien que les écarts en matière d'accès soient plus importants entre les quintiles, les personnes dont les niveaux de revenu sont plus faibles ont davantage recours aux médecins généralistes et sont plus hospitalisées que les personnes plus aisées, après avoir pris en compte les besoins de santé (Eckersley et al, 2001). Parallèlement, les études confirment que le recours à des spécialistes est inversé, parce que ce sont souvent les personnes bénéficiant d'un revenu plus élevé qui les consultent. Le recours aux services dentaires est plus important parmi la population à revenu élevé. Cela s'explique par le fait que dans la plupart des pays, ces soins ne sont pas pris en charge par le financement public (van Doorslaer et al, 2000 ; van Doorslaer, Koolman, Jones, 2004 ; van Doorslaer et al, 2004). Les données disponibles montrent également que les programmes de dépistage et de prévention tendent à bénéficier davantage aux classes sociales plus aisées (De Spiegelaere et al, 1996 ; Alvarez-Dardet et al, 2001).

Par conséquent, pour interpréter les produits d'un programme, il est important de prendre en compte les besoins spécifiques (taux de morbidité ou risque) ainsi que les différences de conditions sociales (telles que les normes, les rôles et les relations sexospécifiques en raison desquels des femmes ou des hommes, ou des groupes de femmes ou d'hommes sont moins susceptibles d'accéder aux soins et d'en bénéficier pleinement, bien que leurs besoins soient potentiellement plus importants ou spécifiques). L'égalité d'utilisation pour l'ensemble des groupes sociaux peut en réalité refléter des inégalités, si le niveau d'utilisation ne répond pas en quantité et en qualité aux besoins spécifiques. Le Tableau 3.1 est un outil destiné à aider l'équipe d'examen à tenir compte des taux d'utilisation actuels des sous-populations ayant des besoins plus importants ou spécifiques. L'équipe devra prendre le temps de réfléchir aux questions de couverture effective des interventions (c.-à-d. en se demandant si le service auquel la personne peut accéder est de qualité suffisante).

# IDENTIFIER LES GROUPES QUE LE PROGRAMME LAISSE DE CÔTÉ

## ÉTAPE 3

**Tableau 3.1 Taux d'utilisation par rapport aux besoins**

|             |        | BESOIN            |                       |
|-------------|--------|-------------------|-----------------------|
|             |        | ÉLEVÉ             | FAIBLE                |
| UTILISATION | ÉLEVÉE | Accès approprié   | Utilisation excessive |
|             | FAIBLE | Accès insuffisant | Accès approprié       |

Source: White, 1978.

En lien avec ce qui précède, il est important de prendre en compte la conceptualisation des besoins existants au sein de toute sous-population donnée ainsi que l'expression de la demande associée à ces besoins. Des sous-populations différentes au sein de la population cible – même si elles ont des besoins similaires – peuvent exprimer ces besoins différemment en raison de leur niveau d'éducation, de leur niveau de connaissance du système de santé, de leurs expériences en matière de discrimination, et/ou de la hiérarchisation des réponses aux besoins

fondamentaux que sont la nourriture et le logement, parmi d'autres facteurs. De la même façon, certaines sous-populations peuvent exprimer des besoins plus importants dans certains points de services de santé (par exemple dans des services d'urgence) qui ne correspondent pas en réalité aux niveaux des besoins pour ces services spécifiques (CDC, 2013). Il s'agit plutôt ici d'une illustration des défis auxquels les sous-populations font face en accédant à d'autres parties du système.

## Les approches communes pour mesurer la stratification

Différents déterminants, y compris ceux que l'on utilise pour la surveillance des inégalités en santé, sont employés pour évaluer les sous-populations et leur situation socio-économique. Passer en revue ces indicateurs permet à l'équipe d'examen de décrire les sous-populations de la population cible, susceptibles de bénéficier du programme à des degrés variables.

Il n'existe pas d'indicateur unique couvrant l'ensemble des objectifs d'une étude et applicables en tout temps et dans toutes les situations. Chaque indicateur mesure des aspects différents, souvent liés, de la stratification socio-économique. Il est donc souvent préférable d'examiner plusieurs aspects au lieu de se concentrer sur un seul. Certains indicateurs peuvent s'avérer plus ou moins adaptés à différents résultats sanitaires et à différents stades de la vie. Comme exemples de ces stades tout au long de la vie, on citera la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte. On peut également se référer à des périodes telles que l'année dernière, au cours des cinq dernières années, etc. Les périodes considérées dépendent des expositions supposées, des liens de cause à effet et des périodes étiologiques qui y sont associées.

On peut également mesurer efficacement les aspects socio-économiques à trois niveaux complémentaires : individu, ménage et quartier. Lorsque l'on envisage d'autres types de stratification, il est prudent de systématiquement prendre en compte les différences entre les hommes et les femmes et entre les filles et les garçons, afin de déceler les différences sexospécifiques éventuelles au sein des sous-populations définies par plusieurs caractéristiques.

Parmi les déterminants les plus fréquemment utilisés dans la surveillance des inégalités en santé, on citera notamment (OMS, 2013) :

- Le revenu ou la richesse ;
- Le lieu de résidence (rural, urbain, autre) ;
- La race ou l'origine ethnique ;
- La situation professionnelle (ouvriers/employés, sans emploi) ;
- Le sexe ;
- La religion ;
- Le niveau d'études ;

- Le statut socio-économique ;
- La classe sociale ;
- L'âge ; et
- Les autres caractéristiques particulièrement importantes pour le programme et le contexte national (ex. statut de migrant, caste, identité et orientation sexuelles).

Comme indiqué précédemment, ces déterminants et d'autres servent de mesures indirectes pour évaluer les mécanismes de répartition des ressources, de prestige ou de statut et de discrimination dans la société, comme illustré à la Figure 3.1. On devra donc apporter une attention particulière aux recoulements

entre ces caractéristiques. Il s'agit donc ici d'analyser comment les conditions matérielles défavorables, le faible prestige et la discrimination générées par les mécanismes de stratification sociale se conjuguent pour que certaines sous-populations risquent particulièrement d'être exclues d'un programme (ex. en raison d'un faible niveau d'instruction *et* en habitant un quartier informel de la ville *et* du fait d'être pauvre *et* d'être une femme). Des mesures par zone telles que l'indice de développement humain ou les indices de pauvreté multidimensionnels disponibles dans certains pays par unités géographiques plus restreintes peuvent également être pertinentes.

## Les sources de données et les méthodes pour mesurer les inégalités en santé

À l'Étape 3, l'équipe d'examen doit analyser et interpréter les sources de données quantitatives et qualitatives disponibles qui donnent des indications sur les différences au sein des sous-populations en termes d'accès au programme, à ses produits et à ses résultats.

**Les sources de données quantitatives :** Il est utile de consulter les sources démographiques (recensements, systèmes d'enregistrement de l'état civil et enquêtes auprès des ménages), les sources institutionnelles (dossiers de ressources, de services et individuels), ainsi que les systèmes de surveillance (OMS, 2013). Parmi les autres sources de données importantes il faut mentionner les examens et les évaluations de programmes antérieurs, les études réalisées à partir d'autres sources démographiques, ainsi que les analyses des données accessibles contenues dans des articles archivés dans différentes bases de données de recherche.

Ces sources peuvent permettre d'obtenir des informations importantes :

- Indicateurs de processus, de produits, de résultats et d'impact, y compris ceux utilisés par le programme, qui peuvent être ventilés (au moins par sexe et territoire).
- Données institutionnelles ou démographiques applicables à l'analyse de l'équité et des spécificités de chaque sexe, par exemple par unité géographique

comme le quartier et l'état, par lieu de résidence (rural/urbain), par sexe, par revenu, par niveau d'instruction et autres déterminants de l'équité pertinents, appropriés au contexte national.

- Informations relatives notamment aux sous-populations et aux écarts en matière de couverture.

Dans certains cas, les données nationales peuvent être inexistantes – pour l'ensemble des phases principales du programme. Il se peut aussi que l'équipe d'examen ne soit pas en mesure de ventiler les données en fonction des déterminants qu'elle estime les plus importants. Dans ce cas, il sera peut-être possible d'examiner les données ventilées selon les critères pertinents aux niveaux infranational ou local, en s'appuyant sur les sources de données plus limitées/locales. En l'absence d'informations quantitatives ventilées à quelque niveau que ce soit, l'analyse pourra être effectuée en s'appuyant sur les unités géographiques, telles que les municipalités ou le comté, en sélectionnant un groupe de localités qui reflète des taux de vulnérabilité différents, y compris les facteurs sociaux comme la pauvreté et la présence de sous-populations confrontées à des niveaux élevés de discrimination et d'exclusion sociale (ex. minorités ethniques/populations tribales).

# IDENTIFIER LES GROUPES QUE LE PROGRAMME LAISSE DE CÔTÉ

## ÉTAPE 3

Le Tableau 3.2 présente un certain nombre de mesures épidémiologiques simples couramment utilisées pour analyser les inégalités en matière de santé.

**Tableau 3.2 Mesures épidémiologiques simples couramment utilisées pour analyser les inégalités en matière de santé.**

| Indicateur   | Formule de calcul  | Interprétation   | Points forts   |
|--|--|--|--|
| Répartition en pourcentage des cas et de la population par groupes sociaux | Pourcentages de cas dans chaque sous-population (Ex. pourcentage de décès d'enfants et pourcentage de naissances, selon le niveau d'instruction de la mère). | Le pourcentage de différences en matière de couverture de services doit également prendre en compte les différences en termes de besoins. Si le chiffre est inférieur au résultat attendu par rapport au niveau des besoins, il est probable que l'on soit face à une situation d'inégalité. | Présentation simple des disproportions qui reflètent des inégalités en termes de problèmes de santé et d'accès.                    |
| Taux spécifiques relatifs au groupe social                                 | Nombre de cas compris dans le groupe social divisé par la population de ce groupe social (ex. taux de mortalité infantile/niveaux d'instruction de la mère). | Le taux spécifique de chaque groupe social représente la probabilité de survenue de l'événement (risque) pour ce groupe.   | Les taux spécifiques, en particulier sous forme de représentation graphique, illustrent les gradients sociaux en matière de santé. |
| Ratio cas observés/cas attendus  | Compare le ratio entre les cas observés dans le groupe social et les cas attendus.   | Le rapport entre les cas observés et les cas attendus est de 1 si l'utilisation des services correspond aux besoins du groupe. Si le ratio est inférieur à 1, l'utilisation est moindre que celle qui était prévue.  | Comparaison simple des différences entre le nombre de cas observés et attendus ou de personnes incluses dans le programme.         |
| Différence absolue   | Couverture en pourcentage dans le groupe à faible revenu moins la couverture en pourcentage dans le groupe à revenu élevé.                                   | La différence absolue mesure l'ampleur des différences. Cette donnée devra être comparée à la différence absolue en termes de besoins.   | Il s'agit d'un indicateur de l'ampleur du problème, qui témoigne de son importance pour la santé publique.                         |

| Indicateur                           | Formule de calcul   | Interprétation  | Points forts   |
|--------------------------------------|---|---|--|
| Différence relative ou ratio relatif | Niveau de couverture dans la situation la plus favorable comparée à la moins favorable. | La différence relative mesure l'ampleur de l'impact des aspects socio-économiques sur le phénomène mesuré. Si la valeur est supérieure ou inférieure à 1, on constate une différence. Là encore, cette donnée doit être comparée aux besoins. | On considère que la différence relative est un indicateur plus fiable de l'effet de causalité que la différence absolue. |
| Risque attribuable à la population   | Mesure sommaire du gradient.  | Indique les améliorations possibles de la couverture sanitaire par l'élimination de toutes les différences socio-économiques.   | Prend en compte la taille des groupes.   |

Sources : Cf Mackenbach & Kunst, 1997 ; Galobardes et al, 2006 ; Jurges et al, 2008 ; élaboré à partir des travaux du Ministerio de Salud, Chili, 2010 ; et révisé par l'OMS, 2013 et l'OMS, 2015.

**Les sources de données qualitatives :** La valeur des données qualitatives ne doit pas être sous-estimée, car celles-ci peuvent apporter des informations essentielles sur les sous-populations exclues par le programme, leurs besoins, les obstacles à l'accès aux services et les causes des inégalités. Si le programme ne comprend pas de données qualitatives, on pourra trouver ce type de données notamment dans les sources suivantes :

- Les travaux de recherche et la littérature universitaires ;
- Les témoignages des utilisatrices et des utilisateurs du programme de différentes communautés ;
- La « littérature grise », par exemple des rapports émanant de la société civile et des ONG, des institutions nationales des droits de l'homme, des organes conventionnels des droits de l'homme et des médias ; et
- Les rapports des partenaires des systèmes multilatéraux.

Des discussions de groupe avec la population cible (et des segments de celle-ci, incluant des hommes et des femmes) ou des entretiens avec des informateurs ou des échanges approfondis avec les prestataires au niveau local et/ou les membres de la communauté

peuvent fournir des informations précieuses sur les raisons pour lesquelles certaines personnes peuvent éprouver des difficultés pour accéder au programme et en bénéficier, ou sur toutes conséquences inattendues résultant de l'utilisation du programme (ex. stigmatisation). Il est particulièrement important de rechercher des sources de données qui traitent de la manière dont le programme est perçu, à la fois par le personnel et les prestataires de services de santé (côté de l'offre) et par les membres des communautés marginalisées et défavorisées (côté demande). Ces sources réunies fournissent des informations importantes sur les facteurs de blocage côté offre, sur les perceptions des obstacles côté demande ainsi que sur les causes potentielles qui des deux côtés ont des incidences sur les inégalités.

Enfin, l'analyse proposée dans ce manuel prévoit que l'équipe d'examen effectue **une triangulation des données à partir des différentes sources en intégrant à ses réflexions ses connaissances et son expérience directe**. L'équipe d'examen pourra tester, vérifier ou comparer ses perceptions et ses interprétations en les confrontant à ces sources de données et aux consultations avec d'autres acteurs, en particulier les prestataires et les administrateurs au niveau local.

# IDENTIFIER LES GROUPES QUE LE PROGRAMME LAISSE DE CÔTÉ

## ÉTAPE 3

### Étape 3 Lectures et ressources complémentaires

Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2006;60(1):7–12. doi: 10.1136/jech.2004.023531.

Krieger N (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health.* 2001;55(10): pp.693–700. doi: 10.1136/jech.55.10.693.

Krieger N, Williams DR, Moss NE (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health.* 1997;18:341–78. doi: 10.1146/annurev.publhealth.18.1.341.

CESCR Nations Unies (Comité des droits économiques, sociaux et culturels) (2009). Observation générale no 20 : La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, 2 juillet 2009, E/C.12/GC/20. Disponible : <http://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html> (consulté le 8 mars 2016).

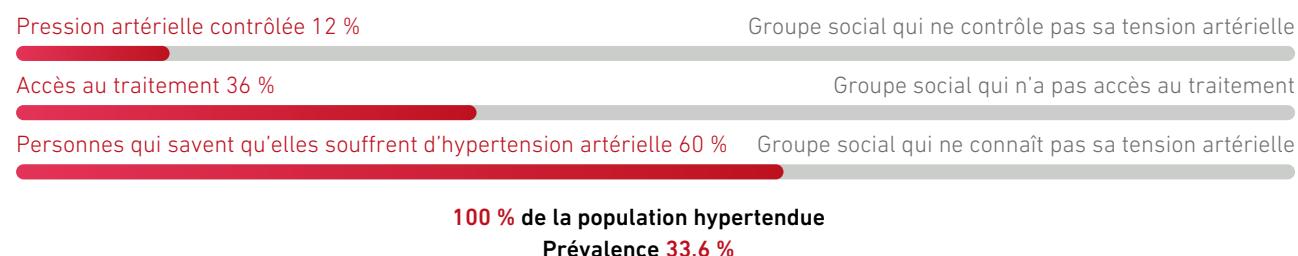
OMS (2014). Monitoring health inequality: An essential step for achieving health equity. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133849/1/WHO\\_FWC\\_GER\\_2014.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133849/1/WHO_FWC_GER_2014.1_eng.pdf?ua=1) (consulté le 22 février 2016).

## EXEMPLE D'ÉTUDE DE CAS DE L'ÉTAPE 3 EXTRAIT DE L'APPLICATION D'UN PROGRAMME

Le programme de santé cardio-vasculaire mis en place au Chili vise à détecter et à contrôler les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires au sein de la population adulte, à partir de 15 ans, notamment l'hypertension, le diabète, la dyslipidémie, le surpoids et le tabagisme, dans les soins de santé primaires. En 2009-2010, ce programme a fait l'objet d'un examen et d'un processus de révision, dans le cadre d'une initiative plus large incluant cinq autres programmes, en vue d'intégrer dans les programmes de santé les notions d'équité en santé et de déterminants sociaux de la santé (dans le cadre de la stratégie définie par le ministère de la Santé intitulée « 13 étapes vers l'équité »).

Afin de tester la théorie du programme et de déterminer quels groupes étaient laissés de côté, l'équipe d'examen (composée de membres du ministère de la Santé et d'autres secteurs et incluant des représentants au niveau infranational) a exploité les données quantitatives fournies par l'Enquête nationale sur la santé réalisée en 2003. Cette analyse a montré que seuls 60 % de la population adulte souffrant d'hypertension étaient informés de leur état, qu'un peu plus d'un tiers étaient sous traitement et que seuls 12 % avaient une tension normale (c.-à-d. tension correctement traitée/gérée) avec des différences importantes entre les hommes et les femmes, comme l'indique la Figure 3.3.

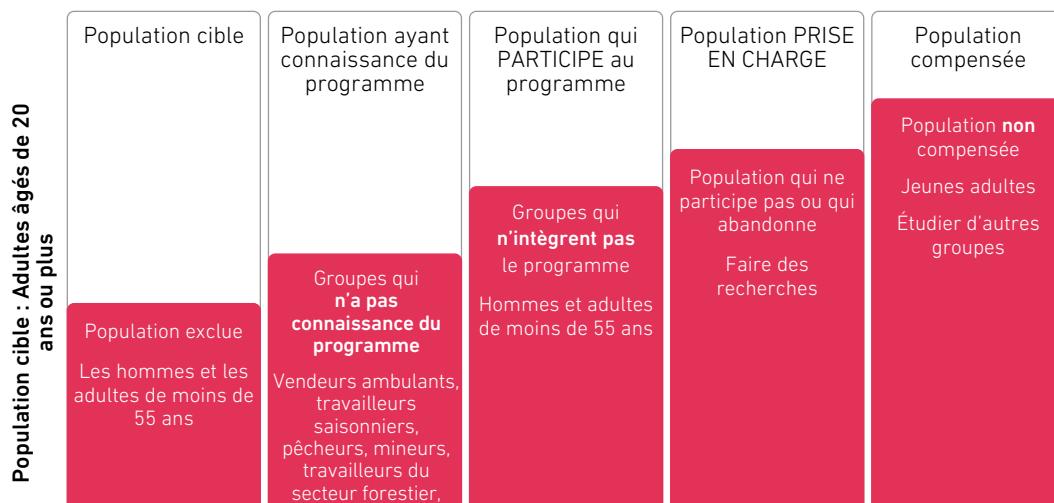
**Figure 3.3 Taux d'hypertension, Enquête nationale sur la santé, Chili, 2003**



Les informations infranationales supplémentaires provenant de la Région centrale du Bío-Bío (Figure 3.4) et les connaissances et l'expérience de l'équipe, vérifiées par la consultation des registres des

programmes de soins de santé primaires, ont montré que les personnes qui avaient accès au programme de santé cardiovasculaire étaient principalement des femmes âgées et des personnes sans emploi.

**Figure 3.4 Exemples au niveau infranational (programme de santé cardiovasculaire de la région du Bío-Bío)**

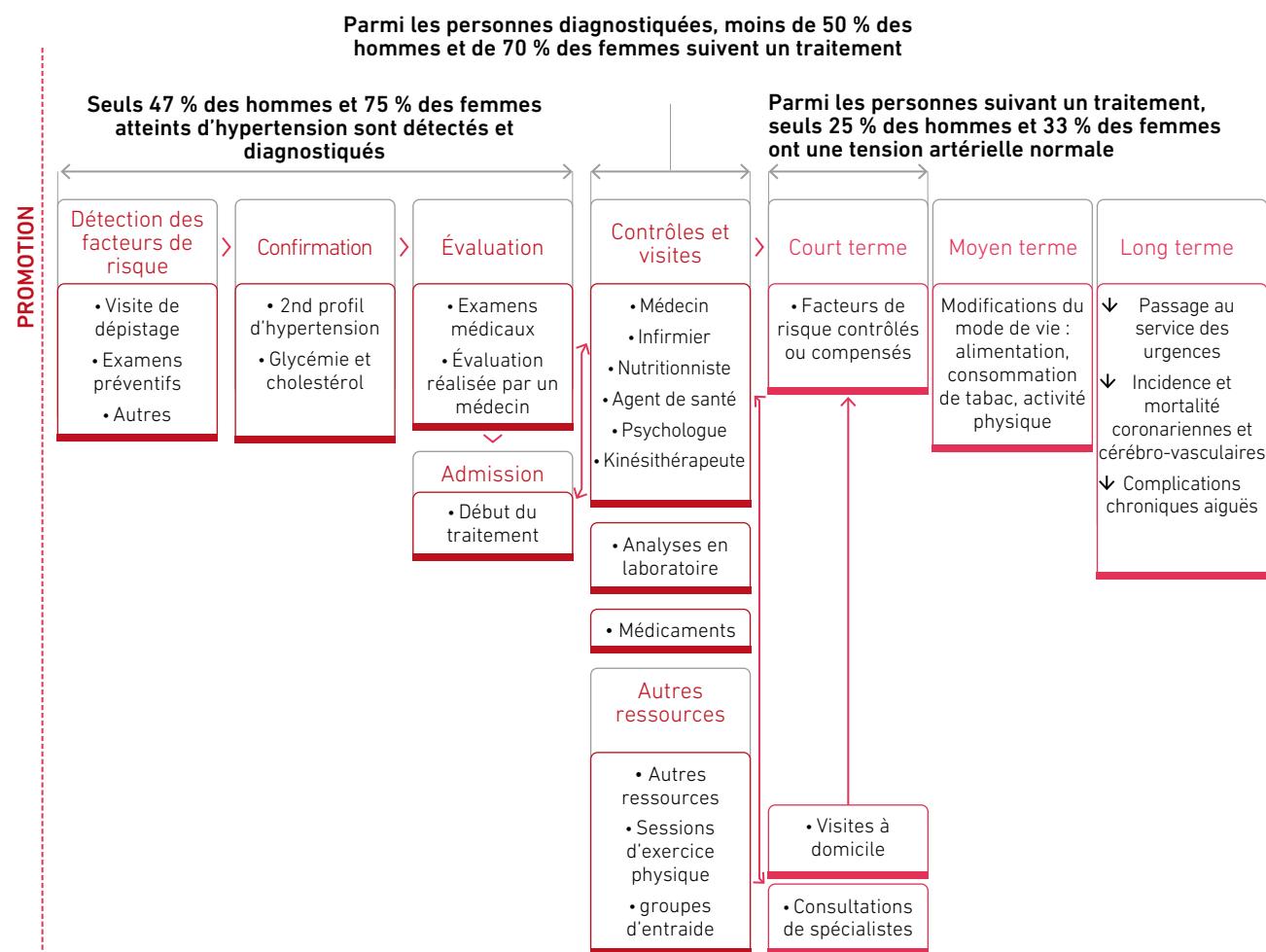


# IDENTIFIER LES GROUPES QUE LE PROGRAMME LAISSE DE CÔTÉ

## ÉTAPE 3

Les phases principales essentielles dans lesquelles les personnes étaient laissées de côté sont indiquées dans le schéma du programme (Figure 3.5).

**Figure 3.5 Phases principales dans lesquelles les travailleurs plus pauvres, en particulier les hommes, sont laissés de côté**



Sources : Ministerio de Salud, Chile, 2010 ; Solar, 2014 ; Vega, 2011.

L'analyse conduite par l'équipe d'examen a conclu que le programme offrait une couverture insuffisante, en particulier pour les hommes, notamment la population active, entre 45 et 60 ans, présentant des facteurs de risque tels que : faible niveau d'éducation, emploi précaire et niveau de revenu faible

et résidant dans les quartiers les plus défavorisés. La sous-population présentant ces caractéristiques socio-économiques constituait le principal groupe exclu du programme, en ce qu'elle était confrontée à des obstacles pour accéder aux soins de santé nécessaires.

## RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 3

Le Tableau 3.3 décrit les activités qui seront développées par l'équipe d'examen afin de finaliser l'Étape 3. Il pose également les questions qui vont orienter les activités et les méthodes utilisées.

**Tableau 3.3 Résumé des activités de l'Étape 3 : Identifier les groupes que le programme laisse de côté**

| Questions  | Tâches   | Méthodes  |
|--|--|---|
| <b>Activité 1 : Évaluation préliminaire des sous-populations qui font face à des inégalités pour accéder aux soins ou qui en bénéficient moins à chaque phase principale du programme</b>  |  |   |
| À chaque phase principale du programme, quelles sous-populations sont susceptibles d'en bénéficier et dans quelle mesure ?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse préliminaire de l'accès de la sous-population au programme dans ses phases principales.</li> </ul>  | Échanges entre les membres de l'équipe d'examen   |
| <b>Activité 2 : Décrire les besoins des sous-populations</b>   |  |   |
| Quelles sous-populations de la population cible sont importantes pour l'analyse ?<br><br>Décrire les sous-populations à l'aide de déterminants.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Décrire les sous-populations du programme.</li> <li>Définir les besoins spécifiques des femmes et des hommes des différentes sous-populations.</li> <li>Identifier les effets négatifs non intentionnels pour chaque sous-population.</li> <li>Décrire les besoins nouveaux ou supplémentaires de cette sous-population que le programme ne prend pas en compte.</li> </ul> | Examen des documents du programme et des données de la liste de contrôle<br><br>Échanges entre les membres de l'équipe d'examen   |
| <b>Activité 3 : Utiliser des informations quantitatives et qualitatives afin de tester la validité de l'analyse préliminaire ayant défini les groupes qui accèdent ou qui n'accèdent pas au programme et les sous-populations qui ont des besoins plus importants ou spécifiques</b> |  |   |
| Les données quantitatives et qualitatives permettent-elles de vérifier l'évaluation préliminaire des sous-populations victimes d'inégalités ?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Identification des sources de données quantitatives et qualitatives potentielles.</li> <li>Vérifier et rectifier l'analyse en tenant compte des données supplémentaires.</li> </ul>   | Identification et compilation des sources de données<br><br>Examen des données factuelles<br><br>Consultation des informateurs<br><br>Échanges entre les membres de l'équipe d'examen |

# IDENTIFIER LES GROUPES QUE LE PROGRAMME LAISSE DE CÔTÉ

## ÉTAPE 3

| Questions   | Tâches   | Méthodes   |
|---|--|--|
| <b>Activité 4 : Identifier et hiérarchiser la/les sous-population(s) en situation d'inégalité</b>                                     |  |  |
| Quelle(s) sous-population(s) et quelle(s) phase(s) principale(s) doit/doivent être privilégiée(s) pour une analyse plus approfondie ? | <ul style="list-style-type: none"><li>• Réviser le schéma du programme pour faire apparaître quelles sous-populations n'accèdent pas au programme ou n'en bénéficient pas à chaque phase principale.</li><li>• Indiquer quelle(s) sous-population(s) doivent prioritairement faire l'objet d'une analyse plus approfondie.</li></ul> | <p>Interprétation des conclusions<br/>Examen de la littérature<br/>Discussion entre les membres de l'équipe d'examen</p> |

## GUIDE DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 3

Les exercices présentés ci-dessous ont pour objectif principal d'amener l'équipe d'examen à échanger et à mener une réflexion, en s'appuyant sur les informations disponibles concernant le niveau d'accès des sous-populations au programme à chaque phase principale. À cette fin, les membres

de l'équipe pourront tirer parti des conclusions de la liste de contrôle, des documents du programme, des sources de données quantitatives et qualitatives disponibles ainsi que de leurs connaissances et de leur expérience.

### ACTIVITÉ 1

#### Évaluation préliminaire des sous-populations qui font face à des inégalités pour accéder aux soins ou qui en bénéficient moins à chaque phase principale du programme

La première activité de cette Étape 3 consiste à réaliser une analyse préliminaire des sous-populations qui bénéficient du programme et de celles qui n'en bénéficient pas à chaque phase principale, sur la base des connaissances et de l'expérience de l'équipe d'examen.

**1.** En ce qui concerne les phases principales du programme, l'équipe d'examen devra se référer au schéma de programme et à la théorie préliminaire élaborés à l'Étape 2. En gardant à l'esprit ces données de référence, les membres de l'équipe devront

examiner comment, à chaque phase principale du programme, certaines sous-populations sont susceptibles d'accéder au programme et dans quelle mesure. Il convient de rappeler à l'équipe d'examen que pour définir les sous-populations, elle devra prendre en considération les différences potentielles fondées sur le sexe ou sur les normes, les rôles et les relations sexospécifiques, ainsi que d'autres déterminants liés au contexte. L'équipe d'examen pourra consigner ses réponses dans le tableau ci-dessous.

| Phase principale du programme | Quelle(s) sous-population(s) accède(nt) au programme et en bénéficie(nt) davantage | Quelle(s) sous-population(s) n'accède(nt) pas au programme et n'en bénéficie(nt) pas, ou dans une moindre mesure |
|-------------------------------|--|--|
|                               |  |  |
|                               |  |  |
|                               |  |  |
|                               |  |  |

# IDENTIFIER LES GROUPES QUE LE PROGRAMME LAISSE DE CÔTÉ

## ÉTAPE 3

### ACTIVITÉ 2

#### Décrire les besoins des sous-populations

À l'Activité 2, sur la base de l'analyse visant à déterminer quelles sous-populations accèdent au programme et en bénéficient à chaque phase principale du programme, l'équipe d'examen a pour tâche de décrire les sous-populations de la population cible du programme.

**2.** À ce stade, l'équipe d'examen devra reprendre la question 5 de la liste de contrôle et comparer les sous-populations identifiées à cette question à celles décrites à l'Activité 1 comme étant celles qui accèdent au programme et en bénéficient davantage ou dans une moindre mesure, aux différentes phases de

celui-ci. Ensuite, la colonne de gauche du tableau ci-dessous devra comporter la liste complète et indiquer certaines caractéristiques descriptives, y compris celles qui se recoupent. Là encore, il conviendra de prendre en considération les différences potentielles fondées sur le sexe et/ou les normes, les rôles et les relations sexospécifiques et la manière dont ces éléments se recoupent avec d'autres facteurs sociaux dans ce contexte. L'équipe d'examen devra ensuite compléter le reste du tableau. L'exemple fictif fourni concerne un programme de santé sexuelle et génésique.

| Sous-population (brève description de ses caractéristiques) | En quoi la sous-population présente-t-elle des besoins plus importants en matière de santé ? Pourquoi ? Quels sont-ils ? | Le programme comporte-t-il des effets négatifs non intentionnels pour cette sous-population ? | Cette sous-population a-t-elle des besoins nouveaux ou supplémentaires que le programme ne prend pas en compte ? |
|---|--|---|--|
|   |  |   |  |
|   |  |   |  |
|   |  |   |  |
|   |  |   |  |

| <b>Sous-population</b> (brève description de ses caractéristiques)  | <b>En quoi la sous-population présente-t-elle des besoins plus importants en matière de santé ? Pourquoi ? Quels sont-ils ?</b>   | <b>Le programme comporte-t-il des effets négatifs non intentionnels pour cette sous-population ?</b>  | <b>Cette sous-population a-t-elle des besoins nouveaux ou supplémentaires que le programme ne prend pas en compte ?</b>  |
|---|---|---|--|
| <b>Exemple</b> (concernant un programme fictif de santé sexuelle et génésique) :<br><br>Les travailleuses migrantes | <b>Exemple</b> : Les travailleuses migrantes sont susceptibles d'avoir un accès limité aux services de santé en raison d'une méconnaissance du système de santé et d'un moindre accès à l'information ; d'obstacles d'ordre sexospécifique, culturel et linguistique ; de barrières financières et administratives ; et de conditions de travail informelles qui se caractérisent par des prestations de santé limitées/inexistantes. | <b>Exemple</b> : L'exclusion par le système de santé et le programme des femmes en situation irrégulière (ne disposant pas de permis de travail ni de titre de séjour) entraîne un risque accru de non-accès en temps opportun aux services sanitaires et par conséquent d'exposition aux facteurs de risque, à la mauvaise santé et aux complications. | <b>Exemple</b> : Le programme ne comprend pas de services intégrés afin de prendre en compte la violence sexiste, qui est plus fréquente parmi les travailleuses migrantes que dans la population féminine générale. |

### ACTIVITÉ 3

**Utiliser des informations quantitatives et qualitatives afin de tester la validité de l'analyse préliminaire ayant défini les groupes qui accèdent ou qui n'accèdent pas au programme et les sous-populations qui ont des besoins plus importants ou spécifiques**

Les Activités 1 et 2 ont permis de réaliser une analyse préliminaire afin de déterminer les sous-populations qui bénéficient du programme et celles qui en sont exclues ainsi que les groupes qui présentent des besoins plus importants ou différents. Dans l'Activité 3, l'équipe d'examen mettra à l'épreuve cette analyse préliminaire en passant en revue les données quantitatives et qualitatives existantes.

Pour mener à bien cette activité, l'équipe d'examen doit avoir rassemblé les sources de données

disponibles, à la fois quantitatives et qualitatives (se reporter à la section références de lecture). En ce qui concerne les sources quantitatives, il est nécessaire d'examiner dans quelle mesure les données peuvent être ventilées pour chaque sous-population, à l'aide de déterminants (sex, revenu, niveau d'instruction, profession, race ou origine ethnique, etc.) et aux différentes phases principales du programme.

Dans certains contextes nationaux et pour certains programmes, les données quantitatives peuvent être

# **IDENTIFIER LES GROUPES QUE LE PROGRAMME LAISSE DE CÔTÉ**

## **ÉTAPE 3**

insuffisantes. Si le problème est lié à une insuffisance d'informations au niveau central, il sera possible de trouver des données ventilées par sous-population au niveau de l'état/du district ou localement. Dans ce cas, l'équipe d'examen devra travailler avec l'équipe locale pour effectuer l'analyse ou se référer aux études locales existantes. En l'absence d'informations individuelles ventilées, l'analyse pourra être effectuée par territoire, tel que les municipalités ou les comtés, en sélectionnant un groupe de localités qui reflète des niveaux de vulnérabilité ou des taux de pauvreté différents ou des origines ethniques diversifiées.

Les sources qualitatives peuvent fournir des informations sur des sous-populations spécifiques (ainsi que sur l'incidence des différentes formes de

situations défavorisées sur celles-ci) auxquelles les moyens quantitatifs ne permettent pas d'accéder. Si l'équipe d'examen décide d'appliquer des techniques qualitatives en organisant par exemple des groupes de réflexion et des entretiens avec des informateurs, elle devra collecter et systématiser les informations relatives aux sous-populations potentiellement exclues, et aux phases du programme. Par exemple, les profils des participants des groupes de réflexion (du côté demande) peuvent refléter les sous-populations susceptibles de ne pas avoir accès au programme. Les entretiens avec les informateurs peuvent être assurés en coopération avec des opérateurs du programme dans les régions éloignées à faible revenu et/ou rurales.

### **3.a. Vérification des données concernant les sous-populations qui ont accès au programme et celles qui n'y ont pas accès.**

Dès lors que l'équipe a déterminé les options d'évaluation des sous-populations et/ou des localités, sur la base des informations disponibles et collectées, les membres de l'équipe d'examen devront analyser les données afin de vérifier quelles sous-populations

ne bénéficient pas du programme ou en profitent dans une moindre mesure. Dans cet objectif, l'équipe pourra s'aider du tableau ci-dessous (elle pourra actualiser le tableau réalisé à l'Activité 1 en ajoutant une nouvelle colonne et en rectifiant le contenu si nécessaire).

| Phase principale du programme | Vérification des sous-populations qui n'accède(nt) pas au programme et n'en bénéficie(nt) pas, ou en profitent dans une moindre mesure | Vérification des sous-population(s) qui bénéficient davantage du programme | Vérification effectuée à l'aide de quelles sources de données (quantitatives et qualitatives) |
|-------------------------------|--|--|---|
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |
|                               |  |  |   |

### **3.b. Vérification des données concernant les sous-populations ayant des besoins plus importants ou différents.**

Pour cet exercice, l'équipe d'examen pourra commencer par se reporter au contenu indiqué dans la section références de lecture sur les besoins spécifiques et l'expression différenciée de ces besoins en termes d'accès et d'utilisation effective des services. Nous recommandons notamment à l'équipe de consulter le Tableau 3.1 concernant les

différents taux d'utilisation par rapport aux besoins. L'équipe d'examen devra ensuite compléter le tableau ci-dessous, en s'assurant que les données factuelles vérifient les types de besoins spécifiques, l'utilisation des services et les conséquences du recours aux services.

| <b>Sous-populations</b> | <b>Sources de données</b><br>(Répertorier les sources de données dans chaque colonne applicable – en l'absence de données et de sources, ne rien inscrire) |   |   |   |
|-------------------------|--|---|---|---|
|                         | Exposition et vulnérabilité plus importantes aux facteurs de risque  | Taux de morbidité et de mortalité plus élevés | Utilisation inappropriée des services au vu des besoins | Conséquences sociales (appauvrissement, stigmatisation, etc.) résultant de l'utilisation du programme |
|                         |  |   |   |   |
|                         |  |   |   |   |
|                         |  |   |   |   |

**3.c. Calcul du ratio relatif (RR) entre les sous-populations** (exercice facultatif, en fonction des données disponibles applicables aux sous-populations identifiées).

Si l'équipe d'examen dispose de suffisamment de données quantitatives, elle pourra tenter de mesurer l'ampleur des différences en calculant le ratio relatif de la sous-population dont la couverture est la plus

faible par rapport à la sous-population ayant la meilleure couverture ou à la couverture moyenne de la population cible.

| <b>Sous-population</b> | <b>RR étape 1 du programme</b><br>(pourcentage de la sous-population dont la couverture est la plus faible/pourcentage de la sous-population dont la couverture est la plus élevée) | <b>RR étape 2 du programme</b><br>(pourcentage de la sous-population dont la couverture est la plus faible / pourcentage de la sous-population dont la couverture est la plus élevée) | <b>RR étape 3 du programme</b><br>(pourcentage de la sous-population dont la couverture est la plus faible / pourcentage de la sous-population dont la couverture est la plus élevée) |
|------------------------|---|---|---|
|                        |   |   |   |
|                        |   |   |   |
|                        |   |   |   |

# IDENTIFIER LES GROUPES QUE LE PROGRAMME LAISSE DE CÔTÉ

## ÉTAPE 3

### ACTIVITÉ 4

#### Identifier et hiérarchiser la/les sous-population(s) en situation d'inégalité

Au cours des activités précédentes, l'équipe d'examen aura identifié plusieurs sous-populations qui sont confrontées à des inégalités dans une ou plusieurs phases principales du programme. Cette activité va

permettre à l'équipe d'examen de faire figurer ces sous-populations sur le schéma de programme et d'envisager quelles sous-populations doivent être prioritaires pour la poursuite de l'examen.

##### 4.a. Version révisée du schéma du programme faisant apparaître les sous-populations exclues.

Pour cette activité, l'équipe d'examen pourra revenir au schéma de programme élaboré à l'Étape 2 en

indiquant quelles sous-populations ne bénéficient pas du programme à chaque phase principale.

##### Quelles sous-populations sont laissées de côté à chaque phase principale du programme



##### 4.b. Hiérarchisation de la/des sous-population(s) en vue d'une analyse plus approfondie.

La tâche suivante consiste à déterminer quelle(s) sous-population(s) doivent être prioritaires pour la poursuite de l'examen. Si l'équipe d'examen en a le temps et la capacité, chacune de ces sous-populations et de ces phases principales pourrait être analysée au cours des étapes suivantes afin d'établir un panorama complet des inégalités en lien avec le programme. Cependant, compte tenu des contraintes de temps ou de ressources, il est possible que ce travail ne soit pas réalisable.

Dans ce cas, l'équipe d'examen doit hiérarchiser les sous-populations qui feront l'objet d'une analyse plus

approfondie dans les étapes suivantes et qui seront prises en compte dans la proposition de révision du programme. L'équipe d'examen doit être en mesure de justifier les *raisons pour lesquelles* elle a donné priorité à certaines sous-populations en particulier. Le Tableau 3.4 décrit les critères de hiérarchisation couramment utilisés que l'équipe désirera peut-être prendre en compte dans sa décision. L'équipe d'examen souhaitera peut-être aussi prendre en considération des critères liés à l'intégration d'une démarche d'équité entre les sexes dans les programmes de santé (OMS, 2011).

**Tableau 3.4 Exemple de critères de hiérarchisation**

| <b>Critères d'identification des problèmes prioritaires (programmes)</b>   | <b>Critères d'identification des sous-populations prioritaires</b>  | <b>Critères de hiérarchisation des interventions</b>  |
|--|---|---|
| <p>Conceptualisation (promotion, prévention, soins curatifs – déterminants en amont, en aval)</p> <p>Impact (sanitaire, social)</p> <p>Ampleur du problème</p> <p>Urgence</p> <p>Connotations publiques et politiques</p> <p>Disponibilité des solutions</p> <p>Coût de l'action/inaction</p> <p>Responsabilité</p> <p>Prend en considération les normes, les rôles et les relations sexospécifiques assignés aux hommes et aux femmes et leur incidence sur l'accès aux ressources et sur la maîtrise de celles-ci.</p> | <p>Épidémiologique (ampleur, fréquence)</p> <p>Vulnérabilité (risque)</p> <p>Sous-populations défavorisées (par sexe, origine ethnique, classe sociale, etc.)</p> <p>Préférence sociale</p> | <p>Impact en termes d'équité en santé</p> <p>Efficacité</p> <p>Expertise</p> <p>Faisabilité</p> <p>Facilité de mise en œuvre</p> <p>Considérations juridiques</p> <p>Impacts sur le système</p> <p>Retour sur investissement</p> <p>Prend en considération les normes, les rôles et les relations sexospécifiques assignés aux hommes et aux femmes et leur incidence sur l'accès aux ressources et sur la maîtrise de celles-ci.</p> |

**Dans l'encadré ci-dessous, expliquer et justifier quelle(s) sous-population(s) l'équipe d'examen a mises en priorité en vue d'une analyse plus approfondie et d'une prise en compte dans la proposition de révision.**

# IDENTIFIER LES GROUPES QUE LE PROGRAMME LAISSE DE CÔTÉ

## ÉTAPE 3

### PRODUITS DE L'ÉTAPE 3

Félicitations, l'équipe d'examen a terminé l'analyse de l'Étape 3 !

Cette équipe devra **résumer les produits de l'Étape 3 dans un rapport concis (environ deux à cinq pages)** pendant qu'elle a bien à l'esprit les conclusions de l'analyse. Le résumé des produits devra restituer de manière claire et succincte les conclusions et les décisions principales de l'équipe d'examen pour l'ensemble des activités prévues dans cette étape. Vous utiliserez ces résumés au cours des différentes étapes jusqu'à la fin du processus d'examen à l'Étape 7, pour être intégrés à la proposition de révision et au rapport final sur le processus d'examen.

Le résumé des produits de l'Étape 3 devra comporter les éléments suivants :

- Description des sous-populations identifiées dans le programme.
- Description des principales conclusions concernant les besoins spécifiques de ces sous-populations en matière de santé et les différences en termes d'accès, en s'appuyant sur les données qualitatives et quantitatives précises, lorsque cela est possible.
- Un schéma révisé du programme faisant apparaître quelles sous-populations n'accèdent pas au programme ou n'en bénéficient pas à chaque phase principale.
- Indication de la/des sous-population(s) incluse(s) dans le programme qui est/sont prioritaire(s) pour l'analyse approfondie, avec explication/justification.

### RÉFÉRENCES

- Adler NE et al (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*. 1994;49:15–24.
- Alvarez-Dardet C, Montahud C, Ruiz MT (2001). The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain. *The European Journal of Public Health*. 2001;11(2):225–226.
- CDC (2013). Potentially Preventable Hospitalizations – United States, 2001–2009. Morbidity and Mortality Weekly Report. Atlanta, Georgia: Centres for Disease Control and Prevention. 2013;62(03):139–143. Disponible : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6203a23.htm> (consulté le 22 février 2016).
- CSDH (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf) (consulté le 22 février 2016).
- De Spiegelaere M, Dramaix M, Hennart P (1996). [Inégalités sociales et prévention : statut vaccinal des adolescents]. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 1996;44(3):228–236.
- Eckersley R, Dixon J, Douglas B (2001). The social origins of health and wellbeing. Cambridge University Press.

Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006;60(1):7–12. doi: 10.1136/jech.2004.023531.

Jurges H, Avendano M, Mackenbach JP (2008). Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *European Journal of Epidemiology*. 2008;23(12):773–81. doi: 10.1007/s10654-008-9287-6.

Krieger N (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001;55(10):693–700. doi: 10.1136/jech.55.10.693.

Krieger N, Williams DR, Moss NE (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*. 1997;18:341–78. doi: 10.1146/annurev.publhealth.18.1.341.

Mackenbach JP, Kunst AE (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science & Medicine*. 1997;44(6):757–71. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9080560> (consulté le 22 février 2016).

Ministerio de Salud, Chile (2010). Documento Técnico I, II, III: Serie de Documentos Técnicos del Rediseño de los Programas

desde la Perspectiva de Equidad y Determinantes Sociales. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública. [Ministère de la Santé, Chili (2010). Technical documents I, II and III for supporting the review and redesign of public health programmes from the perspective of equity and social determinants of health. Santiago: Sous-secrétaire d'État à la santé publique.] Documents en espagnol uniquement.

Solar O (2014). Presentation overview of the review and redesign process. Réunion de l'OMS à Alicante, en Espagne. Juin 2014.

Solar O, Irwin A (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf) (consulté le 22 février 2016).

Tudor Hart J (1971). The Inverse Care Law. Lancet 1971;297(7696):405–12. Disponible : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X> (consulté le 22 février 2016).

Nations Unies (1948). Déclaration universelle des droits de l'homme, 10 décembre 1948, 217 A (III).

Nations Unies (1966). Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale Recueil des traités, 660, 195.

Nations Unies (1979). Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. New York, 18 décembre 1979. G.A. res. 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (No. 46) at 193, U.N. Doc. A/34/46, entrée en vigueur le 3 septembre 1981.

CESCR Nations Unies (Comité des droits économiques, sociaux et culturels) (2009). Observation générale no 20 : La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, 2 juillet 2009, E/C.12/GC/20. Disponible : <http://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html> (consulté le 8 mars 2016).

van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H et al (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. Journal of Health Economics. 2000;19(5):553–583.

van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. Health Economics. 2004;13(7):629–647.

van Doorslaer E, Masseria C, the OECD Health Equity Research Group Members (2004). Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. In: Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Vega J (2011). Steps towards the health equity agenda in Chile. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, 2011. Disponible : [http://www.who.int/sdhconference/resources/draft\\_background\\_paper25\\_chile.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/draft_background_paper25_chile.pdf) (consulté le 22 février 2016).

OMS (2011). Gender mainstreaming for health managers; a practical approach. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health\\_managers\\_guide/en/](http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/) (consulté le 22 février 2016).

WHO (2013). Handbook on health inequality monitoring – with a special focus on low- and middle-income countries. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/z85345/1/9789241548632\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/z85345/1/9789241548632_eng.pdf) (consulté le 22 février 2016).

OMS (2014). Monitoring health inequality: An essential step for achieving health equity. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133849/1/WHO\\_FWC\\_GER\\_2014.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133849/1/WHO_FWC_GER_2014.1_eng.pdf?ua=1) (consulté le 22 février 2016).

OMS (2015). State of inequality: Reproductive, maternal, newborn and child health. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/state-of-inequality/en/> (consulté le 3 mars 2016).



# Étape 4

Identifier les obstacles et  
les facteurs favorables  
dont les sous-populations  
font l'expérience





## **Vue d'ensemble**

À l'Étape 4, l'équipe d'examen identifie les obstacles et les facteurs favorables à l'accès au programme de santé et les bénéfices liés à ce dispositif. S'appuyant sur l'Étape 3 qui avait consisté à identifier les sous-populations qui n'accèdent pas au programme ou qui en bénéficient moins que d'autres groupes, l'Étape 4 a pour objectif d'analyser les raisons pour lesquelles ces sous-populations n'obtiennent pas les résultats escomptés du programme.

Afin d'examiner la présence ou l'absence d'obstacles et de facteurs favorables, l'Étape 4 fait appel au modèle de Tanahashi de couverture effective – qui analyse les notions de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité (DAAQ). Les quatre activités de l'Étape 4 doivent guider l'équipe d'examen en vue de réaliser les tâches suivantes :

- 1) Évaluer les obstacles et les facteurs favorables pour la sous-population ciblée et identifier les sources de données disponibles et pertinentes ;
- 2) Identifier les obstacles les plus importants à chaque phase principale du programme et comment ceux-ci limitent les résultats du programme ;

3) Identifier les facteurs qui facilitent l'accès au programme et permettent aux personnes de bénéficier de celui-ci à chaque phase principale ; et

4) Systématiser les obstacles et les facteurs favorables et élaborer une version révisée du schéma du programme qui reflète ces conclusions.

Alors que l'étape précédente mettait à l'épreuve la théorie du programme en prenant en compte les populations pour lesquelles le programme fonctionne et celles pour lesquelles il ne fonctionne pas, cette étape analyse dans quels contextes et pour quelles raisons le programme n'est pas opérant pour ces personnes. Il s'agit ici d'identifier l'existence d'obstacles et de facteurs favorables et d'analyser leur fonctionnement. L'Étape 4 utilise les informations issues des travaux des étapes précédentes. Elle s'appuie en particulier sur les questions de la liste de contrôle portant sur les besoins spécifiques et les conditions de vie et de travail et sur les considérations relatives à la jouissance du droit à la santé, en se basant sur le cadre DAAQ.

Le résultat principal de l'Étape 4 concerne l'identification des principaux obstacles et facteurs favorables qui touchent les sous-populations aux phases principales du programme. Ces données peuvent être intégrées à la version révisée du schéma du programme (élaboré à l'Étape 2).

### **Objectifs de l'Étape 4**

- Identifier les facteurs qui facilitent l'accès au programme et l'obtention d'avantages, à chaque phase principale pour la/les sous-population(s) ciblée(s).
- Identifier les obstacles qui constituent une entrave à l'accès et à l'obtention d'avantages par la/les sous-population(s) ciblée(s) à chaque phase principale du programme, y compris les barrières sexospécifiques.
- Comprendre le modèle de Tanahashi de couverture effective et ses liens avec les notions de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité (DAAQ) relatives au droit à la santé.

# IDENTIFIER LES OBSTACLES ET LES FACTEURS FAVORABLES DONT LES SOUS-POPULATIONS FONT L'EXPÉRIENCE ÉTAPE 4

## TEXTES DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉTAPE 4

### Le cadre de Tanahashi de couverture effective

Ces textes donnent une orientation permettant de prendre en compte dans quelle mesure les problèmes d'accès au programme que rencontre la sous-population cible sont liés aux obstacles et aux facteurs favorables. Le texte couvre les points suivants :

- Le cadre de Tanahashi de couverture effective ;

- Le cadre de Tanahashi renvoie aux aspects du droit à la santé que sont la disponibilité, l'accessibilité, l'accessibilité et la qualité (DAAQ) ;
- Les concepts d'obstacles et de facteurs favorables ; et
- Un tableau récapitulatif avec des exemples d'obstacles et de facteurs favorables.

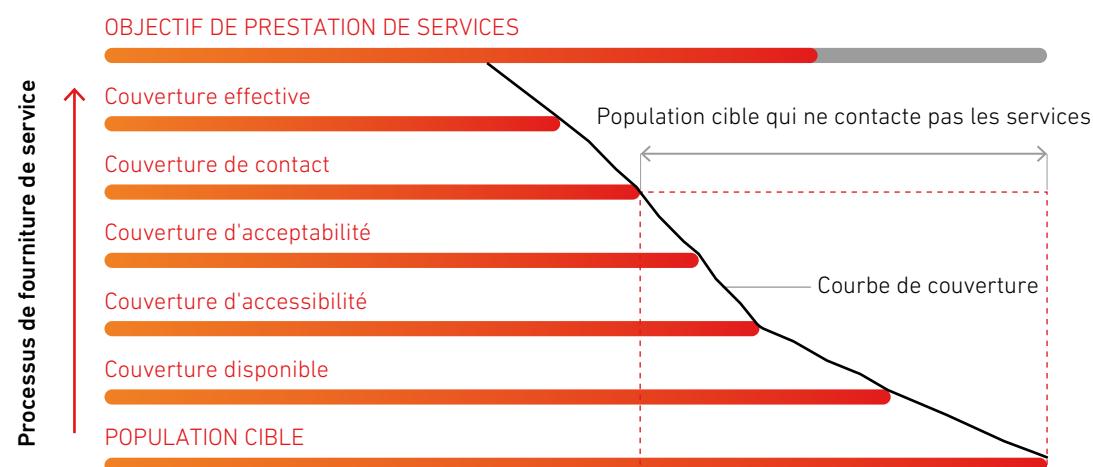
### Le cadre de Tanahashi de couverture effective

Créé en 1978, le cadre de Tanahashi examine la couverture du programme comme une série de dimensions que la population bénéficiaire doit appréhender afin d'atteindre la couverture effective et d'obtenir les bénéfices attendus. La couverture effective se définit comme suit : « Les personnes qui ont besoin de services de santé les obtiennent rapidement et à un niveau de qualité nécessaire pour obtenir l'effet et les gains potentiels sur la santé souhaités » (OMS, 2015). La couverture effective est

un concept important lorsque l'on étudie la couverture sanitaire universelle (CSU) (Evans et al, 2013).

Le pourcentage de la population cible bénéficiant d'une couverture effective dépend du niveau de couverture atteint en termes de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité, de contact et, enfin, d'efficacité (voir Figure 4.1). Ce cadre vise à identifier la population cible qui est laissée de côté à chaque phase principale (la proportion laissée de côté est illustrée par la courbe de couverture et le cadre, qui représente celle qui ne contacte pas les services).

**Figure 4.1 Modèle d'évaluation de l'équité d'accès et des obstacles aux services de santé**



Source: Tanahashi, 1978.

## Le cadre de Tanahashi renvoie aux notions de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité

Les dimensions de disponibilité, d'accessibilité et d'acceptabilité du modèle de Tanahashi constituent un cadre utile pour évaluer la jouissance du droit à la santé (CESCR des Nations Unies, 2000). De même, la notion de fourniture de services de qualité appropriée définie dans l'Observation générale n° 14 renvoie également au cadre de Tanahashi, qui intègre

notamment les aspects liés à la qualité dans la dimension de la couverture effective. L'Encadré 4.1 reprend des extraits de l'Observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (CESCR des Nations Unies, 2000) et fournit des explications sur le contenu de ces composantes.

### **Encadré 4.1 La disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité comme composantes intrinsèques du droit à la santé (Observation générale no 14)**

L'Observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint stipule que l'ensemble des services de santé, des biens et des installations doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité (CESCR des Nations Unies, 2000). Les termes disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité sont repris par l'acronyme **DAAQ** et figurent dans le cadre de Tanahashi ainsi que les étapes de contact et, en dernière analyse, de couverture effective.

**Disponibilité** : Il doit exister dans l'État partie, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. La nature précise des installations, des biens et des services dépendra de nombreux facteurs, notamment du niveau de développement de l'État partie. Ces installations, biens et services comprendront toutefois les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable et des installations d'assainissement appropriées, des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé, du personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national, et des médicaments essentiels. La manière dont les décideurs choisissent d'allouer les ressources, en fonction de leurs priorités politiques et de leurs intérêts particuliers peut avoir une incidence sur la disponibilité des services.

Source : CESCR des Nations Unies, 2000.

**Accessibilité** : Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles, sans discrimination, à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement : non-discrimination, accessibilité physique (géographique), accessibilité économique (abordabilité) et accessibilité de l'information.

**Acceptabilité** : Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et être appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et au stade de la vie et être conçus de façon à respecter la confidentialité et à améliorer l'état de santé des intéressés.

**Qualité** : Les installations, biens et services en matière de santé doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui suppose, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés. En ce qui concerne la qualité, la mise en place d'un réseau d'orientation-recours performant, ainsi que l'attention portée à des questions telles que l'observance des traitements, la précision des diagnostics et le respect des procédures par les prestataires sont importantes dans le contexte de la couverture effective.

# IDENTIFIER LES OBSTACLES ET LES FACTEURS FAVORABLES DONT LES SOUS-POPULATIONS FONT L'EXPÉRIENCE ÉTAPE 4

On notera que le principe lié à l'approche fondée sur les droits de l'homme de non-discrimination et d'égalité doit être pris en considération dans chacune des dimensions DAAQ ; ce lien permet d'identifier les obstacles que certaines sous-populations sont susceptibles de rencontrer dans les différentes dimensions de la couverture. On trouvera ci-dessous des exemples illustrant la façon dont la discrimination fondée sur la sexospécificité, l'origine ethnique ou d'autres caractéristiques peut influer sur les dimensions DAAQ.

- **Discrimination et disponibilité** : Il se peut que certaines sous-populations soient moins représentées dans la prise de décision et que cela se traduise donc par une discrimination indirecte. De ce fait, leurs besoins sont susceptibles d'être moins pris en compte dans la hiérarchisation des services. Par exemple, dans certains contextes, les services répondant aux problèmes de santé qui touchent essentiellement les sous-populations pauvres, rurales et marginalisées (par ex. les maladies tropicales négligées) peuvent passer au second plan par rapport aux problèmes qui concernent les classes urbaines, moyennes et supérieures, dans la mesure où ces dernières sauront mieux faire

entendre leur voix dans la prise de décision (OMS, 2012). Ce phénomène se traduit par des obstacles en matière de disponibilité.

- **Discrimination et accessibilité** : La discrimination fondée sur les normes, les rôles et les relations sexospécifiques peut entraîner des différences entre les hommes et les femmes en termes d'accès aux ressources financières ou de contrôle sur l'utilisation de celles-ci, ce qui aura une incidence sur la manière dont ils/elles perçoivent l'accessibilité financière des services.
- Comme il est précisé dans le cadre de Tanahashi, la « qualité » n'est pas une dimension distincte. Cet élément est représenté par des sous-éléments tels que la précision des diagnostics, le respect des procédures par les prestataires, des systèmes d'orientation efficaces (dimension de couverture effective), la disponibilité des ressources matérielles et humaines nécessaires (dimension de disponibilité), la réactivité perçue des prestataires et les perceptions de la qualité des soins (dimension d'acceptabilité). La qualité constitue essentiellement un élément transversal qui sous-tend les autres dimensions du cadre de Tanahashi.

## Les concepts d'obstacles et de facteurs favorables

Le cadre de Tanahashi permet d'identifier les raisons pour lesquelles certaines sous-populations bénéficient des services et d'autres non, à chaque phase du programme. Cet outil facilite l'identification des obstacles et des facteurs favorables.

- **Obstacles** : Dans le cadre de ce modèle, on entend par obstacles les facteurs qui empêchent la population cible (ou un segment de celle-ci) d'accéder à un programme ou d'utiliser de manière appropriée les services de santé proposés. Les obstacles contribuent à diminuer la couverture théorique et effective d'un service, ce qui signifie que seules certaines sous-populations spécifiques obtiennent le résultat escompté. En conséquence, l'impact du programme sur la population est en deçà des résultats attendus, ce qui génère et perpétue des situations d'inégalité.

- **Facteurs favorables** : Ce terme désigne les facteurs qui permettent à la population cible (ou à un segment

de celle-ci) d'utiliser pleinement et de manière appropriée le programme, y compris ceux qui contribuent à surmonter les obstacles à l'accès ainsi que les problèmes d'utilisation effective.

On notera que souvent, le système de santé et le contexte plus large dans lequel les personnes vivent, travaillent et vieillissent ainsi que l'interface entre ces éléments influent sur les obstacles et les facteurs favorables. Lorsque les obstacles se rapportent au système de santé, on parle parfois de « facteurs de blocages côté offre » ; en revanche, lorsqu'ils sont liés à des questions contextuelles plus larges, on utilise l'expression « obstacles côté demande ». Souvent, les entraves à une couverture effective résultent à la fois de contraintes liées à l'offre et à la demande. Par exemple, une personne qui habite dans une zone rurale peut ne pas bénéficier d'une couverture effective en raison de l'éloignement et des problèmes de transport qui y sont associés, il faut ajouter à cela le fait que le réseau de prestataires de service est peu

développé dans les zones rurales et qu'il n'existe pas d'unités mobiles/d'intervention sur place.

En ce qui concerne la question de l'égalité hommes-femmes, il est important de prendre en compte la manière dont les normes, les rôles et les relations sexospécifiques peuvent entraîner des obstacles à la fois côté offre et côté demande, par exemple, en raison de l'absence de prestataires de même sexe ou d'une autonomie/capacité de prise de décision limitée pour rechercher des services (OMS, 2011).

#### **Tableau récapitulatif des obstacles ou des facteurs favorables relativement aux dimensions de couverture**

Le Tableau 4.1 présente une vue d'ensemble des dimensions du cadre de Tanahashi et des types d'obstacles et de facteurs favorables qui peuvent y être associés. Ce document n'est pas exhaustif, mais pourra être consulté par l'équipe d'examen afin de guider l'analyse

**Tableau 4.1 Dimensions du cadre de Tanahashi (y compris celles se rapportant à la qualité) et exemples d'obstacles ou de facteurs favorables**

| Dimension            | Exemples d'obstacles ou de facteurs favorables  |
|----------------------|---|
| <b>Disponibilité</b> | <p>Ressources disponibles pour assurer une intervention ainsi que leur caractère suffisant, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre ou densité d'établissements de santé (ou services périphériques)</li> <li>Disponibilité des services pour différentes maladies/thèmes de santé, selon le cas, pour la charge de morbidité de la population (les hommes et les femmes, sur l'ensemble du continuum)</li> <li>Disponibilité de personnel convenablement formé</li> <li>Disponibilité des ressources nécessaires (par ex. médicaments, matériel)</li> </ul>   |
| <b>Accessibilité</b> | <p>Géographique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Distance, disponibilité des transports, temps de transport</li> </ul> <p>Financière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Directe : paiements directs (par ex. ticket modérateur, médicaments)</li> <li>Indirecte : coûts d'opportunité (par ex. perte d'emploi, soins des enfants), coûts de transport</li> </ul> <p>Organisationnelle et informationnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Attention portée aux calendriers/heures d'ouverture</li> <li>Systèmes de prise de rendez-vous</li> <li>Exigences administratives concernant les soins</li> <li>Sources d'information appropriées sur les thèmes de santé, les services, les traitements</li> </ul> <p>Discrimination à l'accès</p> |
| <b>Acceptabilité</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Croyances culturelles</li> <li>Services prenant en compte les spécificités hommes-femmes (y compris par la mise à disposition d'un prestataire de même sexe lorsque cela est approprié sur le plan culturel)</li> <li>Services prenant en compte l'âge des individus (par ex. adaptés aux adolescents)</li> <li>Mesure dans laquelle la confidentialité est protégée et la stigmatisation évitée</li> <li>Perceptions de la qualité des services</li> <li>Attitudes discriminatoires des prestataires (par ex. fondées sur le sexe, l'origine ethnique, la situation matrimoniale, la religion, l'appartenance à une caste, l'orientation sexuelle)</li> </ul>   |

# IDENTIFIER LES OBSTACLES ET LES FACTEURS FAVORABLES DONT LES SOUS-POPULATIONS FONT L'EXPÉRIENCE ÉTAPE 4

| Dimension            | Exemples d'obstacles ou de facteurs favorables  |
|----------------------|---|
| Contact              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Contact réel entre le prestataire de services et l'utilisateur, notion similaire à celle « d'utilisation »</li></ul>  |
| Couverture effective | <ul style="list-style-type: none"><li>• Obstacles liés à <b>l'observance des traitements</b> (dus à des instructions imprécises, une mauvaise relation entre le patient et le prestataire, une inadéquation entre le traitement prescrit et la capacité d'observance du patient, des conditions sociales défavorables et les rôles/relations sexospécifiques empêchant le suivi par le patient, etc.)</li><li>• Obstacles liés au <b>respect des procédures par les prestataires</b> (qui peuvent s'expliquer par des niveaux de formation faibles, un manque de soutien au niveau du système, l'absentéisme ou d'autres questions de responsabilisation, ainsi qu'un système d'orientation et de renvoi insuffisant)</li><li>• Obstacles liés à la <b>précision des diagnostics</b> (qui peuvent être dus à l'insuffisance des ressources au niveau des centres de santé et du réseau de laboratoires)</li></ul> |

Sources : Tanahashi, 1978 ; CESCR des Nations Unies, 2000 ; OMS, 2010

## Étape 4 Lectures et ressources complémentaires

Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization. 1978;56(2):295–303. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/96953> (consulté le 22 février 2016).

CESCR des Nations Unies (Comité des droits économiques, sociaux et culturels) (2000). Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. (Art. 12 du Pacte), 11 août 2000, E/C.12/2000/4. Disponible : <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> (consulté le 4 mars 2016).

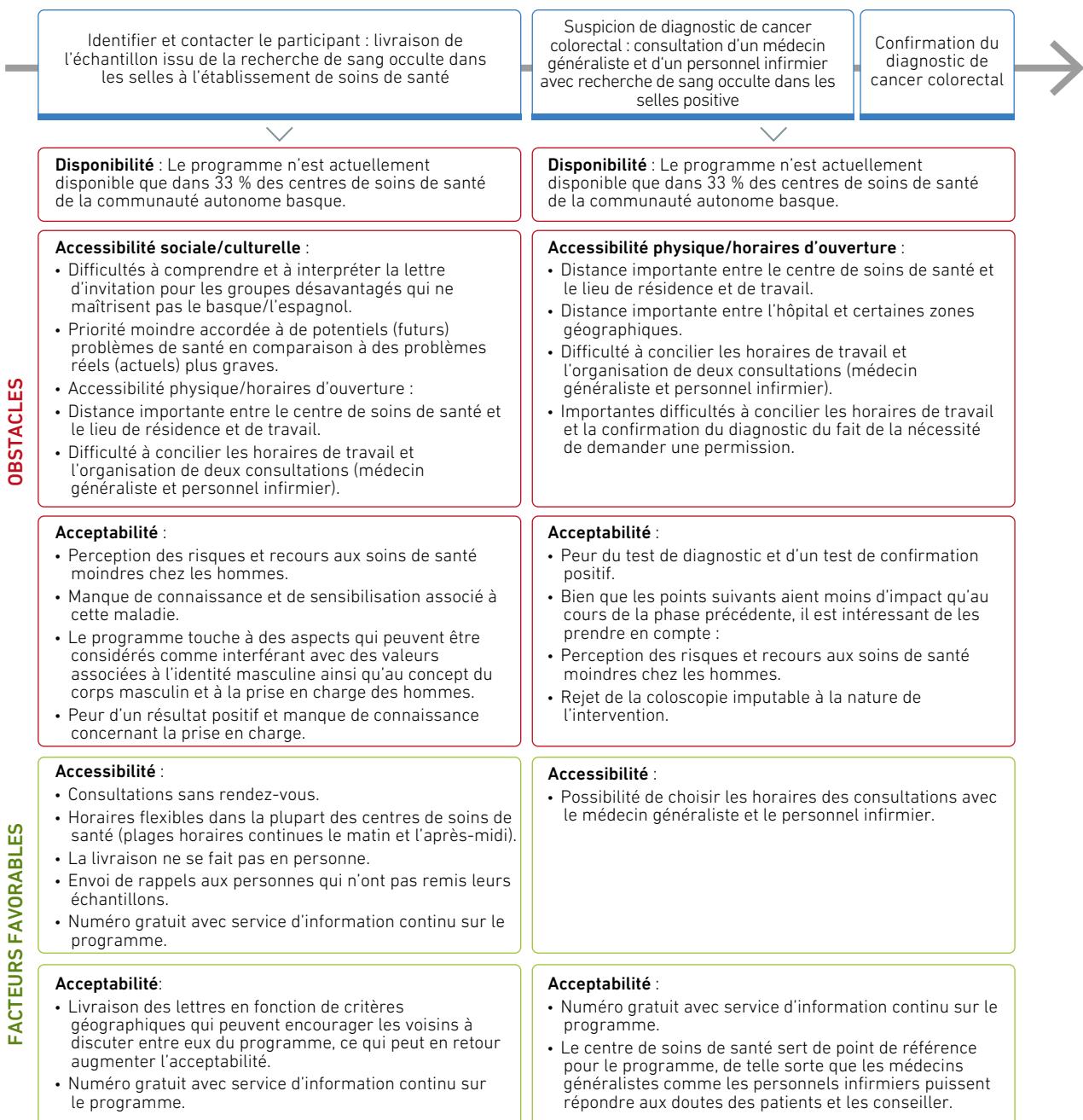
## **EXEMPLE D'ÉTUDE DE CAS DE L'ÉTAPE 4 EXTRAIT DE L'APPLICATION D'UN PROGRAMME**

Cet exemple est tiré du programme de dépistage du cancer colorectal mis en place par le gouvernement basque espagnol. Les obstacles et les facteurs favorables du programme correspondant aux phases

principales du programme de dépistage ont été définis par l'équipe d'examen. La Figure 4.2 est un exemple représentatif de l'Étape 4.

# IDENTIFIER LES OBSTACLES ET LES FACTEURS FAVORABLES DONT LES SOUS-POPULATIONS FONT L'EXPÉRIENCE ÉTAPE 4

**Figure 4.2 Obstacles et facteurs favorables correspondant aux phases principales du programme de dépistage du cancer colorectal pour les sous-populations ciblées**



Source : Ministry of Health, Social Services and Equality, Spain, 2012; Portillo et al, 2015; Esnaola, 2015.

## RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 4

Le Tableau 4.2 décrit les activités permettant à l'équipe d'examen de finaliser l'Étape 4. Il indique également les questions qui vont orienter les activités et les méthodes utilisées.

**Tableau 4.2 Résumé des activités de l'Étape 4 : Identifier les obstacles et les facteurs favorables dont les sous-populations font l'expérience**

| Questions  | Composantes de l'activité   | Méthodes  |
|--|---|---|
| <b>Activité 1 : Passer en revue le cadre de Tanahashi et identifier les sources de données sur les obstacles et les facteurs favorables pour les sous-populations ciblées en priorité</b>  |   |   |
| Quelle est l'expérience de la sous-population identifiée relativement aux dimensions du cadre de Tanahashi et quelles sources de données fournissent des informations sur les obstacles et les facteurs favorables qui y sont liés ? | <ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner le cadre de Tanahashi relativement à la/aux sous-population(s) ciblées et aux phases principales.</li> <li>Identifier les sources de données potentielles concernant les obstacles et les facteurs favorables que rencontrent les sous-populations prioritaires aux différentes phases du programme.</li> </ul>   | <p>Temps de réflexion entre les membres de l'équipe d'examen</p> <p>Analyse des sources de données complémentaires</p> <p>Discussion entre les membres de l'équipe d'examen</p> |
| <b>Activité 2 : Identifier les obstacles auxquels la(les) sous-population(s) prioritaire(s) sont confrontées</b>   |   |   |
| Quels sont les obstacles les plus importants auxquels la sous-population prioritaire est confrontée à chaque phase du programme ? En quoi limitent-ils les résultats du programme ?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les obstacles spécifiques auxquels la(les) sous-population(s) est(sont) confrontée(s) à chaque phase principale du programme, y compris les questions de normes, de rôles et de relations sexospécifiques et leur incidence sur l'accès aux ressources et la maîtrise de celles-ci.</li> <li>Expliquer comment ces obstacles limitent l'accès au programme et les réalisations qui y sont liées.</li> </ul> | <p>Temps de réflexion entre les membres de l'équipe d'examen</p> <p>Analyse et interprétation des données</p> <p>Délibérations entre les membres de l'équipe d'examen</p>       |
| <b>Activité 3 : Identifier les facteurs qui facilitent l'accès au programme</b>  |   |   |
| Quels sont les facteurs qui facilitent l'accès au programme à chaque phase principale de celui-ci ?  | Identifier les facteurs favorables spécifiques du programme à chaque phase principale, à la fois pour la/les sous-population(s) prioritaire(s) et les sous-populations qui accèdent au programme/en bénéficient dans une plus large mesure.   | <p>Temps de réflexion entre les membres de l'équipe d'examen</p> <p>Analyse et interprétation des données</p> <p>Délibérations entre les membres de l'équipe d'examen</p>       |

# IDENTIFIER LES OBSTACLES ET LES FACTEURS FAVORABLES DONT LES SOUS-POPULATIONS FONT L'EXPÉRIENCE ÉTAPE 4

| Questions  | Composantes de l'activité   | Méthodes  |
|--|---|---|
| <b>Activité 4 : Systématiser les obstacles et les facteurs favorables</b>  |   |   |
| Quel résumé peut-on faire des principaux obstacles et des facteurs favorables et comment ceux-ci peuvent-ils être intégrés dans le schéma du programme ? | <ul style="list-style-type: none"><li>Résumer les obstacles et expliquer en quoi ils limitent les interventions à chaque phase principale du programme, y compris les questions de normes, de rôles et de relations sexospécifiques et leur incidence sur l'accès aux ressources et la maîtrise de celles-ci.</li><li>Résumer les facteurs favorables et expliquer en quoi ils permettent de renforcer les interventions à chaque phase principale du programme.</li><li>Élaborer une version révisée du schéma du programme intégrant les obstacles et les facteurs favorables, y compris les questions de normes, de rôles et de relations sexospécifiques et leur incidence sur l'accès aux ressources et la maîtrise de celles-ci.</li><li>En s'appuyant sur l'analyse des obstacles, se demander si des changements doivent être apportés à la hiérarchisation des sous-populations et des phases principales.</li></ul> | <p>Examen des concepts et de la littérature</p> <p>Délibérations entre les membres de l'équipe d'examen</p> |

## GUIDE DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 4

Les activités de l'Étape 4 ont pour objectif d'identifier les obstacles et les facteurs favorables concernant l'accès au programme de santé et les bénéfices liés à ce dispositif. À l'aide du cadre de Tanahashi, l'équipe d'examen devra – pour chaque phase du programme – prendre en compte les obstacles et les facteurs favorables pour les dimensions de couverture suivantes (dans lesquelles celle de la qualité est intégrée) (voir la section références de lecture) :

- Disponibilité ;
- Accessibilité ;
- Acceptabilité ;

- Contact ; et
  - Couverture effective.
- L'équipe d'examen doit garder à l'esprit que les considérations de qualité recouvrent plusieurs dimensions de couverture et que les questions concernant la discrimination directe et indirecte (fondée sur la sexospécificité, le sexe, l'origine ethnique, le statut socio-économique, etc.) influent également sur ces dimensions. Les facteurs côté demande et côté offre doivent être pris en compte. Veuillez vous reporter aux références de lecture pour plus de détails.

### ACTIVITÉ 1

#### Passer en revue le cadre de Tanahashi et identifier les sources de données sur les obstacles et les facteurs favorables pour les sous-populations ciblées en priorité

Pour mener à bien cette étape, il est important de commencer par prendre en considération les sources d'informations dont dispose l'équipe d'examen se rapportant aux obstacles que rencontrent les sous-populations prioritaires. Il se peut que les sources prennent en compte les obstacles liés au programme et/ou les difficultés d'accès à des programmes similaires. Les sources qu'il convient de prendre en considération incluent les données quantitatives, en particulier pour les dimensions de disponibilité, d'accessibilité et de contact. En ce qui concerne l'acceptabilité, les informations sont

habituellement d'ordre qualitatif et se basent sur la réflexion menée par l'équipe d'examen. Pour ce qui est de la couverture effective (comprenant les dimensions de qualité), les sources de données associent généralement les deux types. L'expérience de l'équipe d'examen jouera un rôle central dans cette analyse, ainsi que la consultation d'autres opérateurs du programme ou prestataires, de représentants des sous-populations (par ex. par le biais de groupes thématiques). Le recueil d'études qui analysent les informations relatives à des interventions dont les théories sont similaires sera également déterminant.

# IDENTIFIER LES OBSTACLES ET LES FACTEURS FAVORABLES DONT LES SOUS-POPULATIONS FONT L'EXPÉRIENCE ÉTAPE 4

1. Veuillez énumérer les sources principales que l'équipe d'examen devra utiliser dans son analyse des obstacles et des facteurs favorables pour les sous-populations prioritaires.

## ACTIVITÉ 2

Identifier les obstacles auxquels la(les) sous-population(s) prioritaire(s) sont confrontées

2. Pour les phases principales du programme et les sous-populations prioritaires (identifiées aux étapes précédentes), l'équipe d'examen devra identifier les obstacles, y compris ceux qui sont liés aux questions de normes, de rôles et de relations sexospécifiques pour les hommes et les femmes et leur incidence sur l'accès aux ressources et la maîtrise de celles-ci. L'équipe d'examen devra s'attacher à être aussi précise que possible dans ce travail de recensement

des obstacles. Si l'équipe d'examen a identifié plusieurs sous-populations nécessitant une analyse, *cet exercice devra être fait pour chaque sous-population.* Ce processus permettra à l'équipe d'examen d'identifier les obstacles qui, aux différentes phases, nuisent à l'efficacité du programme (c'est-à-dire à l'obtention des produits et des réalisations du programme) et qui ont un impact sur l'équité en santé et sur la réalisation du droit à la santé.

### Obstacles à l'accès et à l'obtention de bénéfices – sous-population prioritaire

| Sous-population                |          |   |  |
|--------------------------------|----------|---|--|
| Phase du programme<br>Obstacle | Obstacle | En quoi l'obstacle limite-t-il les résultats du programme ? | Source (réflexion menée par l'équipe d'examen, données du programme, études, etc.) |
|                                |          |   |  |
|                                |          |   |  |
|                                |          |   |  |
|                                |          |   |  |

### ACTIVITÉ 3

#### Identifier les facteurs qui facilitent l'accès au programme

Il conviendra de répéter le même exercice que plus haut, en mettant l'accent sur les facteurs favorables. Cela dit, cette fois, l'exercice devra être appliqué à la fois à la sous-population ciblée et aux segments de la

population cible globale qui bénéficient d'un meilleur accès et de réalisations de meilleure qualité suite à la mise en œuvre du programme.

# IDENTIFIER LES OBSTACLES ET LES FACTEURS FAVORABLES DONT LES SOUS-POPULATIONS FONT L'EXPÉRIENCE ÉTAPE 4

**3.a. Pour les phases principales du programme et les sous-populations prioritaires, identifier les facteurs favorables.**

**Facteurs favorables à l'accès et à l'obtention de bénéfices – sous-population prioritaire**

| Sous-population    |                     |   |  |
|--------------------|---------------------|---|--|
| Phase du programme | Facteurs favorables | En quoi contribue-t-il à l'amélioration de l'exécution des programmes ? | Source (réflexion menée par l'équipe d'examen, données du programme, études, etc.) |
|                    |                     |   |  |
|                    |                     |   |  |
|                    |                     |   |  |
|                    |                     |   |  |

**3.b. Pour les phases principales du programme et les sous-populations prioritaires, identifier les facteurs favorables.**

**Facteurs favorables à l'accès et à l'obtention de bénéfices - pour les sous-populations bénéficiant d'une couverture et de réalisations de meilleure qualité**

| Sous-populations bénéficiant d'un meilleur accès/meilleures réalisations |                     |   |  |
|--|---------------------|---|--|
| Phase du programme   | Facteurs favorables | En quoi contribue-t-il à l'amélioration de l'exécution des programmes ? | Source (réflexion menée par l'équipe d'examen, données du programme, études, etc.) |
|  |                     |   |  |
|  |                     |   |  |
|  |                     |   |  |
|  |                     |   |  |

## ACTIVITÉ 4

### Systématiser les obstacles et les facteurs favorables

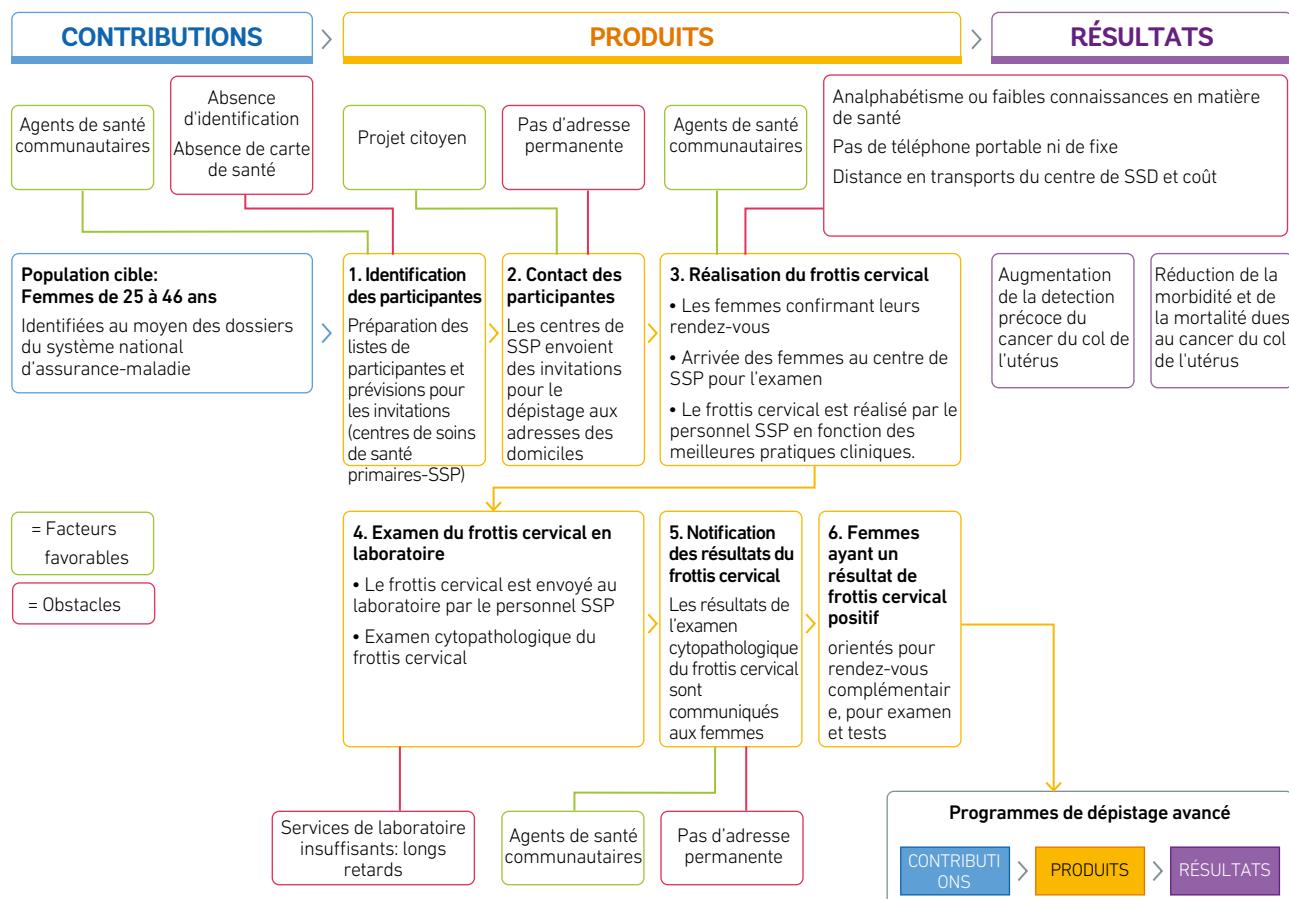
**4.** Dans le cadre de cette dernière activité, l'équipe d'examen devra :

- Aborder la relation entre les obstacles et les facteurs favorables identifiés et les phases du programme mises en lumière par l'équipe d'examen à l'Étape 2.
- Réviser le schéma des phases principales du programme élaboré par l'équipe d'examen à l'Étape 2 (Comprendre la théorie du programme), en intégrant les principaux obstacles et facteurs

favorables aux phases principales. La Figure 4.3 en donne un exemple.

- Compte tenu des obstacles qui ont été identifiés et des phases principales, soit confirmer, soit modifier la hiérarchisation concernant la/les sous-population(s) prioritaire(s) pour faire l'objet d'une analyse.

**Figure 4.3 Exemple : Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus pour la sous-population prioritaire**



Source : Schéma élaboré par les auteurs, à partir d'un document du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2015.

# IDENTIFIER LES OBSTACLES ET LES FACTEURS FAVORABLES DONT LES SOUS-POPULATIONS FONT L'EXPÉRIENCE ÉTAPE 4

## PRODUITS DE L'ÉTAPE 4

Félicitations, l'équipe d'examen a terminé l'analyse de l'Étape 4 !

Cette équipe devra **résumer les produits de l'Étape 4 dans un rapport concis (environ deux à cinq pages)** pendant qu'elle a bien à l'esprit les conclusions de l'analyse. Le résumé des produits devra restituer de manière claire et succincte les conclusions et les décisions principales de l'équipe d'examen pour l'ensemble des activités prévues dans cette étape. Vous utiliserez ces résumés au cours des différentes étapes jusqu'à la fin du processus d'examen à l'Étape 7, « en vue de les rassembler » lors de la rédaction des propositions de révision et du rapport final sur le processus d'examen.

Le résumé des produits de l'Étape 4 devra comporter les éléments suivants :

- Description des principaux obstacles auxquels la/ les sous-population(s) prioritaires sont confrontées et de la manière dont ceux-ci limitent les résultats du programme, en s'appuyant sur les données

qualitatives et quantitatives précises, lorsque cela est possible. Cette description devra prendre en considération les normes, les rôles et les relations sexospécifiques assignés aux hommes et aux femmes et leur incidence sur l'accès aux ressources et la maîtrise de celles-ci.

- Description des principaux facteurs favorables d'accès au programme et de leur contribution à l'amélioration de l'exécution de celui-ci, en s'appuyant sur les données qualitatives et quantitatives précises, lorsque cela est possible.
- Version révisée du schéma des phases du programme, faisant apparaître les principaux obstacles et facteurs favorables à chaque phase principale.
- Les éventuels ajustements concernant les sous-populations prioritaires du programme, que l'équipe appliquera aux étapes suivantes.

## RÉFÉRENCES

Evans D, Hsu J, Boerma T (2013). Couverture sanitaire universelle et accès universel. Éditorial du Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. 2013;91:546–546A. Disponible : <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/fr/index.html> (consulté le 22 février 2016).

Ministère espagnol de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité (2012). Guide méthodologique sur l'intégration de l'équité dans les stratégies, les programmes et les activités sanitaires. Version 1. Madrid. Disponible: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent\\_Guia2012/docs/Methodological\\_Guide\\_Equity\\_SPAs.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf) (consulté le 17 février 2016).

Portillo I, Idigoras I, Bilbao I, Hurtado JL, Urrejola M, Calvo B, Mentxaka A, Hurtado JK (2015). Programa de cribado de cáncer colorrectal de euskadi. Centro Coordinador del Programa de Cribado, Subdirección de Asistencia Sanitaria, Dirección General de Osakidetza, Bilbao. Disponible : [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/deteccion\\_cancer/es\\_cancer/adjuntos/programa.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/deteccion_cancer/es_cancer/adjuntos/programa.pdf) (consulté le 17 février 2016).

Esnaola S (2015). Les résultats du processus de revue en 5 étapes : cas de la détection précoce du cancer colorectal

au Pays Basque (Espagne). Équipe de travail: Bacigalupe A, Aldasoro E, Nuin B, Zuazagoitia J, Millán E, Portillo I, Esnaola S. Présentation lors de la réunion Intégration de l'équité en santé, les déterminants sociaux de la santé, le genre et le droit à la santé atelier de formation sur l'approche « cinq étapes », Rabat, Maroc, 5 novembre 2015.

Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization. 1978;56(2):295–303. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/96953> (consulté le 22 février 2016).

CESCR des Nations Unies (Comité des droits économiques, sociaux et culturels) (2000). Observation générale no 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. (Art. 12 du Pacte), 11 août 2000, E/C.12/2000/4. Disponible : <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> (consulté le 4 mars 2016).

OMS (2010). Equity, social determinants and public health programmes. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf) (consulté le 22 février 2016).

OMS (2011). Human rights and gender equality in health sector strategies: How to assess policy coherence.

Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRandGenderEqualityinHealthSectorStrategies.pdf> (consulté le 22 février 2016).

OMS (2012). Why are some tropical diseases called "neglected"? Q&A. Voir : <http://www.who.int/features/qa/58/en/> (consulté le 22 février 2016).

OMS (2015). Tracking universal health coverage: First global monitoring report. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1) (consulté le 22 février 2016).

174536/1/9789241564977\_eng.pdf?ua=1 (consulté le 22 février 2016).

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2015). Évaluation et réorientation du programme national serbe de dépistage précoce du cancer du col de l'utérus en faveur d'une meilleure équité en santé. Santé des Roms – série d'études de cas no 3. Copenhague. Disponible : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/283646/WHO-Roma-Health-Case-Study\\_low\\_V7.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/283646/WHO-Roma-Health-Case-Study_low_V7.pdf?ua=1) (consulté le 22 février 2016).



# Étape 5

Identifier les mécanismes  
qui génèrent les  
inégalités en santé



ÉTAPE 5



## Vue d'ensemble

À l'Étape 5, l'équipe d'examen va mettre en lumière et comprendre les relations et les mécanismes qui sous-tendent les obstacles et les facteurs favorables dans le contexte dans lequel les sous-populations prioritaires vivent et où le programme est mis en œuvre. La réalisation de l'Étape 5 va permettre à l'équipe d'examen de préciser les raisons pour lesquelles on observe des inégalités d'accès au programme et à ses bénéfices.

Les cinq activités de l'Étape 5 visent à :

- 1) Établir un lien entre les obstacles et les facteurs favorables et les déterminants sociaux de la santé intermédiaires et structurels ;
- 2) Identifier les voies et les mécanismes qui génèrent des inégalités en prenant en compte les déterminants structurels et intermédiaires ;
- 3) Décrire les mécanismes de stratification sociale qui touchent la/les sous-population(s) visée(s) ;
- 4) Déterminer comment la législation et les politiques au niveau macro et micro influent sur les mécanismes de stratification sociale ou les

conséquences de la situation socio-économique en ce qui concerne les inégalités en santé et le programme ; et

- 5) Rédiger une présentation de la théorie des inégalités (c.-à-d. les raisons pour lesquelles il existe des inégalités) en lien avec l'accès au programme et les résultats de celui-ci.

Au cours de la réalisation de ce travail, l'équipe d'examen s'appuiera sur les produits des étapes précédentes, ainsi que sur les documents programmatiques, les évaluations, les études et autres informations pertinentes à sa disposition.

La rédaction d'une présentation de la théorie des inégalités du programme, qui explique les raisons pour lesquelles on observe des inégalités concernant l'accès au programme et aux bénéfices qui en résultent, constitue le produit principal de cette étape. Ce travail permet d'identifier les principaux points d'entrée et les opportunités potentiels pour ajuster le programme afin qu'il prenne mieux en compte ces écarts en termes de couverture et d'équité. Il constitue la base qui servira à l'élaboration de la proposition de révision.

### Objectifs de l'Étape 5

- Appliquer le cadre conceptuel de l'OMS des déterminants sociaux de la santé afin de comprendre les mécanismes par lesquels les obstacles et les facteurs favorables agissent comme déterminants sociaux ou sont impactés par ceux-ci.
- Comprendre comment la situation socio-économique de la/des sous-population(s) visée(s) est liée aux obstacles et aux facteurs favorables, ainsi qu'aux déterminants sociaux de la santé structurels et intermédiaires.
- Comprendre les voies par lesquelles les mécanismes générateurs d'inégalités opèrent, s'agissant des différences en termes d'exposition, de vulnérabilité et de conséquences auxquelles la/les sous-population(s) prioritaires est/sont confrontée(s).
- Comprendre comment la discrimination fondée sur le sexe et d'autres motifs influent sur la position sociale, en raison de normes et de valeurs sociales au niveau des déterminants structurels.
- Définir la théorie des inégalités du programme qui se distingue d'un point de vue conceptuel de la théorie du programme élaborée à l'Étape 2.
- Prendre en compte les points d'entrée potentiels et initiaux permettant de renforcer l'accent mis dans le programme sur l'équité, la parité hommes-femmes, les droits de l'homme et les déterminants sociaux, en vue d'une analyse plus approfondie au cours des étapes qui vont suivre.

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

## TEXTES DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉTAPE 5

### Comprendre les mécanismes générateurs d'inégalités en santé

Ces textes de référence portent sur les mécanismes et les voies associés à la génération des inégalités en santé. Ils mettent en lumière les « causes des causes » des inégalités liées au programme. L'Étape 5 analyse la question du « pourquoi » par rapport aux éléments suivants :

- La « base » des inégalités auxquelles une personne est confrontée en fonction de sa position sociale, en lien avec le niveau de prestige dont elle bénéficie, ses ressources et son expérience en matière de discrimination (en raison de l'appartenance sexuelle, de l'origine ethnique, de la caste, etc.) ;
- Les voies par lesquelles les inégalités se manifestent, en corrélation avec les différences en termes d'exposition, de vulnérabilité et de conséquences ;
- Les déterminants intermédiaires et structurels de la santé (mis en lumière dans le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé défini par l'OMS (Solar & Irwin, 2010) permettant de décrire la causalité et ainsi d'élaborer une synthèse des « théories des inégalités en santé » ; et
- Les théories sur la causalité sociale des inégalités en santé qui sous-tendent ces voies et ces mécanismes.

Ces questions sont abordées à la fois dans les textes de référence et dans les références complémentaires indiqués dans les activités de l'Étape 5.

Bien que l'on retrouve des facteurs d'inégalités communs à tous les programmes et à tous les pays, il est nécessaire de prendre en compte les spécificités d'un programme en particulier ainsi que le contexte local et national dans lequel il s'applique. Dans certains pays, les politiques, les programmes et les interventions publics peuvent limiter les inégalités par la mise en place de programmes en faveur des sous-populations les plus vulnérables ou les plus défavorisées. D'autres actions peuvent permettre de traiter les causes plus structurelles des inégalités et aussi d'intervenir au niveau de l'ensemble de la société, facilitant ainsi l'élimination des inégalités. Toutefois, à l'inverse, un certain nombre de politiques et de programmes peuvent agraver ou accroître les inégalités, renforçant ainsi la difficulté d'y remédier. C'est pourquoi il est important que les responsables des programmes de santé comprennent les raisons qui sous-tendent les inégalités, de manière à pouvoir dégager une théorie des inégalités. Le programme pourra ainsi prendre en compte ces données dans l'optique de réduire les inégalités.

### Introduction aux mécanismes de causalité qui sous-tendent les inégalités en santé

Dans le domaine de la santé, les différences fondées sur le revenu, le lieu de résidence (rural/urbain), le sexe, le niveau d'études ou la profession sont clairement établies et varient selon les pays. Différents modèles basés sur des théories de la causalité, de la sélection et leurs modifications ont été proposés pour expliquer ces différences, bien que l'on ne parvienne pas encore à comprendre parfaitement les raisons et les mécanismes en jeu (Bartley, 2004).

Le Rapport Black (Black et al, 1980) a constitué l'une des premières tentatives pour décrypter les mécanismes de causalité. L'approche adoptée dans

le rapport reprenait l'explication traditionnelle selon laquelle, ce que le rapport désignait par l'expression « inégalités socio-économiques en matière de santé »<sup>1</sup> était le résultat de deux mécanismes principaux :

<sup>1</sup> Le présent Manuel technique Innov8 s'appuie sur l'approche définie par l'OMS qui établit une différence entre « inégalités en santé » (différences évitables ou injustes concernant l'état de santé ou dans la répartition des déterminants de la santé entre les différents groupes de population) et les « inégalités en santé » (mesures de ces différences à l'aide de déterminants, ex. revenu, niveau d'études, susceptibles d'être ou de ne pas être évitables ou injustes). Toutefois, le terme « inégalités en santé » est parfois utilisé de façon interchangeable avec celui « d'inégalités en santé », comme c'est le cas dans le Rapport Black auquel il est fait référence ci-dessus..

le **mécanisme de sélection** et le **mécanisme de causalité**. Cependant, en dépit de l'importance de ces notions, certains ont rapidement argué que la causalité et la sélection ne suffiraient pas à expliquer les différences socio-économiques en matière de santé (Bartley et al, 1998).

Une perspective de causalité sociale sous-entend que la situation socio-économique a une incidence sur la santé en raison d'une répartition inégale des déterminants de la santé dans l'ensemble des groupes sociaux. Pour une large part, la **situation socio-économique** est définie et modélisée par le **contexte sociopolitique et économique**, qui agit pour réguler ou renforcer les conditions sociales générées par la stratification sociale et/ou l'exclusion sociale. La situation socio-économique influe sur la santé à travers des déterminants spécifiques de la santé et de la maladie, que l'on peut appeler déterminants intermédiaires. Les différents déterminants sociaux intermédiaires de la santé joueront un rôle distinct dans les programmes spécifiques : dans certains le

rôle des aspects psychosociaux sera fondamental, tandis que dans d'autres, les conditions matérielles et de logement ou le marché du travail auront une importance centrale. Le processus d'examen devra analyser ces différences, dans la mesure où celles-ci sont cruciales pour comprendre les causes principales des inégalités et pour identifier les interventions efficaces devant être intégrées afin de renforcer les questions d'équité, de parité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux dans le programme.

Des mécanismes de causalité multiples et complexes sont souvent utilisés pour expliquer les différences socio-économiques en matière de santé. De fait, au cours du débat qui a suivi la publication du Rapport Black, les chercheurs ont commencé à envisager l'existence possible de mécanismes plus complexes, notamment l'incidence des facteurs psychosociaux ainsi que le développement des iniquités en santé tout au long de la vie et l'influence de l'économie politique (Bartley et al, 1998).

## Situation socio-économique : les bases du mécanisme

La situation socio-économique renvoie aux facteurs sociaux et économiques qui déterminent la position que *les individus ou les groupes* occupent au sein de la structure d'une société. On entend par situation socio-économique un concept global incluant la mesure intégrée de l'accès aux ressources ainsi que la notion de prestige au sein de la société, en lien avec la classe sociale (Marx, Weber, Krieger, Williams and Moss) (Solar & Irwin, 2010).

Lorsque la situation socio-économique se caractérise par des conditions matérielles plus précaires, cela induit des effets délétères sur la santé (par exemple mauvaises conditions de logement ou de travail associées à des risques) ou un sentiment de pauvreté relative (lorsque les individus évaluent leur situation socio-économique personnelle par rapport à celle des autres, indépendamment de la richesse absolue).

Enfin, la situation socio-économique est fortement liée à la répartition du pouvoir dans la société (Solar & Irwin, 2010), répartition qui est associée aux ressources, à la notion de prestige ainsi qu'à la discrimination :

- Les mécanismes de stratification **basés sur les ressources** font référence à l'accès aux ressources matérielles et sociales, notamment le revenu et le salaire. On emploie le terme « iniquités en santé » lorsque les ressources sont insuffisantes et inadaptées et qu'on constate des situations de pauvreté et de privation.
- Les mécanismes de stratification **basés sur la notion de prestige** font référence à la position ou au statut d'un individu dans la hiérarchie sociale, que l'on évalue généralement en termes de degré et de qualité en ce qui concerne la consommation de biens et de services et l'accès au savoir. Aujourd'hui, dans de nombreuses cultures, la notion de prestige est associée à la profession, au revenu et au niveau d'études.
- Les mécanismes de stratification **basés sur la discrimination** – comme évoqué dans les chapitres précédents, la **notion de sexospécificité** renvoie aux caractéristiques attribuées par la société aux hommes et aux femmes/garçons et aux filles, tandis que le sexe désigne les caractéristiques qui sont déterminées biologiquement. La notion de sexospécificité

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

implique l'existence de « conventions, de rôles et de comportements liés à la culture » qui structurent les relations entre et parmi les hommes et les femmes et aussi les garçons et les filles (Borrell et al, 2014:31; OMS, 2011a). Dans de nombreuses sociétés, les normes,

les rôles et les relations sexospécifiques renforcent les relations de pouvoir inégalées qui déterminent la capacité des hommes et des femmes à faire des choix et à prendre des mesures pour être en bonne santé.

## Encadré 5.1 Les « bases » du mécanisme

L'analyse des causes des causes des inégalités en santé dans une sous-population donnée doit commencer par la prise en compte de la situation socio-économique ou de la stratification sociale. Il convient pour cela de prendre en considération des facteurs tels que :

- Le niveau et la répartition inégale du prestige social :
- Le niveau et la répartition inégale des ressources : et
- La discrimination susceptible d'être ressentie (fondée sur l'appartenance sexuelle, l'origine ethnique, la caste ou d'autres facteurs).

Il est probable que l'origine des inégalités en santé réside en partie dans le fait que les personnes appartenant à des groupes défavorisés sur le plan socio-économique vivent et travaillent dans des conditions qui peuvent avoir un effet néfaste sur la santé. L'explication comportementale montre que les personnes qui sont dans une situation socio-économique défavorisée jouissent d'une moins bonne santé en raison de comportements nocifs pour la santé (tabagisme, alcoolisme, sédentarité, recours insuffisant aux soins de santé, etc.), qui peuvent être plus répandus dans ces groupes, dans certains pays. Les chercheurs attirent l'attention sur le fait que la morbidité et la mortalité ne s'expliquent pas uniquement par des facteurs de risque de maladie liés aux comportements ou aux conditions matérielles. On trouvera un exemple dans « les conséquences des maladies cardiovasculaires, lorsque les facteurs de risque tels que le tabagisme, un taux de cholestérol sérique et une hypertension artérielle élevés représentent moins

de la moitié du gradient socio-économique en termes de mortalité » (Mackenbach & Bakker, 2002:13).

Les facteurs comportementaux tels que le tabagisme, les habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et la pratique d'exercice physique constituent assurément des déterminants de la santé. On notera que ces schémas diffèrent de manière significative d'un pays à l'autre. Par exemple, en 1998, la consommation de tabac était de manière générale plus courante parmi les groupes socio-économiques défavorisés ; cependant, en Europe méridionale, la proportion de fumeurs était plus élevée parmi les groupes à revenu plus élevé, et en particulier chez les femmes (Cavelaars et al, 1998). Le rôle de l'alimentation, de la consommation d'alcool et de l'activité physique dans les inégalités en santé apparaît moins clairement et n'est pas toujours concordant d'une étude à l'autre. On observe toutefois une plus forte prévalence de l'obésité et de la consommation excessive d'alcool parmi les groupes socio-économiques défavorisés, en particulier dans les pays plus riches.

## Le rôle du système de santé relativement aux inégalités en santé

Le système de santé lui-même constitue un facteur intermédiaire supplémentaire pertinent, bien qu'il n'ait pas reçu l'attention qu'il mérite dans la littérature sur les déterminants sociaux. Le rôle du système de santé sur les inégalités en santé est particulièrement important lorsque l'on prend en considération les

notions de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de couverture effective (les domaines couverts à l'étape précédente), en reconnaissant que celles-ci résultent de l'association des questions côté offre et des facteurs côté demande. Il est évident que les différences en termes d'accès à des services de santé

de qualité, sur l'ensemble du continuum, ne rendent pas pleinement compte de la configuration sociale liée aux résultats sanitaires. Adler et Newman (2002) ont étudié le rôle de l'accès aux services de santé en expliquant le gradient de santé en fonction de la situation socio-économique et ont conclu que l'accès seul n'expliquait pas le gradient. Le système de santé peut tenter directement de réduire l'exposition aux facteurs de risque et la vulnérabilité à la mauvaise santé, et aussi d'améliorer l'accès équitable et non-discriminatoire aux services de santé. Il peut promouvoir une action intersectorielle pour agir sur les déterminants de la santé sociaux et environnementaux plus larges et améliorer la situation sanitaire. On peut citer à titre d'exemple la supplémentation alimentaire, en lien avec le secteur de l'agro-alimentaire et les politiques de transport qui peuvent permettre de surmonter les obstacles géographiques pour accéder aux services de santé et autres services sociaux essentiels.

Le système de santé joue également un rôle très important en atténuant les conséquences différentielles de la maladie dans la vie des personnes. Comme le montre l'action de l'OMS sur la couverture

sanitaire universelle, la protection contre les risques financiers peut permettre d'éviter que les problèmes de santé entraînent un appauvrissement ou des dépenses de santé catastrophiques. Le système de santé peut également contribuer à prévenir la stigmatisation due à une mauvaise santé et faciliter la réintégration sociale des personnes après la maladie. Parmi les exemples de réintégration sociale, on citera les programmes destinés aux personnes atteintes de maladie chronique afin de favoriser leur réintégration dans la population active. Selon Benzeval et al (1995), le système de santé a trois obligations pour lutter contre l'inégalité :

- Veiller à ce que la répartition des ressources entre les régions soit proportionnelle aux besoins relatifs de celles-ci ;
- Répondre de manière appropriée aux besoins en soins de santé des différentes sous-populations ; et
- Prendre l'initiative en encourageant une approche plus vaste et plus stratégique dans l'élaboration de politiques de santé publique tant au niveau national que local, afin de promouvoir l'équité en santé et la justice sociale.

## Principales théories émergentes sur les causes des inégalités en santé en épidémiologie sociale

Les principales orientations théoriques actuellement invoquées par les épidémiologistes sociaux pour comprendre les causes des inégalités en santé sont les suivantes : théories matérialiste ou néo-matérialiste ; approches psychosociales et culturelles ; l'approche fondée sur les étapes de la vie ; l'économie politique ; et la théorie écosociale. Ces théories ne s'excluent pas mutuellement.

Toutes ces approches ont pour but d'expliquer les « causes des causes » et les mécanismes qui conduisent à des inégalités en santé, qui selon leurs hypothèses, ne peuvent se réduire aux théories conventionnelles des causes de la maladie. Ces approches diffèrent dans l'importance qu'elles accordent à différents aspects des conditions

sociales et biologiques qui déterminent la santé de la population. La différence réside également dans la manière dont elles intègrent les explications sociales et biologiques, et donc dans leurs recommandations sur les mesures à prendre.

Le Tableau 5.1 résume les principales théories qui expliquent la relation entre les inégalités sociales plus larges (ex. les inégalités de revenu) et les inégalités en santé décrites dans la littérature. Comme il a été dit plus haut, ces explications ne sont pas exclusives, ainsi l'importance relative de l'une ou de l'autre explication tient au contexte et au type de problème qui est abordé. À la lecture de chacune de ces explications, il convient d'analyser leur pertinence relativement au programme en cours d'examen.

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

**Tableau 5.1 Théories principales expliquant la relation entre les inégalités sociales et les inégalités en santé**

|   | <b>Types d'explication</b>  | <b>Exemples</b>   |
|---|---|---|
| <b>Matérialiste/<br/>néo-matérialiste</b> | <p>Les conséquences des inégalités de revenu sur la santé attestent à la fois d'un manque de ressources chez les individus et de sous-investissements systématiques concernant un large éventail d'infrastructures communautaires. L'analyse des liens entre les inégalités de revenu et la santé doit commencer par les causes structurelles des inégalités, sans se limiter aux perceptions de ces inégalités. Ainsi, les inégalités de revenu en soi ne sont qu'une manifestation d'un ensemble de conditions matérielles qui ont des répercussions sur la santé de la population.</p>   | <p>Le revenu des individus détermine l'accès à une alimentation saine, à un logement de qualité, à un environnement exempt de pollution, à de meilleures conditions de travail, à une bonne instruction, etc.</p>   |
| <b>Culturel/<br/>comportemental</b>       | <p>De ce point de vue, les gradients socio-économiques de la santé sont le résultat des différences de classe sociale dans les comportements tels que les mauvaises habitudes alimentaires, la consommation de tabac ou d'alcool, la sédentarité ou le recours insuffisant aux soins de santé préventifs (vaccination, contrôles, dépistage prénatals).</p> <p>Cette approche est privilégiée par les médecins et les professionnels de santé. On estime souvent à tort que ces comportements relèvent pour une large part de la volonté de l'individu.</p> <p>Cependant, bien que les données factuelles mettent en évidence l'importance causale de ces comportements, ceux-ci sont conditionnés par le contexte social et matériel dans lequel ils s'inscrivent. Ainsi, plutôt que des causes indépendantes, les comportements constituent des variables qui interviennent entre la structure sociale et la maladie (Blane et al, 1997).</p> | <p>Les différences en termes de croyances, de normes et de valeurs – notamment les normes, les rôles et les relations sexospécifiques – signifient que les hommes et les femmes, les garçons et les filles appartenant aux groupes sociaux plus défavorisés, sont davantage susceptibles de consommer de l'alcool avec excès, de fumer et de négliger l'activité physique sur leur temps de loisirs.</p> <p>S'il est vrai que les valeurs culturelles et religieuses (les « traditions ») offrent souvent un soutien matériel et psychosocial aux personnes en permettant l'accès au capital social et à des réseaux, un certain nombre de normes, de rôles et de relations sexospécifiques maintiennent une pression sur les femmes et les filles pour qu'elles cessent d'aller à l'école, qu'elles se marient jeunes et mettent au monde des enfants rapidement après le mariage, ou qu'elles aient des grossesses nombreuses et rapprochées pour augmenter le prestige de la famille ou assurer la naissance d'un héritier de sexe masculin.</p> |

|                     | <b>Types d'explication</b>   | <b>Exemples</b>  |
|---------------------|--|--|
| <b>Psychosocial</b> | <p>Selon ce point de vue, la perception et l'expérience du statut personnel telles que ressenties par les individus dans les sociétés inégalitaires sont causes de stress et de mauvaise santé. L'expérience qui consiste à vivre dans un cadre social marqué par l'inégalité contraint les personnes à comparer en permanence leur statut, leurs possessions et autres conditions de vie avec ceux des autres. Cette situation engendre un sentiment de honte et d'inutilité chez les personnes défavorisées, accompagné d'un stress chronique néfaste pour la santé.</p> <p>Les deux voies qui mènent du stress à la mauvaise santé sont, premièrement, la conséquence directe du stress sur le développement de maladies et, deuxièmement, une voie indirecte par laquelle le stress conduit à des comportements qui nuisent à la santé. Dans le même temps, au niveau de la société dans son ensemble, les écarts trop importants en termes de revenu et de statut social affaiblissent la cohésion sociale ; ajoutons à cela que la désintégration des liens sociaux a également une incidence négative sur la santé.</p> | <p>Le statut, le contrôle, le soutien social dans la vie professionnelle ou personnelle, de même que l'équilibre entre effort et récompense a une incidence sur la santé en raison de leur impact sur les fonctions de l'organisme. L'approche psychosociale soutient l'idée selon laquelle les mécanismes psychosociaux sont associés à un désavantage relatif, qui vient s'ajouter aux effets directs des conditions de vie matérielles considérées dans l'absolu.</p> |

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

|  | <b>Types d'explication</b>  | <b>Exemples</b>  |
|--|---|--|
| <b>La perspective du parcours de vie</b> | <p>L'approche fondée sur le parcours de vie reconnaît l'importance du temps dans la compréhension des relations causales entre expositions et impacts, dans un parcours de vie individuel, au sein des générations et au niveau de l'évolution populationnelle des maladies. Cette approche permet d'identifier deux mécanismes principaux. Le modèle des « périodes critiques » fait référence au cas de figure où une exposition pendant une période déterminée a des conséquences durables ou à vie sur la structure ou le fonctionnement des organes. On parle également de programmation biologique et parfois aussi de modèle de latence.</p> <p>C'est sur cette conception que se fondent les hypothèses sur les origines fœtales des maladies de l'adulte qui reconnaît l'importance des modificateurs ayant des effets plus tard, par exemple en faisant le lien entre les coronaropathies, l'hypertension artérielle et la résistance à l'insuline avec un faible poids de naissance. Le modèle de « l'accumulation des risques » tend à montrer que les facteurs qui augmentent le risque de maladie ou qui favorisent la bonne santé s'accumulent progressivement tout au long de la vie, bien qu'il puisse y avoir des périodes de développement au cours desquelles leurs effets ont un impact plus important sur la santé future que certains facteurs intervenant à d'autres moments de la vie. Cette idée vient compléter celle selon laquelle plus l'intensité, le nombre et/ou la durée des expositions augmentent, plus il y a d'impacts cumulatifs sur les systèmes biologiques.</p> | <p>Les événements et les processus ayant leur origine avant la naissance et pendant l'enfance peuvent avoir une incidence à la fois sur la santé physique et sur la capacité à la préserver. Les conditions sanitaires et sociales influent les unes sur les autres au fil du temps.</p> <p>On observe une tendance au regroupement des facteurs de risque selon des schémas sociaux. Par exemple, les individus vivant une enfance dans des conditions sociales défavorisées sont plus susceptibles d'avoir un poids de naissance faible, de prendre de mauvaises habitudes alimentaires et d'être exposés à des infections infantiles et au tabagisme passif. Ces expositions sont susceptibles d'augmenter le risque de maladie respiratoire chez l'adulte. Celles-ci peuvent être dues à des chaînes de risques ou de mécanismes dans lesquels, au fil du temps, une expérience nocive (ou protectrice) conduira à une autre expérience nocive (ou protectrice) de façon cumulative.</p> |

| Types d'explication              |  | Exemples   |
|----------------------------------|--|--|
| <b>Économie politique</b>        | Les processus économiques et les décisions politiques conditionnent les ressources privées dont disposent les individus et déterminent la nature des infrastructures publiques – éducation, services de santé, transports, contrôles environnementaux, disponibilité des produits alimentaires, qualité de logement, réglementation concernant la santé au travail – qui constituent la matrice « néo-matérielle » de la vie contemporaine.  | Les processus politiques et la répartition de pouvoir ont des conséquences sur la prestation de services, la qualité de l'environnement physique et les relations sociales. Les pays et les régions dans lesquels les ressources économiques et sociales sont mieux réparties présentent de meilleurs indicateurs de santé. Cela laisse penser qu'une meilleure redistribution des ressources est cruciale. Il s'agit par exemple des ressources du marché du travail telles que l'emploi ; des ressources de l'État-providence telles que la couverture des soins de santé et les dépenses de santé publique, l'éducation les services d'aide aux familles et les ressources issues des transferts sociaux ; les ressources culturelles que sont les associations civiles ; et les ressources politiques, c'est-à-dire la répartition du pouvoir. |
| <b>La perspective écosociale</b> | La théorie écosociale et d'autres approches multi-niveaux émergentes tentent d'intégrer les facteurs sociaux et biologiques dans une perspective dynamique, historique et écologique. Dans ce contexte, la notion d'« incarnation » développée par Nancy Krieger (2001a) est un concept particulièrement important « qui fait référence à la manière dont nous intégrons biologiquement au sens propre les influences du monde matériel et social dans lequel nous vivons, de la conception à la mort. Le corollaire en est qu'aucun aspect de notre biologie ne peut être compris sans la connaissance de l'histoire et des modes de vie, au niveau de l'individu et de la société. » | Le cadre éco-social ne se contente pas d'ajouter la « biologie » à « l'analyse sociale » ou les « facteurs sociaux » aux « analyses biologiques », mais tente d'envisager une approche intégrée plus systématique capable de donner lieu à de nouvelles hypothèses.  |

Tableau élaboré par les auteurs à partir de : Solar & Irwin, 2010 ; OMS, 2010.

## Les voies et les mécanismes générateurs d'inégalités en santé

Selon Diderichsen (1998) et comme cela a été développé par d'autres auteurs et par l'OMS (Solar & Irwin, 2010; WHO, 2010), les mécanismes par lesquels

la situation socio-économique relaie les différences en matière de résultats sanitaires opèrent selon trois voies.

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

## Encadré 5.2 Voies par lesquelles opèrent les mécanismes génératrices d'inégalités

- Exposition différentielle ;
- Vulnérabilité différentielle ; et
- Conséquences différentes.

• **Exposition différentielle** : L'exposition à la plupart des facteurs de risque (matériels, psychosociaux et comportementaux) est inversement proportionnelle à la position sociale. De nombreux programmes de santé ne font pas de distinction entre les stratégies de réduction de l'exposition ou des risques en fonction de la position sociale. Les faits montrent que les personnes en situation défavorisée sont soumises à une exposition différentielle à un certain nombre de facteurs de risque, notamment les crises anthropiques, le logement insalubre, les conditions de travail dangereuses, le faible niveau de disponibilité et de qualité alimentaires, l'exclusion sociale et les obstacles à l'adoption de comportements qui favorisent la santé.

• **Vulnérabilité différentielle** : Le même niveau d'exposition peut avoir des conséquences différentes selon les groupes sociaux, en fonction de leur environnement social, culturel et économique et des facteurs qui s'accumulent tout au long de la vie. Dans certains groupes de population, l'accumulation de facteurs de risque, tels que l'exclusion sociale, la faiblesse des revenus, l'abus d'alcool, la malnutrition, l'exiguïté des logements et un accès limité aux services de santé peut s'avérer tout aussi importante que l'exposition proprement dite. La coexistence d'autres problèmes de santé, comme

les infections concomitantes, aggrave souvent la vulnérabilité.

• **Conséquences différentes** : La mauvaise santé peut avoir plusieurs conséquences sociales et économiques différentes, notamment la perte de revenu, la perte de l'aptitude à travailler et l'isolement ou l'exclusion sociale. En outre, les personnes malades doivent souvent supporter des charges financières supplémentaires qui pèsent sur leur capacité à payer les soins de santé et les médicaments. Les groupes de population susceptibles d'être plus favorisés sont mieux protégés, par exemple en termes de sécurité de l'emploi et d'assurance-maladie. En revanche, pour les groupes défavorisés, la mauvaise santé peut entraîner une dégradation socio-économique accrue, le passage en dessous du seuil de pauvreté et l'accélération de la spirale descendante qui contribue encore à détériorer la santé. Dans les ménages, en raison des rôles qui leur sont dévolus, les femmes et les filles doivent souvent assumer la charge des soins à domicile, en plus de leurs autres activités.

Lorsqu'on analyse une théorie des inégalités, il est important de réfléchir aux voies par lesquelles se créent les inégalités. La stratification sociale engendre une exposition différentielle aux conditions nocives pour la santé ainsi qu'une vulnérabilité différentielle, en termes d'affections et de disponibilité des ressources matérielles. En fonction de leur position sociale relative, les individus et les groupes sont confrontés à une inégalité d'exposition aux risques pour la santé et à une vulnérabilité différentielle découlant de cette inégalité. Ils doivent également faire face à des conséquences sociales, économiques et sanitaires différentes dues à ces inégalités en termes d'exposition et de vulnérabilité. Ces différences s'accentuent avec le temps et se transmettent de génération en génération (OMS, 2008).

## Les mécanismes et les voies génératrices d'inégalités tels que représentés dans le cadre conceptuel de l'OMS des déterminants sociaux de la santé

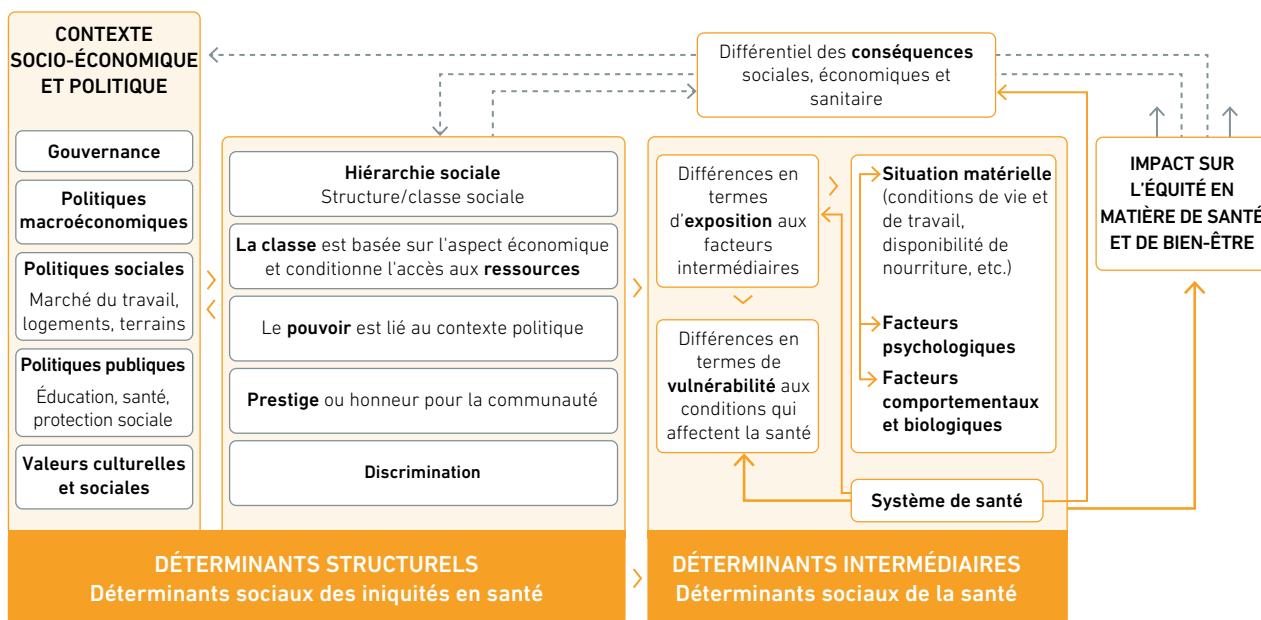
Le cadre conceptuel de l'OMS des déterminants sociaux de la santé est décrit de manière détaillée dans l'*Introduction aux concepts, aux principes et aux cadres appliqués*. Ce cadre s'appuie sur les différentes

théories de la causalité présentées ci-dessus dans le Tableau 5.1. Ce cadre fait une distinction entre les déterminants structurels et intermédiaires, en mettant l'accent sur la différence entre les déterminants

sociaux des inégalités en santé et les déterminants sociaux qui influent sur la santé. De manière implicite, le cadre d'origine comprend également les voies qui entraînent des différences en termes d'exposition, de vulnérabilité et de conséquences. La version adaptée de ce cadre (Figure 5.1) fait ressortir plus explicitement la façon dont ces voies opèrent par rapport aux déterminants intermédiaires de la santé.

Ce n'est qu'en ayant une bonne compréhension des mécanismes et des voies de ces déterminants structurels et intermédiaires et de leurs interactions avec le programme et la population cible que l'on peut comprendre pourquoi le programme est efficace ou inefficace et pour qui.

**Figure 5.1. Résumé des mécanismes et des voies présentées dans le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé, selon l'OMS**



Source: Solar & Irwin, 2010.

## La question de la parité hommes-femmes par rapport aux mécanismes de causalité qui sous-tendent les inégalités en santé

Cette section va permettre d'approfondir *l'explication culturelle*, qui revêt une grande importance lorsque l'on analyse les valeurs et les normes sociales ainsi que la manière dont celles-ci se traduisent par des actes discriminatoires, aux niveaux de l'individu, de la communauté et de la société. La méthode utilisée consiste à examiner comment les inégalités en santé liées aux différences hommes-femmes sont générées. La notion de sexospécificité implique l'existence de « conventions, de rôles et de comportements liés à la culture » qui structurent les relations entre et parmi

les hommes et les femmes et aussi les garçons et les filles (Krieger, 2001b:694; Borrell et al, 2014; OMS, 2011a). Dans de nombreuses sociétés, la question de la différence homme-femme constitue une raison fondamentale de discrimination, que l'on peut décrire comme le processus par lequel les membres d'un groupe défini socialement sont traités différemment, en particulier de manière injuste, en raison de leur appartenance à ce groupe.

La question de la sexospécificité est un déterminant essentiel dans la majorité des résultats

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

sanitaires (Krieger, 2003; CSDH, 2007; WHO, 2011a). On observe souvent des différences entre les hommes et les femmes sur un large éventail d'affections, en lien avec le sexe et la sexospécificité. Contrairement aux caractéristiques biologiques des hommes et des femmes, la question de la sexospécificité est une construction sociale, qui définit des conventions, des rôles, des comportements et des relations entre et parmi les hommes et les femmes, qui varient d'une société à une autre et d'une génération à une autre et qui peuvent évoluer. Dès la naissance, on apprend aux hommes et aux femmes, aux garçons et aux filles des normes et des rôles considérés comme appropriés par la majorité de leur communauté. Ces règles concernent la manière dont les hommes et les femmes sont censés se comporter, les liens qu'ils doivent entretenir et leurs rôles au sein des familles, des communautés et sur le lieu de travail. La question de la sexospécificité détermine les différences entre les hommes et les femmes ainsi que les garçons et les filles en ce qui concerne l'exposition à la maladie et aux traumatismes, l'investissement au niveau des ménages dans la nutrition, les soins et l'éducation, l'accès et le recours aux services de santé et l'impact social de la mauvaise santé. Les différences entre les sexes peuvent favoriser ou limiter la capacité des hommes et des femmes à faire des choix et à vivre en bonne santé. La sexospécificité a une incidence sur d'autres caractéristiques socioculturelles, telles que la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale auxquelles sont confrontés des individus ou des groupes d'hommes et de femmes et peut avoir un impact négatif sur la santé. Une analyse des spécificités de chaque sexe en matière de santé permet d'identifier et d'évaluer ces mécanismes afin de fournir des données factuelles pour étayer les interventions destinées à prendre en compte les inégalités en santé liées à la sexospécificité. Il s'agit notamment d'examiner comment les facteurs biologiques (le sexe) et socioculturels (la sexospécificité) interagissent pour influer sur le comportement, les réalisations et les services en matière de santé pour les hommes et les femmes ainsi que les garçons et les filles.

Borrell et al (2014:13) font remarquer le point suivant :

« L'assimilation des rôles et des stéréotypes en fonction des sexes débute très tôt lors de la socialisation des filles et des garçons et se poursuit tout au long de la vie et se traduit par des inégalités en matière de pouvoir et dans la division inégale du travail rémunéré et non rémunéré. D'une part, le patriarcat, c'est-à-dire la domination systématique des femmes par les hommes, limite l'accès des femmes aux priviléges sociaux et professionnels ainsi qu'aux ressources économiques et leur attribue une grande part des responsabilités domestiques (travail non rémunéré), avec des conséquences sur l'état de santé de ces dernières. D'autre part, la masculinité hégémonique, au sens du renforcement et de la préservation d'une identité masculine hétérosexuelle favorise la prise de risques dangereux pour la santé et explique en partie la mortalité prématurée parmi les hommes comparativement aux femmes. Ainsi, bien que la biologie joue un rôle dans les différences en matière de santé entre les hommes et les femmes, les plus grandes souffrances sont essentiellement dues aux inégalités sociales fondées sur la sexospécificité. »

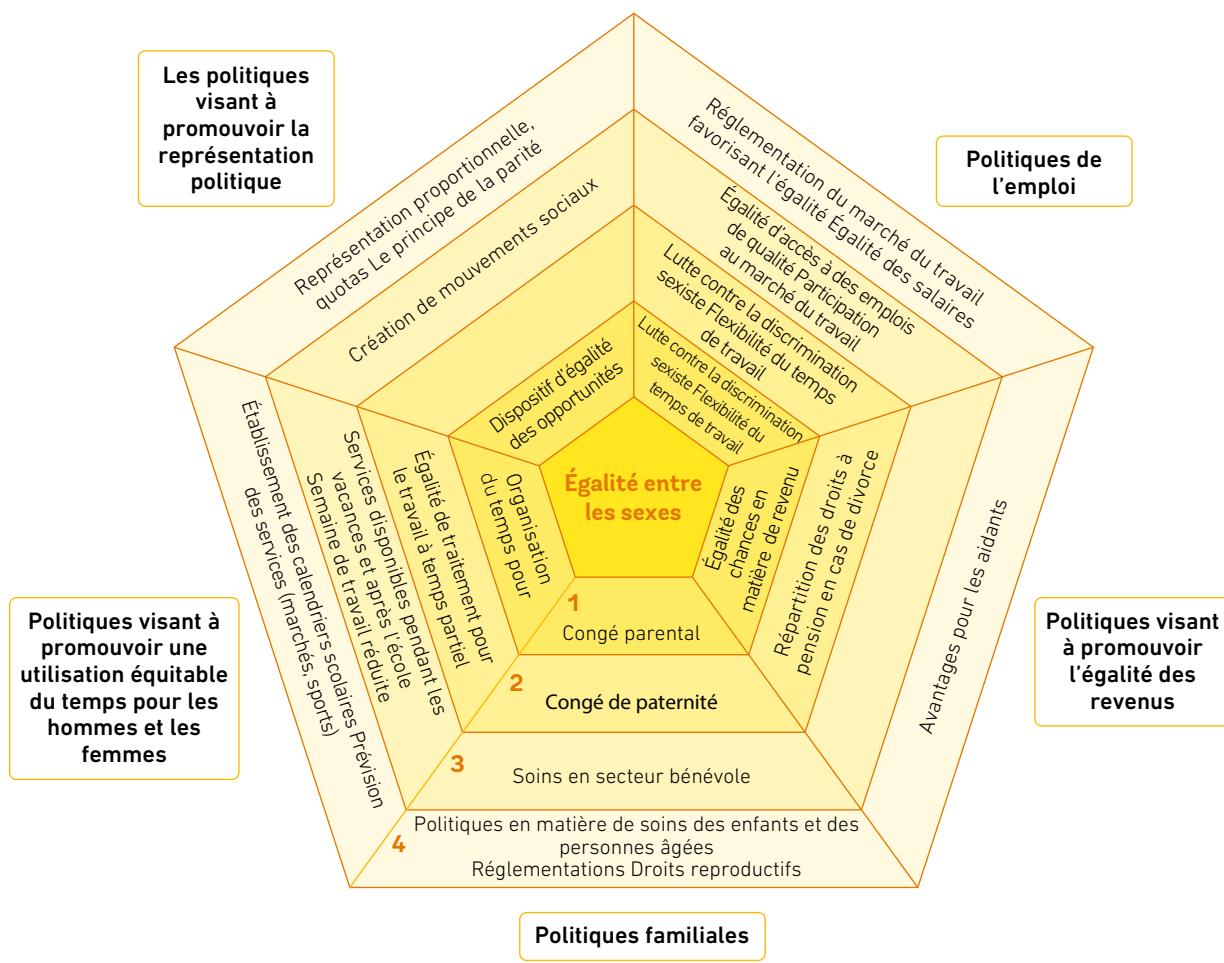
Plusieurs études épidémiologiques montrent que les inégalités en santé liées à la sexospécificité sont déterminées par les inégalités entre les hommes et les femmes pour les principaux déterminants sociaux de la santé, notamment : i) la dépendance économique et les différences de revenu dues à un accès différencié au marché du travail, à la ségrégation ou aux écarts de salaires entre les hommes et les femmes, se traduisant par le fait que les femmes âgées ne disposent que de droits limités à la retraite ; ii) le fait que le travail rémunéré effectué par les femmes est moins valorisé (ségrégation horizontale), qu'elles exercent moins l'autorité (ségrégation verticale) et qu'elles sont confrontées à d'autres différences en termes de conditions de travail ; et iii) le travail non rémunéré, lorsque l'idéologie fondée sur l'inégalité des sexes cantonne les femmes aux tâches domestiques, au sein du foyer, y compris les soins apportés aux autres personnes (Borrell et al, 2014).

Les déterminants macro-sociaux ou structurels de la santé, que sont le pouvoir politique, l'État-providence et les politiques de protection sociale, ainsi que les politiques économiques et relatives au marché du travail constituent les principaux facteurs de la

structure sociale et des relations de pouvoir au sein de la société. Ces relations de pouvoir génèrent des inégalités en santé qui donnent lieu à des travaux de recherche, portant notamment sur les causes profondes et les mesures politiques (État-providence, protection sociale, politiques en faveur de l'économie et du marché du travail) qui ont pour effet d'augmenter ou de réduire les inégalités sociales et sanitaires (Marmot et al, 2010). Dans cette perspective, il est

important d'analyser de manière plus approfondie les contextes plus larges dans lesquels s'élaborent les programmes. La Figure 5.2 présente une synthèse permettant à l'équipe d'examen d'analyser les façons dont les facteurs contextuels influent sur les inégalités entre les sexes, dans l'objectif de comprendre les différents niveaux d'intervention des politiques, depuis le niveau individuel et familial jusqu'au niveau communautaire et sociétal.

**Figure 5.2 Politique d'égalité entre les sexes**



Note : Niveaux d'intervention des politiques – 1 individuel ; 2 domestique ; 3 civil/communautaire ; 4 société/politique.

Source : Extrait de Carme Borrell et al. Influence of Macrosocial Policies on Women's Health and Gender Inequalities in Health. Epidemiologic Reviews (2014) 36 (1): 31-48 (Fig. 1 et pp. 32-34 [291 mots]). Avec l'aimable autorisation d'Oxford University Press, au nom de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Modifié à partir de l'ouvrage de Pascall & Lewis, 2004.

Selon Borrell et al (2014), bien qu'elles dépassent souvent le cadre direct ou indirect du secteur de la santé, un certain nombre de politiques sociales et économiques peuvent contribuer à la réduction des

inégalités en santé liées à la différence entre les sexes, notamment en ce qui concerne la santé des femmes. Il est important que l'équipe d'examen ait connaissance de ces points d'entrée afin de prendre

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

en considération les « causes des causes » des inégalités en santé et des obstacles à l'accès aux services liés aux différences entre les sexes.

• **Les politiques visant à promouvoir la représentation politique :** Comparativement aux hommes, les femmes ont souvent moins d'opportunités d'être socialement et politiquement actives et d'influer sur les lois et les politiques. Certaines politiques visant à accroître la participation des femmes dans la politique incluent la représentation proportionnelle et des quotas pour atteindre une meilleure parité représentative. Les politiques ayant pour objectif la création de mouvements sociaux qui défendent les intérêts des femmes jouent également un rôle important.

• **Les politiques de l'emploi :** Les hommes bénéficient souvent de davantage d'opportunités d'emploi rémunéré et de meilleures conditions de travail. Les politiques d'égalité entre les sexes devraient également promouvoir l'égalité d'accès à des emplois de qualité. Dans de nombreux cas, les politiques sexospécifiques de l'emploi visent à offrir aux hommes et aux femmes la flexibilité du temps de travail de manière à pouvoir concilier le travail rémunéré avec la vie de famille et les activités au sein de la société civile.

• **Les politiques visant à promouvoir l'égalité des revenus :** L'accès au revenu est inégal selon que l'on est un homme ou une femme. Cela s'explique essentiellement par le fait que les femmes ont souvent moins accès au travail rémunéré, se voient proposer les emplois les plus mal payés, ont des salaires plus bas à travail égal et par conséquent des retraites plus faibles. Parmi les autres politiques

instituées dans ce domaine, il faut mentionner celles concernant l'égalité des droits aux avantages (par ex. retraites), en prenant en compte le fait que les pensions des femmes sont moins élevées étant donné que les soins et le travail non rémunérés ne sont pas pris en considération et que la répartition des revenus est à leur désavantage en cas de divorce.

• **Politiques familiales :** Cet ensemble de politiques vise à améliorer le bien-être des familles et à promouvoir l'équilibre entre vie professionnelle et vie de famille. Le soutien familial est une question transversale pouvant intégrer l'aide à l'emploi, le transport, l'alimentation, l'éducation, etc.

• **Les politiques visant à promouvoir une utilisation équitable du temps pour les hommes et les femmes :** Les femmes disposent de moins de temps que les hommes, car elles assument souvent une part plus importante de travail non rémunéré. Les politiques qui favorisent une utilisation du temps fondée sur le respect des deux sexes permettent de gérer le temps au sein du foyer afin de réaliser les différentes activités. Les politiques contre la discrimination à l'égard des femmes sur le marché du travail sont utiles. Néanmoins, le travail à temps partiel devrait avoir la même valeur que le travail à temps plein.

En outre, l'encadrement de la justice et de l'équité sociales va dans le sens de l'adoption de cadres tenant compte des droits de l'homme comme instruments et valeurs fondamentales pour permettre la pleine réalisation du droit à la santé, dont l'État est le principal responsable (OMS, 2011b).

## Étape 5 Lectures et ressources complémentaires

CSDH (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health.

WHO (2011a). Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501071\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501071_eng.pdf) (consulté le 24 février 2016).

WHO (2011b). Human rights and gender equality in health sector strategies: How to assess policy coherence. Geneva: World

Health Organization. Disponible : (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRandGenderEqualityinHealthSectorStrategies.pdf>) (consulté le 24 février 2016).

WHO (2011c). Closing the gap: Policy into practice on social determinants of health. Discussion paper. Geneva: World Health Organization. Disponible : [https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44731/1/9789241502405\\_eng.pdf](https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44731/1/9789241502405_eng.pdf) (consulté le 24 février 2016).

## EXEMPLE D'ÉTUDE DE CAS DE L'ÉTAPE 5 EXTRAIT DE DE L'APPLICATION D'UN PROGRAMME NATIONAL

Les produits de l'examen du programme de santé cardiovasculaire mis en place au Chili ont été présentés dans les chapitres précédents. À ce stade, nous présentons les résultats des travaux de l'équipe d'examen en reliant les obstacles et les facteurs favorables aux déterminants sociaux intermédiaires et structurels et aux mécanismes d'action sous-jacents qui génèrent des inégalités.

L'analyse conduite par l'équipe d'examen a démontré que le programme offrait une couverture insuffisante pour les hommes entre 45 et 64 ans, les principaux groupes exclus étant les travailleurs présentant des facteurs de risque tels que : un faible niveau d'éducation, un emploi précaire, un niveau de revenu faible et résidant dans les quartiers les plus défavorisés (**sous-populations prioritaires**).

Les conclusions ont montré que la **situation socio-économique** de cette sous-population était associée à une exposition et à une vulnérabilité accrues ainsi qu'à des conséquences nocives sur la santé, attestées par des taux plus élevés de morbidité et de mortalité pour les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux. La situation socio-économique de ce groupe est associée au statut en termes de niveaux de revenu, de niveau d'études, de métier et d'emploi (emploi temporaire et précaire). Pour ce groupe social, la répartition des ressources, du prestige et de la discrimination constitue la « cause des causes ». **Il s'agit d'un déterminant structurel essentiel.**

Les autres **déterminants structurels essentiels** étaient associés aux politiques macroéconomiques et sociales, concernant notamment les conditions d'emploi et la redistribution fiscale, ainsi que la faiblesse du revenu et le bas niveau d'études.

Le Tableau 5.2 présente un certain nombre

de remarques et d'exemples concernant les politiques sociales.

Les **principaux déterminants intermédiaires** analysés par l'équipe d'examen incluaient les croyances et les mythes d'ordre *psychosocial* associés aux maladies chroniques et au stress. Le **système de santé** lui-même constituait également l'un des obstacles à l'accès aux soins de santé, principalement en raison des heures d'ouverture strictes des centres et des services de soins et de la forte rotation du personnel. Le système de santé ne prend pas en considération l'hétérogénéité de la population et des besoins, ni le contexte de ce groupe, en n'incluant pas les travailleurs dans la population cible. En outre, les conditions matérielles telles que les conditions de travail et l'emploi sont des déterminants intermédiaires essentiels qui ont un impact direct sur la santé de ce groupe et limite l'accès aux services de santé. Voir exemples dans le Tableau 5.2.

**La théorie des inégalités** : Ce programme dispensé par un centre de soins de santé primaires dans une optique biomédicale ne proposait aux personnes qui travaillent qu'un accès limité pendant les heures d'ouverture. La non-prise en compte des différences entre les sexes et le manque de liens avec la communauté et le lieu de travail constituaient des facteurs particulièrement contraignants pour les hommes. L'organisation des consultations n'était pas coordonnée pour faciliter l'adhésion au programme, car plusieurs visites étaient exigées à la fois pour l'inscription et les contrôles réguliers. La couverture limitée proposée par les politiques sociales accroît la vulnérabilité de cette sous-population. Le traitement des inégalités dans cette sous-population nécessite d'intervenir au niveau de l'organisation du système de santé, mais également des conditions du marché du travail.

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

**Tableau 5.2 Liens entre les obstacles et les facteurs favorables et les déterminants sociaux intermédiaires et structurels et les mécanismes sous-jacents, générateurs d'inégalités**

| Obstacle ou facteurs favorables identifiés à l'Étape 4  | Lien entre les déterminants sociaux et les obstacles | Mécanisme d'action des déterminants sociaux  | Fonctionnement des mécanismes<br>(Examen des différentes théories)   |
|---|--|--|--|
| <b>Obstacle</b><br>Organisation et gestion des services de soins de santé   | Système de soins de santé                            | <p>Les heures d'ouverture ne permettent pas aux personnes qui travaillent (horaires particulièrement stricts) d'accéder et d'adhérer au programme.</p> <p>L'hétérogénéité de la population et les besoins spécifiques ne sont pas pris en compte.</p> <p>Des équipes de santé indifférentes, passives et faisant preuve de peu d'empathie, ne disposant pas des compétences pour promouvoir des changements comportementaux en faveur de la protection de la santé (discrimination).</p> | <p><i>Culture du système de soins de santé :</i><br/>Programme biomédical, offrant un faible niveau de perméabilité avec le système de santé</p> <p><i>Théorie matérialiste :</i><br/>Limitation des ressources humaines et des heures d'ouverture des établissements au sein du système de soins de santé</p> |
| <b>Obstacle</b><br>Conditions précaires d'emploi et de travail  | Facteurs psychosociaux<br>Conditions matérielles     | <p>Expériences négatives, difficulté à gérer la vie et sentiment d'impuissance face à d'éventuelles situations d'intervention.</p> <p>Pour ce groupe, la satisfaction des besoins fondamentaux (nourriture, logement et habillement) constitue la priorité. Attention exigée uniquement en cas d'urgence ; la recherche d'actions de prévention n'est pas une priorité au quotidien.</p>   | <p><i>Théorie matérialiste.</i></p> <p><i>Économie politique</i> relativement à la régulation de l'État-providence vis-à-vis des travailleurs intérimaires et à la régulation du marché du travail</p>   |
| <b>Obstacle</b><br>Faible niveau de perception des risques, résistance aux changements de comportement, peu motivés par la prévention | Facteurs comportementaux                             | <p>Les mauvaises habitudes et les comportements à risque entraînent une exposition et une vulnérabilité accrues ainsi que des conséquences néfastes sur la santé. Manque de réseaux d'aide.</p>  | <p><i>Théorie culturelle/comportementale</i></p> <p><i>Théories psychosociales</i></p>   |
| <b>Obstacle</b><br>Faible niveau d'instruction et de revenu   | Conditions matérielles<br>Facteurs psychosociaux     | <p>Un revenu faible et des conditions d'emploi précaire limitent l'accès et l'adhésion au programme. La perception du risque et des comportements favorisant la santé limite le contact avec le système de santé.</p>  | <p><i>Économie politique</i></p> <p><i>Théorie psychosociale</i></p>   |

| <b>Obstacle ou facteurs favorables identifiés à l'Étape 4</b> | <b>Lien entre les déterminants sociaux et les obstacles</b>       | <b>Mécanisme d'action des déterminants sociaux</b>   | <b>Fonctionnement des mécanismes<br/>(Examen des différentes théories)</b> |
|---|---|--|--|
| <b>Facteur favorable</b><br>Programmes de protection sociale  | Politiques sociales<br>Politiques en matière de systèmes de santé | Agissent en réduisant la vulnérabilité des plus défavorisés. (Cependant, comme celles-ci ne sont pas universelles, elles laissent de côté des groupes relativement défavorisés.) | Économie politique   |

Sources : Ministerio de Salud, Chile, 2010; Solar, 2014; Analysis of equity in the access and outcomes of the cardiovascular health programme and its relation with the Social Determinants of Health Work Team: National Node of Cardiovascular Health General Coordination: Dr María Cristina Escobar, Dr Johanna Silva EU Marina Soto.

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

## RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 5

Le Tableau 5.3 décrit les activités et les composantes de chaque activité qui seront développées par l'équipe d'examen afin de finaliser l'Étape 5. Il indique également les questions qui vont orienter les activités et les méthodes utilisées.

**Tableau 5.3 Résumé des activités de l'Étape 5 : Identifier les mécanismes qui génèrent les inégalités en santé**

| Questions  | Composantes de l'activité  | Méthodes   |
|--|--|--|
| <b>Activité 1 : Établir un lien entre les obstacles et les facteurs favorables et les déterminants sociaux de la santé intermédiaires et structurels</b>   |  |  |
| Comment les obstacles constituent-ils des déterminants sociaux de la santé ou sont-ils associés à ceux-ci, notamment la question de la sexospécificité, relativement au programme destiné à la/aux sous-population(s) prioritaire(s) ? | <ul style="list-style-type: none"><li>Analyser les déterminants sociaux liés aux obstacles et aux facteurs favorables dans les phases principales du programme identifiées à l'étape précédente.</li></ul>   | Temps de réflexion entre les membres de l'équipe d'examen<br>Analyse et interprétation des données<br>Délibérations entre les membres de l'équipe d'examen       |
| <b>Activité 2 : Les voies et les mécanismes qui génèrent des inégalités en prenant en compte les déterminants structurels et intermédiaires</b>  |  |  |
| Quels sont les voies et les mécanismes entre les déterminants structurels et intermédiaires liés aux obstacles et aux facteurs favorables ?  | <ul style="list-style-type: none"><li>Description des mécanismes se rapportant aux déterminants sociaux structurels et intermédiaires qui expliquent la présence d'obstacles et de facteurs favorables à l'accès au programme qui ont une incidence sur la/les sous-population(s) prioritaire(s) et sur les inégalités en santé.</li></ul> | Temps de réflexion entre les membres de l'équipe d'examen<br>Analyse et interprétation des données<br>Délibérations entre les membres de l'équipe d'examen       |
| <b>Activité 3 : Les mécanismes de stratification sociale qui touchent la/les sous-population(s) prioritaires</b>   |  |  |
| Quels sont les mécanismes de stratification sociale qui déterminent la situation socio-économique de la/ des sous-population(s) prioritaire(s), en tenant compte des ressources, de la notion de prestige et de la discrimination ?    | <ul style="list-style-type: none"><li>Description approfondie de la/des sous-population(s) prioritaire(s) relativement à la situation socio-économique en lien avec les mécanismes de stratification sociale, en intégrant les données quantitatives et qualitatives.</li></ul>  | Temps de réflexion entre les membres de l'équipe d'examen<br>Analyse des sources de données complémentaires<br>Discussion entre les membres de l'équipe d'examen |

| Questions  | Composantes de l'activité  | Méthodes  |
|--|--|---|
| <b>Activité 4 : Déterminer comment la législation et les politiques au niveau macro et micro influent sur les mécanismes de stratification sociale ou les conséquences de la situation socio-économique relativement aux inégalités en santé et au programme</b> |  |   |
| Comment les politiques publiques et la législation influent-elles sur la/ les sous-population(s) prioritaire(s) relativement aux inégalités en santé et à l'accès au programme et à ses avantages ?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse des politiques/stratégies macroéconomiques, des politiques et de la législation sociales qui ont un impact sur la sous-population et influent sur les résultats du programme de santé.</li> <li>Identifier et analyser d'autres programmes du secteur de la santé ayant un impact positif ou négatif sur le programme en cours d'examen.</li> </ul> | Temps de réflexion et de partage des connaissances entre les membres de l'équipe d'examen<br>Analyse des documents disponibles<br>Analyse des sources de données complémentaires<br>Discussion entre les membres de l'équipe d'examen |
| <b>Activité 5 : Rédiger une présentation de la théorie des inégalités (c.-à-d. les raisons pour lesquelles il existe des inégalités) en lien avec l'accès au programme et les résultats de celui-ci</b>  |  |   |
| Quelles sont les raisons pour lesquelles le/la sous-population(s) prioritaire(s) rencontre(nt) des inégalités relativement à l'accès au programme et aux résultats de celui-ci ?   | Rédiger une première présentation de la théorie des inégalités relative au programme. Examiner et affiner la présentation qui servira de point de départ à la proposition de révision du programme.  | Temps de réflexion entre les membres de l'équipe d'examen, en s'appuyant sur les étapes précédentes<br>Examen des concepts et de la littérature<br>Délibérations entre les membres de l'équipe d'examen et rédaction du résumé        |

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

## GUIDE DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 5

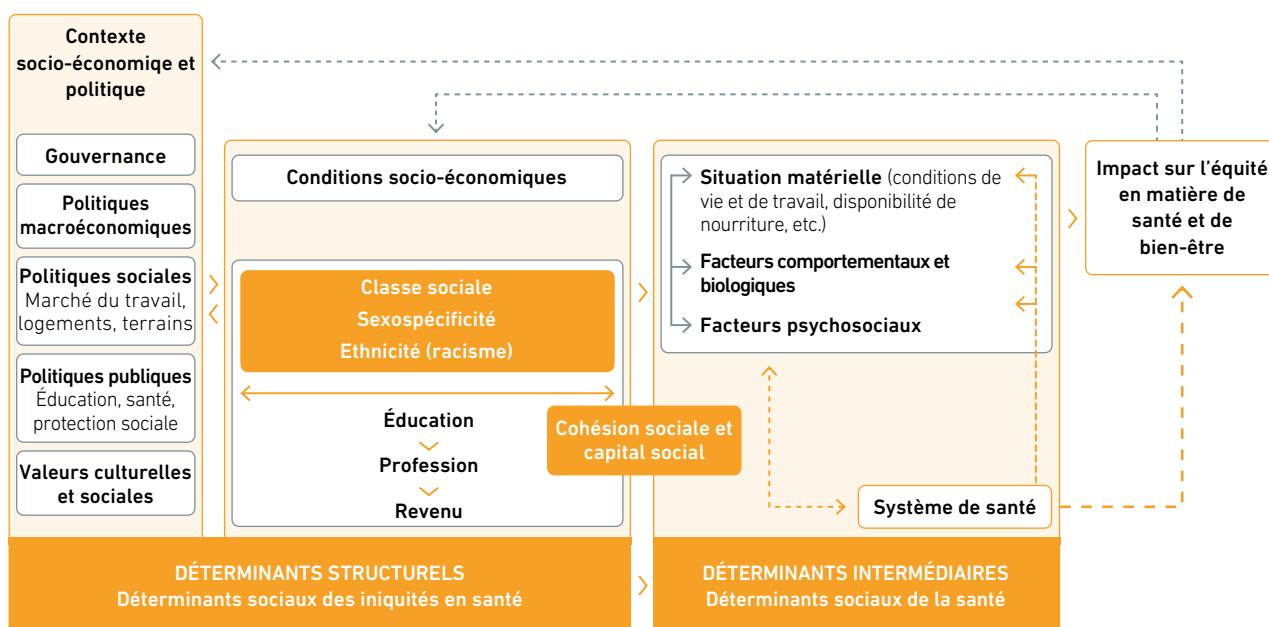
### ACTIVITÉ 1

Établir un lien entre les obstacles et les facteurs favorables et les déterminants sociaux de la santé intermédiaires et structurels

Pour faciliter ce travail, vous devez avoir sous les yeux la Figure 5.3. Ce document est un résumé du cadre conceptuel utilisé pour analyser les déterminants

sociaux de la santé et la génération des inégalités en santé et fait apparaître les trois domaines.

**Figure 5.3 Le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé, OMS**



Source: Solar & Irwin, 2010

Comme mentionné dans les textes de référence, la stratification d'une société s'opère généralement en fonction de critères tels que le revenu, le niveau d'éducation, le métier, la question de la sexospécificité, l'origine ethnique et la classe sociale, dont la pondération est basée sur les réalités de chaque société qui varient selon l'époque et le lieu. Réciproquement, la situation socio-économique d'une personne définit et influe sur un certain nombre de facteurs qui déterminent plus directement l'état de santé par rapport à ces facteurs, que l'on

appelle les **déterminants intermédiaires de la santé**. Les catégories principales des déterminants intermédiaires de la santé sont les suivantes :

- **Les conditions matérielles** qui englobent les déterminants liés à l'environnement physique, tel que le logement (notamment l'état, la situation géographique et le type de quartier) ; le potentiel de consommation, c'est-à-dire le financement pour acheter des aliments sains et des vêtements, les conditions de travail et l'environnement physique

du quartier. Selon la qualité de ces aspects, ces conditions deviennent des ressources qui facilitent l'accès à un environnement favorable à la santé ou, à l'inverse, génèrent des risques.

- **Les facteurs psychosociaux**, qui incluent les facteurs de stress psychosociaux que sont les événements négatifs de la vie, les conditions de vie stressantes (par exemple endettement élevé ou insécurité financière) et le manque de soutien social. Tout au long de leur vie, les différents groupes sociaux sont exposés à des situations diverses qui sont perçues comme menaçantes, difficiles à gérer et/ou offrant peu de possibilités d'intervention. La crainte de la violence (y compris la violence à l'égard des femmes) et une autonomie limitée en matière de prises de décision en raison des normes, des rôles et des relations sexospécifiques constituent des facteurs psychosociaux susceptibles d'avoir un impact sur la santé (CSDH, 2007). Cela explique en grande partie les schémas qui sont associés aux inégalités en santé sur le long terme.

- **Les schémas comportementaux** incluent le tabagisme, le régime alimentaire, la consommation d'alcool et le manque d'exercice. En fonction du schéma d'exposition et de vulnérabilité, ceux-ci peuvent protéger ou améliorer la santé, comme la pratique d'exercice ou à l'inverse être nocifs pour la santé, par exemple le tabagisme et l'obésité. Il est important de noter que les habitudes et les « modes de vie » sont le résultat de conditions matérielles dans lesquelles l'individu naît, vit et travaille. C'est la façon dont les groupes sociaux traduisent les conditions matérielles de la vie en schémas de comportement.

• En permettant l'accès équitable aux services de santé et en favorisant l'action intersectorielle pour améliorer l'état de santé, **le système de santé**

**lui-même** peut avoir une incidence directe sur les différences en termes d'exposition et de vulnérabilité. De même, le système de santé joue un rôle de médiateur ou de tampon face aux conséquences d'une maladie ou d'un handicap dans la vie des personnes en veillant à ce que le problème de santé n'entraîne pas la détérioration du statut social et en facilitant la réintégration sociale des personnes atteintes de handicaps ou de maladies.

• **La cohésion sociale**, qui prend en considération l'ensemble des mécanismes d'intégration existant au sein d'une société et d'autres perceptions par les citoyens du fonctionnement de ces mécanismes. Ces derniers déterminent pour leur part le sentiment d'appartenance à un groupe social par les groupes qui le constituent. On peut dire que la discrimination est un déterminant de la cohésion sociale qui justifie l'intervention du gouvernement pour y remédier. Il n'existe pas de définition unique du **capital social**. Cependant, au-delà de la diversité des définitions, il y a consensus sur le fait qu'il s'agit d'une ressource intangible et dynamique présente dans le collectif et comprenant des notions telles que la confiance, la participation et la reciprocité.

À l'étape précédente, l'équipe d'examen a identifié les obstacles et les facteurs favorables. Elle se propose dans celle-ci d'analyser leur association avec les déterminants intermédiaires et structurels, à savoir les conditions matérielles, les facteurs psychosociaux, les comportements et les habitudes, le système de santé lui-même ainsi que le capital social (la cohésion sociale) et le contexte sociopolitique.

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

**1.a.** L'équipe d'examen devra traiter ces aspects en les faisant figurer dans les tableaux ci-dessous. Identifier chaque obstacle et marquer d'un 'X' les déterminants sociaux intermédiaires qui y sont associés. Chaque obstacle peut être relié à plusieurs déterminants sociaux. L'équipe d'examen devra être en mesure de justifier cette association.

| Programme de santé    |   | Déterminants intermédiaires associés à cet obstacle      |                            |                        |                                     |                                 |             |
|-----------------------|---|--|----------------------------|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| Décrire les obstacles | Phase(s) principale(s) du programme associée(s) | Conditions matérielles (conditions de vie et de travail) | Comportements et habitudes | Facteurs psychosociaux | Facteurs liés aux systèmes de santé | Cohésion sociale/capital social | Explication |
|                       |   |  |                            |                        |                                     |                                 |             |
|                       |   |  |                            |                        |                                     |                                 |             |
|                       |   |  |                            |                        |                                     |                                 |             |

**1.b.** Certains obstacles identifiés peuvent éventuellement être associés à des déterminants structurels. L'équipe d'examen devra analyser ce point dans le tableau ci-dessous.

| Description des obstacles | Phase(s) principale(s) du programme associée(s) | <b>Analyser l'association de l'obstacle avec<br/>LES DÉTERMINANTS SOCIAUX STRUCTURELS</b><br>(c.-à-d. Le système d'assurance-maladie, les normes sexospécifiques, le système de protection sociale) |
|---------------------------|---|---|
|                           |   |   |

**1.c.** Le même processus devra être effectué pour les facteurs favorables.

| Programme de santé              |   | Déterminants intermédiaires associés à ce facteur favorable |                            |                        |                                     |                                 |             |
|---------------------------------|---|---|----------------------------|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| Décrire les facteurs favorables | Phase(s) principale(s) du programme associée(s) | Conditions matérielles (conditions de vie et de travail)    | Comportements et habitudes | Facteurs psychosociaux | Facteurs liés aux systèmes de santé | Cohésion sociale/capital social | Explication |
|                                 |   |   |                            |                        |                                     |                                 |             |
|                                 |   |   |                            |                        |                                     |                                 |             |

| Programme de santé | Déterminants intermédiaires associés à ce facteur favorable |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|
|                    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                    |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                    |   |  |  |  |  |  |  |  |

**1.d.** Certains facteurs favorables identifiés peuvent éventuellement être associés à des déterminants structurels. L'équipe devra analyser ce point dans le tableau ci-dessous.

| Description des facteurs favorables | Phase(s) principale(s) du programme associée(s) | Analyser l'association des facteurs favorables avec les LES DÉTERMINANTS SOCIAUX STRUCTURELS |
|-------------------------------------|---|--|
|                                     |   |  |
|                                     |   |  |
|                                     |   |  |

## ACTIVITÉ 2

### Les voies et les mécanismes qui génèrent des inégalités en prenant en compte les déterminants structurels et intermédiaires

Après avoir associé les obstacles et les facteurs favorables aux déterminants sociaux de la santé (intermédiaires et structurels), l'équipe passera à l'analyse de fond de l'Étape 5 : *Quels sont les mécanismes d'action possibles afin de prendre en compte les inégalités en termes d'accès au programme et de résultats ?*

**2.** Pour répondre à cette question, l'équipe d'examen devra commencer par passer brièvement en revue les concepts présentés dans les textes de référence. Ensuite, l'équipe d'examen devra prendre en

considération chacune des questions suivantes et les documenter dans le tableau ci-dessous.

1. Quelles sont les voies par lesquelles les mécanismes générateurs d'inégalités se produisent :
  - a. Exposition différentielle ;
  - b. Vulnérabilité différentielle ; et
  - c. Conséquences différentes.
2. En prenant comme point de départ la situation socio-économique de la population, sur quoi se fondent les facteurs qui se cachent derrière les inégalités, par exemple :

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

- a. Un moindre accès aux ressources ou à la maîtrise de celles-ci ;  
b. Niveaux de prestige moindres ;  
c. Discrimination fondée sur le sexe, la sexospécificité, l'origine ethnique ou d'autres facteurs ; et  
d. Une combinaison des éléments susmentionnés (décrire).
3. Laquelle parmi les théories principales sur les causes des inégalités en santé est le mieux en mesure d'expliquer les mécanismes générateurs d'inégalités en lien avec le programme :  
a. Matérialiste/néo-matérialiste ;  
b. Culturelle ;  
c. Approches psychosociales ;  
d. La perspective du parcours de vie ;  
e. Économie politique ; ou  
f. Théorie écosociale.

| Phase principale | Principaux déterminants sociaux de la santé associés à cet obstacle de la phase principale (se reporter aux tableaux précédents) | Voie des mécanismes (Exposition, vulnérabilité, conséquences) | Base du mécanisme (ressources, prestige, discrimination) | Comment le mécanisme opère-t-il (passer en revue les théories présentées dans les textes de référence et dans le Tableau 5.1) |
|------------------|--|---|--|---|
|                  |  |   |  |   |
|                  |  |   |  |   |

## ACTIVITÉ 3

Identifier les mécanismes de stratification sociale qui touchent la/les sous-population(s) prioritaires relativement à leur situation socio-économique, y compris les questions de sexospécificité

3. Dans cet exercice, en s'appuyant sur leurs connaissances et leurs expériences, les membres de l'équipe d'examen ont pour mission d'aborder et de décrire les aspects de la situation socio-économique de la/des sous-population(s) prioritaires (identifiées à l'Étape 3) ainsi que les mécanismes de stratification sociale sous-jacents. Les questions auxquelles l'équipe devra répondre sont les suivantes :

- Quelle est la **situation socio-économique** de la/des sous-population(s) prioritaire(s) en termes de ressources, de prestige et de discrimination, y compris en ce qui concerne les différences entre

les hommes/garçons et les femmes/filles au sein de cette sous-population, le cas échéant ?

- Quels sont les **mécanismes de stratification sociale** à l'œuvre qui placent la/les sous-population(s) dans cette situation socio-économique ?

À l'Étape 3, l'équipe d'examen a décrit la situation socio-économique des sous-populations. À l'Étape 5, les équipes d'examen utiliseront les données disponibles afin d'approfondir l'analyse concernant les mécanismes de stratification sociale tels que la répartition du pouvoir (ressources, prestige,

discrimination) qui se manifestent à travers le niveau d'éducation ou de revenu, la profession exercée, les différences hommes-femmes, la situation géographique, l'origine ethnique, etc.

On pourra également évoquer l'impact de ces aspects sur les sous-populations dès le plus jeune

âge, avec un caractère cumulatif tout au long de la vie et une possible reproduction d'une génération à une autre.

Les réponses à ces questions apportées par l'équipe d'examen devront être résumées succinctement dans l'encadré ci-dessous.

#### Description de la sous-population prioritaire en termes de situation socio-économique

(c.-à-d. du point de vue des ressources, du prestige et de la discrimination, en prenant notamment en compte les différences entre les hommes et les femmes/garçons et les filles au sein de cette sous-population le cas échéant, et en faisant ressortir les mécanismes de stratification sociale en place)

## ACTIVITÉ 4

Déterminer comment la législation et les politiques au niveau macro et micro influent sur les mécanismes de stratification sociale ou les conséquences de la situation socio-économique relativement aux inégalités en santé et au programme

Suite à l'analyse de la situation socio-économique, l'équipe pourra aborder la question du contexte (en gardant à l'esprit que les notions de situation socio-économique et de contexte sont définies dans le cadre conceptuel comme **déterminants structurels**).

Pour une large part, la situation socio-économique est définie et modélisée par le contexte sociopolitique et économique, dans la mesure où celui-ci agit pour réguler les conditions sociales générées par la stratification sociale et/ou l'exclusion sociale. Le contexte englobe les politiques :

- **Les politiques macro-économiques**, notamment l'équilibre fiscal et monétaire, la dette fiscale et la balance des paiements, les traités et les politiques du marché du travail.

- **Les politiques sociales et la législation dans ce domaine** touchant des facteurs comme le travail, la propriété et la répartition des terres et des logements.

- **Les politiques publiques et la législation y afférente** dans des domaines tels que l'éducation, la protection sociale, la santé, l'eau et l'assainissement.

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

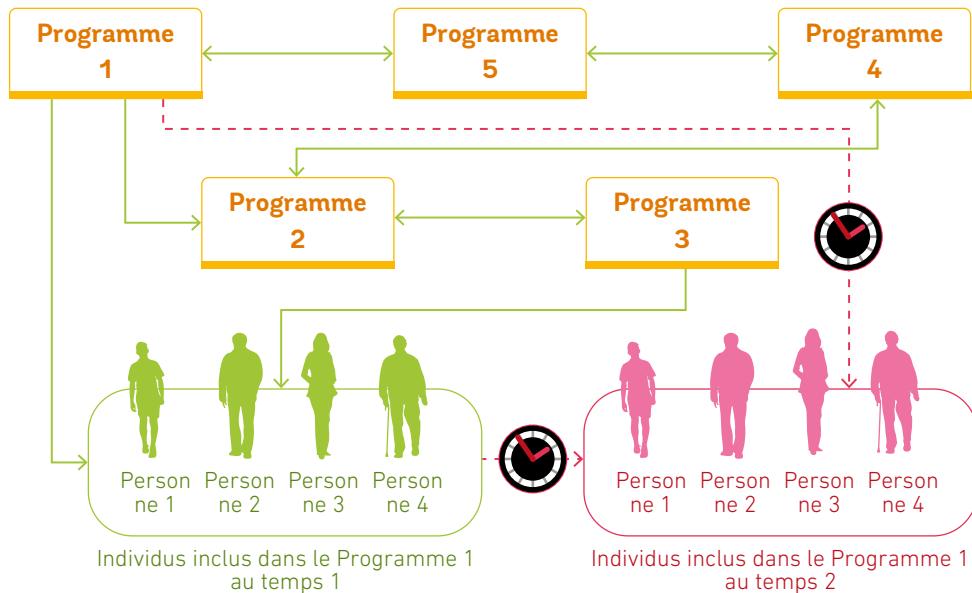
**4.a.** À ce stade, l'équipe d'examen devra analyser la législation, les politiques ou les stratégies se rapportant au contexte décrit dans le cadre conceptuel qui auraient un impact sur la/les sous-population(s) prioritaire(s), relativement aux inégalités en santé et aux résultats du programme de santé en cours d'examen. Pour chaque politique retenue (au moins une), l'équipe devra compléter le tableau ci-dessous.

| Nom de la législation, de la politique publique ou de la stratégie  |  |
|---|--|
| <b>En quoi cette législation ou cette politique publique concerne-t-elle ou influe-t-elle sur la situation socio-économique de la sous-population prioritaire ?</b> |  |
| <b>En quoi la législation ou la politique affecte-t-elle le contexte dans lequel le programme de santé est mis en œuvre ?</b>                                       |  |

L'équipe d'examen devra ensuite reprendre le schéma de la théorie du programme élaboré à l'Étape 2 en lien avec la Figure 5.4, qui représente le **micro-contexte** dans lequel le programme de santé est mis en œuvre. Dans la Figure ci-dessous, imaginez que l'équipe examine le programme 2, qui concerne la tuberculose (TB). On constate que d'autres programmes et d'autres interventions, axés par exemple sur le VIH et la sécurité alimentaire jouent un rôle fondamental dans les résultats des programmes de lutte antituberculeuse. Par contre, des priorités concurrentes, telles que les programmes de santé

de la mère et de l'enfant peuvent avoir un impact négatif, à moins que des synergies soient mises en place entre ces programmes et le programme de lutte antituberculeuse. De la même façon, les programmes de santé maternelle et génésique peuvent ne pas prendre en compte les besoins et les situations spécifiques des adolescents. Pour atteindre cette sous-population, il est essentiel d'organiser des interventions en milieu scolaire et au sein de la communauté. La Figure 5.4 fait également ressortir la chronologie des influences au sein du contexte.

**Figure 5.4 Pour une meilleure compréhension de l'écologie des interventions**



Source: Sridharan, 2009.

- 4.b.** En revenant à la réalité du micro contexte du programme, l'équipe devra traiter les points suivants : Quels sont les autres programmes et interventions qui influent de manière positive ou négative sur le programme de santé en cours d'examen ?

Décrire chaque programme et la manière dont il interagit sur le programme de santé en cours d'examen.

#### Programmes et interventions qui influent sur le programme de santé en cours d'examen

| Nom du programme ou de l'intervention | Description | Interaction avec le programme de santé en cours d'examen |
|---------------------------------------|-------------|--|
|                                       |             |  |
|                                       |             |  |
|                                       |             |  |

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

## ACTIVITÉ 5

Rédiger une présentation de la théorie des inégalités (c.-à-d. les raisons pour lesquelles il existe des inégalités) en lien avec l'accès au programme et les résultats de celui-ci

À l'Étape 2, l'équipe d'examen a énoncé les grandes lignes de la théorie du programme. À ce stade, grâce aux éléments des activités des Étapes 3 et 4 et de l'Étape 5, l'équipe d'examen a mis en évidence les mécanismes générateurs d'inégalités qui expliquent pourquoi certaines sous-populations ne bénéficient pas du programme. Elle a également identifié les obstacles liés aux phases principales qui affectent

ces sous-populations, qui opèrent par l'intermédiaire des déterminants sociaux. Dans le cadre de cette activité, l'équipe d'examen s'appuiera sur les raisons pour lesquelles les inégalités se produisent en matière d'accès au programme à différentes phases principales afin de formuler la théorie des inégalités du programme.

**5.a.** À cette fin, l'équipe d'examen devra examiner les questions suivantes:

- Revenir à la présentation de la théorie du programme et au schéma comprenant les phases principales définies à l'Étape 2. **Pourquoi le programme ne fonctionne-t-il pas pour l'ensemble des sous-populations ?**
- À l'Étape 3, l'identification des sous-populations qui rencontrent des problèmes pour accéder au programme ou pour en bénéficier a confirmé l'existence d'inégalités par rapport au programme. **Quelles phases principales du programme sont les plus importantes pour ces populations et pourquoi ?**

- Ensuite, l'équipe d'examen a identifié les obstacles (et les facteurs favorables) pour ces sous-populations aux phases principales (Étape 4) et les a mis en corrélation avec les déterminants sociaux de la santé (à cette Étape 5). **Pourquoi ces déterminants sociaux génèrent-ils des inégalités au sein de cette sous-population ?**

En tenant compte de ces questions et des conclusions des exercices précédents, l'équipe d'examen doit à présent essayer d'expliquer, en trois paragraphes, pourquoi on observe des inégalités liées au programme. Cette explication constitue une présentation de la théorie des inégalités.

**Rédiger une présentation de la théorie des inégalités relative au programme.**

**5.b.** Examiner cette présentation de la théorie des inégalités en se basant sur les questions suivantes.

- La présentation explique-t-elle pourquoi la **théorie** du programme initiale est insuffisante pour prendre en compte l'équité, la parité hommes-femmes, les droits de l'homme et les déterminants sociaux ?
- Quelles hypothèses concernant le fonctionnement du programme étaient fausses et ont masqué les **mécanismes** générateurs d'inégalités ? Par exemple, si l'hypothèse était que toute la population avait les mêmes besoins, est-ce que tous auraient exigé des services et en auraient bénéficié ?
- La théorie fait-elle état de la manière dont les politiques (**au niveau macro et micro**) **produisent des inégalités** ?
- Prend-elle en compte la manière dont les **différences en matière de besoins** et de conditions de vie des **sous-populations** induisent un fonctionnement différent du programme ?
- Prend-elle en considération l'influence des **normes, des rôles et des relations sexospécifiques** sur les résultats du programme ?
- Prend-elle en compte l'éventuelle insuffisance des mesures destinées à garantir les **principes des droits de l'homme** ?

À la lumière de cette discussion, réviser la présentation de la théorie des inégalités, si nécessaire, et la réécrire.

Sur la base de cette théorie des inégalités, l'équipe d'examen entame le processus de révision du programme et l'élaboration des recommandations en

vue de renforcer la prise en compte de l'équité, de la parité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux.

# IDENTIFIER LES MÉCANISMES QUI GÉNÈRENT LES INÉGALITÉS EN SANTÉ ÉTAPE 5

## PRODUITS DE L'ÉTAPE 5

Félicitations, l'équipe d'examen a terminé l'analyse de l'Étape 5 !

Il est conseillé à l'équipe d'examen de résumer **les produits de l'Étape 5 dans un rapport concis (environ deux à cinq pages)** pendant qu'elle a bien à l'esprit les conclusions de l'analyse. Le résumé des produits devra restituer de manière claire et succincte les conclusions et les décisions principales de l'équipe d'examen pour l'ensemble des activités prévues dans cette étape. Ces résumés vous serviront au cours des différentes étapes jusqu'à la fin du processus d'examen à l'Étape 7 en vue de « les réunir » dans le rapport final sur le processus d'examen.

Le résumé des produits de l'Étape 5 devra comporter les éléments suivants :

- La description des déterminants intermédiaires et structurels associés aux obstacles et aux facteurs favorables du programme qui ont une incidence sur la/les sous-population(s) visée(s).
- La description des voies et des mécanismes liés à ces déterminants sociaux de la santé structurels

et intermédiaires, qui expliquent les inégalités en santé et l'existence de ces obstacles et de ces facteurs favorables.

- La description de la/des sous-population(s) prioritaire(s) en fonction de la situation socio-économique (y compris le genre), en faisant référence aux données spécifiques quantitatives et qualitatives, lorsque cela est possible.
- La description de la façon dont les politiques publiques adaptées influent sur la/les sous-population(s) prioritaires, s'agissant des inégalités en santé et de l'accès au programme, notamment la législation et les politiques/stratégies macro-économiques et les politiques sociales ainsi que l'influence positive ou négative d'autres programmes du secteur de la santé.
- La présentation de la théorie des inégalités relative au programme.

## RÉFÉRENCES

- Adler NE, Newman K (2002). Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies. *Health Affairs*. 2002;21(2):60–76. Disponible : <http://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.60> (consulté le 24 février 2016).
- Bartley M (2004). Health inequality an introduction to theories, concepts and methods. Cambridge, UK: Polity Press.
- Bartley M, Blane D, Davey Smith G (1998). Introduction: Beyond the Black Report. *Sociology of Health and Illness*. 1998;20(5):563–677.
- Benzeval M, Judge K, Whitehead M (1995). Tackling inequalities in health: An agenda for action. London: King's Fund.
- Black D, Morris J, Smith C, Townsend P (1980). Inequalities in health: Report of a Research Working Group. London: Department of Health and Social Security.
- Blane D, Bartley M, Davey Smith G (1997). Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *European Journal of Public Health*. 1997;7(4):385–391. Disponible : doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/7.4.385> (consulté le 7 mars 2016).

Borrell C, Palència L, Muntaner C, Urquía M, Malmusi D, O'Campo P (2014). Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiologic Reviews*. 2014;36(1):31–48. Disponible : <http://epirev.oxfordjournals.org/content/36/1/31.abstract> (consulté le 24 février 2016).

Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grötvædt L, Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Mizrahi A (1998). Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1998;52(4):219–227.

CSDH (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health.

Diderichsen F (1998). Understanding health equity in populations — Some theoretical and methodological considerations. cf : Arve-Parès B, ed. Promoting research on inequality in health. Stockholm: Socialvetenskapliga Forskningsrådet [Swedish Council for Social Research]:99–114.

- Krieger N (2001a). Theories for social epidemiology in the 21<sup>st</sup> century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*. 2001;30(4):668–677.
- Krieger N (2001b). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001;55(10):693–700.
- Krieger N (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*. 2003;32(4):652–657.
- Mackenbach J, Bakker M (2002). Reducing Inequalities in Health: A European Perspective. London: Routledge.
- Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al (2010). Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London: United Kingdom. The Marmot Review.
- Ministerio de Salud (2010). Documento Técnico I, II, III: Serie de Documentos Técnicos del Rediseño de los Programas desde la Perspectiva de Equidad y Determinantes Sociales. Subsecretaría de Salud Pública: Santiago. [Ministry of Health, Chile (2010). Technical documents I, II and III for supporting the review and redesign of public health programmes from the perspective of equity and social determinants of health. Santiago: Undersecretary for Public Health.] Materials in Spanish only.
- Pascall G, Lewis J (2004). Emerging Gender Regimes and Policies for Gender Equality in a Wider Europe. *Journal of Social Policy*. 2004;33(03):373. Disponible : [http://journals.cambridge.org/abstract\\_S004727940400772X](http://journals.cambridge.org/abstract_S004727940400772X) (consulté le 24 février 2016).
- Solar O (2014). Presentation overview of the review and redesign process. WHO meeting in Alicante, Spain. June 2014.
- Solar O, Irwin A (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf) (consulté le 24 février 2016).
- Sridharan S (2009). Ten steps to making evaluation matter. Presentation at Evaluation Workshop, Santiago, Ministry of Health, Chile. Sanjeev Sridharan, University of Toronto and Centre for Urban Health Research at St Michael's Hospital.
- Verbrugge LM (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*. 1985;26(3):156–182.
- WHO (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf) (consulté le 24 février 2016).
- WHO (2010). Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2011a). Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501071\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501071_eng.pdf) (consulté le 24 février 2016).
- WHO (2011b). Human rights and gender equality in health sector strategies: How to assess policy coherence. Geneva: World Health Organization. Disponible : (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRandGenderEqualityinHealthSectorStrategies.pdf>) (consulté le 24 février 2016).
- WHO (2011c). Closing the gap: Policy into practice on social determinants of health. Discussion paper. Geneva: World Health Organization. Disponible : [https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44731/1/9789241502405\\_eng.pdf](https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44731/1/9789241502405_eng.pdf) (consulté le 24 février 2016).



# Étape 6

Considérer l'action  
intersectorielle et la  
participation sociale comme  
des éléments centraux





# Vue d'ensemble

À l'Étape 6, l'équipe d'examen devra étudier le rôle de l'action intersectorielle et de la participation sociale qui constituent des éléments centraux pour remédier aux inégalités en santé liées au programme de santé. L'analyse menée à l'Étape 6 s'appuie sur les concepts et les méthodes que l'on retrouve dans les domaines de l'équité en santé, de la parité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé. Par exemple, la participation constitue un principe fondamental d'une approche fondée sur les droits de l'homme, et l'action intersectorielle est implicite dans la nature du droit à la santé comme droit inclusif, englobant un grand nombre de déterminants sous-jacents qui ont une incidence sur la santé.

En ce qui concerne l'action intersectorielle, l'analyse met l'accent sur la manière dont la collaboration avec d'autres secteurs permet de prendre en compte les écarts en matière de couverture, les obstacles et les facteurs favorables ainsi que les déterminants sociaux y afférents, aux phases principales du programme. En ce qui concerne la participation sociale, l'objectif est d'apporter une réponse adaptée aux besoins en matière de santé et de donner aux groupes sociaux les moyens d'agir – en particulier la/les sous-population(s) prioritaires identifiées – afin de permettre un meilleur accès au programme et des bénéfices pour tous.

L'Étape 6 prévoit la réalisation de quatre activités en lien avec les phases principales du programme en cours d'examen :

- 1) Identifier et caractériser l'action intersectorielle afin de traiter les questions relevées dans les étapes précédentes ;
- 2) Hiérarchiser et développer ou améliorer l'action intersectorielle ;
- 3) Décrire l'approche suivie par le programme en matière de participation sociale, et
- 4) Hiérarchiser et développer/améliorer les actions de participation sociale qui contribuent à prendre en compte les obstacles et les facteurs favorables.

Ces activités devront intégrer les conclusions des étapes précédentes du processus d'examen, ainsi que les informations disponibles.

Les deux produits principaux de l'Étape 6 sont les suivants : Le premier est une évaluation du mode de fonctionnement actuel de l'action intersectorielle et de la participation sociale dans le programme. Le second est une proposition ou un ensemble de recommandations en vue de développer ou d'améliorer l'action intersectorielle et de renforcer les mécanismes de participation sociale, qui contribuent à traiter les écarts en matière de couverture, ainsi que les obstacles et les facteurs favorables afin d'améliorer l'accès au programme et les bénéfices pour tous, en particulier la/les sous-population(s) prioritaires.

## Objectifs de l'Étape 6

- Analyser et appliquer les concepts et les approches de l'action intersectorielle et de la participation sociale afin de comprendre la façon dont ceux-ci sont actuellement représentés dans le programme, ainsi que leur impact sur celui-ci et sur ses résultats.
- Identifier le rôle de l'action intersectorielle et de la participation sociale dans la prise en compte des obstacles identifiés dans le programme et dans la réduction des inégalités en santé, à chaque phase et pour la sous-population ciblée.
- Identifier les recommandations spécifiques (y compris les mécanismes et les actions) destinées à renforcer l'action intersectorielle et la participation sociale lors de la proposition de révision du programme de santé, qui sera présentée dans les étapes suivantes.

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

## TEXTES DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉTAPE 6

### Le rôle de l'action intersectorielle et de la participation sociale dans les programmes de santé

Avant d'entamer le travail de l'Étape 6, ces textes de référence ont pour but de fournir à l'équipe d'examen les orientations de base pour réfléchir au rôle de l'action intersectorielle et de la participation sociale relativement aux programmes de santé afin de remédier aux inégalités.

Le texte couvre les points suivants :

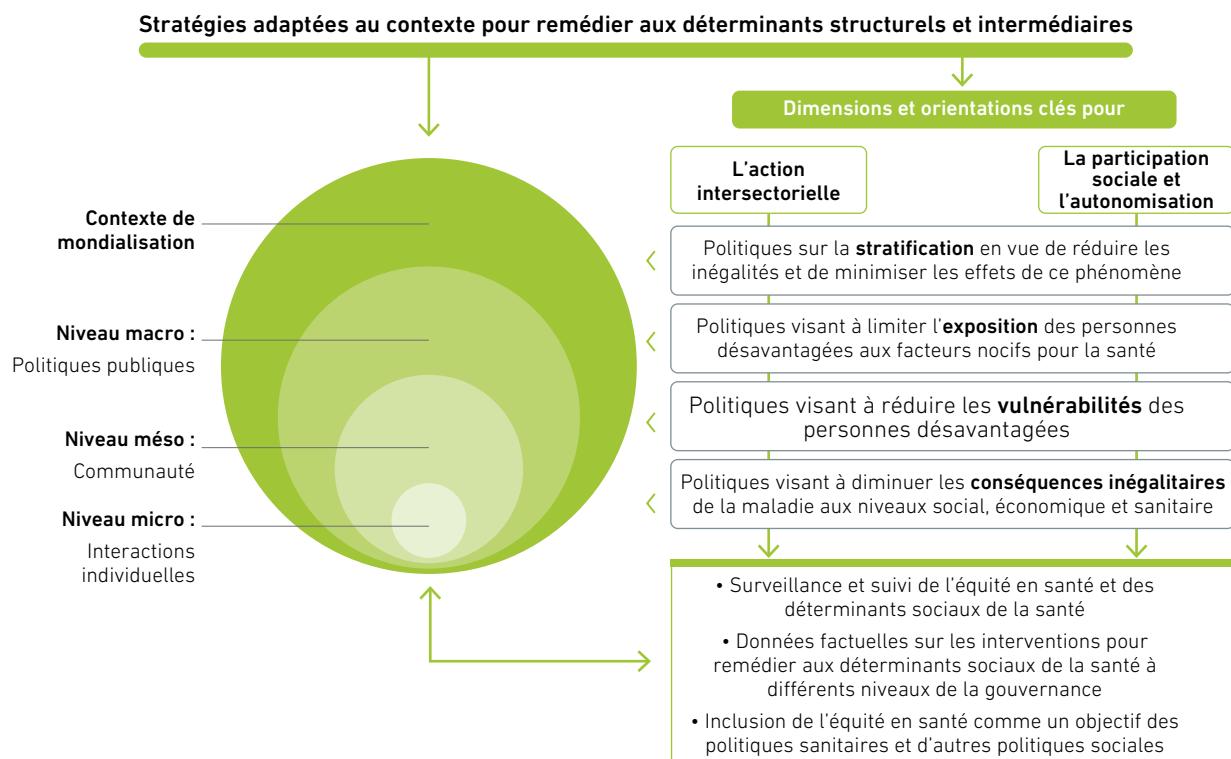
- L'action intersectorielle et la participation sociale dans le cadre de la prise en compte des déterminants sociaux des inégalités en santé ;
- L'action intersectorielle dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme ; et
- La participation sociale dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme.

### L'action intersectorielle et la participation sociale dans le cadre de la prise en compte des déterminants sociaux des inégalités en santé

La majeure partie des influences les plus importantes qui déterminent la santé et la répartition des inégalités dans ce domaine sont à rechercher en dehors du secteur de la santé (OMS, 2008). Le fait que ces influences se situent en dehors du cadre exclusif du secteur de la santé signifie que ce dernier doit s'engager à agir en collaboration avec d'autres secteurs gouvernementaux et de la société afin de prendre en compte les déterminants de la santé et la question du bien-être (OMS, 2008).

**L'action intersectorielle et la participation sociale** constituent deux approches stratégiques visant à remédier aux déterminants sociaux des inégalités en santé, comme le montre la Figure 6.1, qui illustre les différents niveaux ou points d'entrée des interventions ou des actions destinées à lutter contre les inégalités. Ce point montre également la nécessité de prendre en considération l'action intersectorielle et la participation sociale ainsi que l'autonomisation, comme étant deux aspects essentiels qui interagissent de manière transversale dans l'action ou le programme en faveur de l'équité (Solar & Irwin, 2010).

**Figure 6.1 Le cadre élaboré en vue de remédier aux déterminants sociaux des inégalités en santé**



Source : Solar & Irwin, 2010, avec adaptations par les auteurs.

**L'action intersectorielle** fait référence aux actions ayant une incidence sur les résultats sanitaires, entreprises par des secteurs extérieurs à celui de la santé, éventuellement, mais pas nécessairement, en collaboration avec celui-ci. L'action intersectorielle pour la santé implique que le secteur de la santé et d'autres secteurs travaillent ensemble en vue de contribuer à la conception et à la mise en œuvre des politiques publiques destinées à améliorer la santé et le bien-être, ou à minima, de ne pas les agraver. Ces efforts améliorent la compréhension entre le secteur de la santé et les autres secteurs concernant la manière dont les décisions en matière de politiques et les pratiques opérationnelles de différents secteurs influent sur la santé et l'équité en santé.

**La participation sociale** de la société civile et l'autonomisation des hommes et des femmes issus des communautés concernées, visant à leur donner un rôle plus important dans l'élaboration des politiques sociales destinées à promouvoir la santé et l'équité en santé sont essentielles d'un

point de vue éthique et pragmatique, ainsi que dans une perspective de respect des droits de l'homme. Dans la mesure où la répartition inégale du pouvoir, de l'argent et des ressources constitue la base sous-jacente des inégalités, la participation constitue l'un des mécanismes permettant la redistribution du pouvoir. De cette manière, la participation sociale peut contribuer à faire évoluer les inégalités et offrir une plus grande place aux actions et aux interventions dans la hiérarchie sociale existante, à la fois au niveau global et au niveau du programme.

De la même manière que les inégalités sont le résultat d'une accumulation complexe de désavantages, les interventions nécessitent souvent la mise en place d'un réseau d'actions par des secteurs multiples opérant à différents niveaux. L'ordre et la coordination de l'implication d'autres secteurs, ainsi que le niveau et le type de participation sociale devront faire partie de l'analyse de la proposition de révision du programme.

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

## L'action intersectorielle dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme

Historiquement, dans une perspective de santé publique, une approche systémique des problèmes de santé des populations a souvent été préconisée, en mettant particulièrement l'accent sur les différents secteurs sociaux, administratifs et économiques, ainsi que sur la diversité des cultures et des valeurs qui composent et stratifient les sociétés. De ce fait, les questions de santé – au sens large – dépassent le secteur de la santé et la majorité des déterminants de la santé se situent en grande partie en dehors du champ d'application direct de ce secteur. Il est donc peu probable que ces questions puissent être résolues par les seules actions mises en œuvre par le secteur de la santé.

La question de la pollution atmosphérique est un exemple. Au niveau mondial, un décès sur huit est lié à l'exposition à la pollution de l'air – qui provoque essentiellement des cardiopathies, des maladies respiratoires et des accidents vasculaires cérébraux (OMS, 2014a). Un ministère de la Santé ne peut lutter seul contre la pollution atmosphérique. Une collaboration avec de nombreux secteurs est indispensable, notamment ceux qui sont responsables de l'énergie utilisée par les ménages, de l'approvisionnement énergétique, des transports, de l'urbanisme, de l'habitat, de la gestion des déchets, de l'industrie et des municipalités au niveau local, régional et national. Comme il a été dit lors de la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, « La santé des personnes n'est pas de la seule responsabilité du secteur de la santé, c'est une question politique plus large » (OMS, 2013).

Le concept d'action intersectorielle évolue et a connu plusieurs phases de développement au cours de ces dernières années. On citera en bref pour mémoire :

- Un appel à l'action intersectorielle pour la santé inscrit dans la Déclaration d'Alma-Ata de l'OMS (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1978). Cette déclaration appelait le secteur de la santé à orienter

ses efforts en dépassant la médecine/les services d'urgence en milieu hospitalier pour privilégier les soins de santé primaires et les facteurs favorables à la santé, en particulier les déterminants tels que l'eau, la nourriture, l'éducation et le logement.

- Au cours de la décennie qui a suivi, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986 (OMS, 1986) recommandait la mise en place d'une politique de santé publique qui prenne en compte l'action intersectorielle concernant les principaux problèmes de santé, à savoir les défis environnementaux, la législation sur le tabac et l'alcool, ainsi que les inégalités entre les sexes.
- La troisième phase de l'action intersectorielle pour la santé s'est intensifiée pendant la présidence finlandaise de l'Union européenne en 2006, au cours de laquelle la Présidence a appelé tous les gouvernements européens à veiller à ce que les considérations sanitaires soient incluses dans toutes les politiques gouvernementales, en créant l'expression « la santé dans toutes les politiques » (Kickbusch & Buckett, 2010).

La santé dans toutes les politiques est définie comme suit :

« Une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé. »

OMS, 2013 ; Assemblée mondiale de la Santé, 2014.

L'Encadré 6.1 fournit des informations supplémentaires sur l'approche de la santé dans toutes les politiques relativement à l'action intersectorielle.

### Encadré 6.1 Définitions et concepts : La santé dans toutes les politiques

Stratégie qui permet la formulation de politiques publiques dans des secteurs autres que celui de la santé. Lorsqu'elle est appliquée, cette démarche peut corriger et améliorer les déterminants de la santé ou avoir une influence positive sur ceux-ci.

Approche systématique visant à prendre en compte les impacts des politiques publiques sur les déterminants de la santé, y compris les systèmes de santé, afin de mettre en œuvre les droits à la santé, de rechercher des synergies multisectorielles et d'améliorer la responsabilisation s'agissant de l'impact des politiques et, enfin la santé de la population et l'équité en santé.

Initiative axée sur l'amélioration de la santé de la population en agissant sur ses déterminants. La coopération, sur certains aspects de la santé, entre les différents secteurs concernés dans et en dehors du domaine de la santé publique, constitue un élément central. L'objectif commun est d'améliorer, de promouvoir ou de protéger la santé.

*Source : Tableau compilé à partir des réponses à une consultation publique en ligne, avec la contribution de l'OMS, en vue de donner une définition pratique pour la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, 2013 ; OMS, 2014b.*

De manière générale, l'action intersectorielle fait référence aux relations entre les secteurs gouvernementaux qui exigent de définir des valeurs, des mécanismes et des structures en commun pour prendre en compte les différences en termes d'origines disciplinaires, de culture organisationnelle, de hiérarchie politique et de rhétorique afin d'assurer à la population des services de meilleure qualité. Ces efforts visent des actions dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs. Cette **intersectorialité** constitue une exigence essentielle pour prendre en compte les inégalités et les déterminants sociaux de la santé.

Il existe plusieurs types ou niveaux de relations intersectorielles (Solar et al, 2009; Solar & Cunill, 2015) :

- **Relations basées sur les « informations » :** Dans cette catégorie, l'accent est mis sur l'échange d'informations entre les secteurs, telles que le

Exemples de concepts importants mis en exergue dans la définition :

- Approches/stratégies systémiques et durables ;
- Approche intersectorielle gagnant-gagnant et efficacité ;
- Impact sur les déterminants et les systèmes de santé ;
- Portée dans la politique publique ou au-delà ;
- Droits de l'homme ;
- Contexte et participation politiques ;
- Importance des communautés ;
- Importance du leadership ; et
- Suivi de l'évolution et de l'impact des politiques

partage des résultats d'une étude ou d'une analyse réalisée dans ce secteur. Cela peut être considéré comme une première étape dans un processus de travail intersectoriel, le partage ou la communication d'informations faisant partie d'une démarche de définition d'un langage commun en vue de parvenir à un dialogue et à une compréhension mutuelle.

- **Relations basées sur la « coopération » :** On entend par là l'interaction entre les secteurs pour des actions plus efficaces dans chaque secteur. Cela implique généralement de transformer la coopération fortuite, occasionnelle ou réactive en actions visant stratégiquement les problèmes face auxquels les activités des autres secteurs peuvent s'avérer décisives. Cela signifie souvent que c'est le secteur de la santé qui est à l'initiative. Ce type d'action intersectorielle intervient généralement au stade de l'application ou de la mise en œuvre du programme ou de la politique, et non de l'étape de formulation.

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

- **Relations basées sur la « coordination » :** Cela passe par un effort conjoint dans l'objectif d'ajuster les politiques et les programmes de chaque secteur dans le but d'améliorer l'efficience et l'efficacité. La coordination nécessite un réseautage horizontal entre les secteurs et comporte souvent une source de financement commune. Ce sont là des éléments importants, car la création de synergies (ou au moins éviter l'absence de synergies) au sein de l'administration publique nécessite d'avoir une vue plus large des questions ou des problèmes existants. La coordination se traduit par une interdépendance accrue entre les secteurs impliqués et donc également par une perte d'autonomie pour chacun.
- **Relations basées sur l' « intégration » :** Le travail intégré exige de définir une nouvelle politique

ou un nouveau programme en coopération avec d'autres secteurs, de sorte que la responsabilité et les tâches incombent à plusieurs secteurs. L'action intersectorielle intégrée suppose également le partage des ressources, des responsabilités et des actions, ce qui implique par conséquent solidarité ou partage du pouvoir. Dans cette perspective, l'intégration des politiques peut s'accompagner simultanément par une autonomie des secteurs, dans la mesure où la formulation, la conception et le financement des actions sont convenus et élaborés sur la base d'un objectif social commun et non sur celle d'exigences sectorielles particulières.

Le Tableau 6.1 montre les interrelations entre la santé et le bien-être et illustre les rôles des différents secteurs.

**Tableau 6.1 Interrelations entre la santé et le bien-être qui illustrent pourquoi l'action gouvernementale « conjointe » est nécessaire**

| Secteurs et enjeux          | Interrelations entre la santé et le bien-être   |
|-----------------------------|---|
| Économie et emploi          | <ul style="list-style-type: none"><li>La résilience économique et la croissance sont stimulées par une population en bonne santé. Les personnes jouissant d'une meilleure santé peuvent accroître leurs économies, sont plus productives au travail, peuvent saisir plus facilement les opportunités professionnelles et travailler plus longtemps.</li><li>Les opportunités de travail et d'emploi stable améliorent la santé de tous, dans l'ensemble des groupes sociaux.</li></ul>  |
| Sécurité et justice         | <ul style="list-style-type: none"><li>Les taux de violence, de mauvaise santé et de traumatisme augmentent au sein des populations qui ne bénéficient pas d'un accès approprié à l'alimentation, à l'eau, au logement, aux opportunités de travail et à un système de justice équitable. En conséquence, les systèmes de justice au sein des sociétés doivent gérer les conséquences d'un accès limité à ces besoins de base.</li><li>La prévalence des troubles mentaux (auxquels il faut ajouter les problèmes de consommation de drogue et d'alcool) est associée à la violence, à la criminalité et à l'emprisonnement.</li></ul> |
| Éducation et petite enfance | <ul style="list-style-type: none"><li>Un mauvais état de santé chez les enfants ou les membres de la famille a une incidence sur le niveau d'instruction, en réduisant le potentiel d'apprentissage et la capacité à résoudre les problèmes de la vie courante et à saisir les opportunités.</li><li>Pour les hommes comme pour les femmes, le niveau d'instruction contribue directement à une meilleure santé et à la capacité de participer pleinement à une société productive, grâce à des citoyens engagés.</li></ul>   |

| Secteurs et enjeux                           | Interrelations entre la santé et le bien-être  |
|--|--|
| Agriculture et alimentation                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>On améliore la sécurité alimentaire et la sécurité sanitaire des aliments en prenant en compte la santé dans la production, la fabrication, la commercialisation et la distribution des produits alimentaires, en renforçant la confiance des consommateurs et en garantissant des pratiques agricoles plus durables.</li> <li>Une alimentation saine joue un rôle essentiel dans la santé des individus. Par ailleurs, les produits alimentaires de qualité et les bonnes pratiques en matière de sécurité permettent de réduire la transmission des maladies de l'animal à l'homme et de favoriser les pratiques qui ont un impact positif sur la santé des travailleurs agricoles et des communautés rurales.</li> </ul> |
| Infrastructures, planification et transports | <ul style="list-style-type: none"> <li>La planification des routes, des transports et de l'habitat exige de prendre en considération les impacts sur la santé, car cette approche peut permettre de réduire les émissions coûteuses d'un point de vue environnemental et d'améliorer la capacité des réseaux de transport et leur efficacité en termes de mobilité des personnes, des biens et des services.</li> <li>La mise en place de moyens de transport plus adaptés, y compris pour les cyclistes et les piétons, favorise la construction de communautés plus sûres et plus vivables, en réduisant la dégradation de l'environnement, ce qui améliore la santé.</li> </ul>   |
| Environnement et viabilité dans le temps     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les politiques qui visent à modifier les habitudes de consommation des populations et à améliorer la santé humaine sont les plus efficaces pour optimiser l'utilisation des ressources naturelles et promouvoir la viabilité dans le temps.</li> <li>Au niveau mondial, un quart de l'ensemble des maladies évitables est dû aux conditions environnementales dans lesquelles les personnes vivent.</li> </ul>  |
| Habitat et services communautaires           | <ul style="list-style-type: none"> <li>La conception des logements et la planification des infrastructures qui prennent en compte la santé et le bien-être (ex. isolation, ventilation, espaces publics, enlèvement des déchets, etc.) et impliquent la communauté peuvent améliorer la cohésion sociale et le soutien aux projets de développement.</li> <li>Des logements bien conçus et accessibles ainsi que des services communautaires adaptés permettent de prendre en compte les déterminants fondamentaux de la santé pour les individus et les communautés défavorisées.</li> </ul>  |
| Accès aux terres et respect des cultures     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Un meilleur accès aux terres peut se traduire par une amélioration de la santé et du bien-être pour les peuples autochtones, car la santé et le bien-être de ces derniers sont spirituellement et culturellement liés à un profond sentiment d'appartenance à leur terre et à leur pays.</li> <li>L'amélioration de la santé des peuples autochtones peut permettre de renforcer les communautés et l'identité culturelle, d'améliorer la participation citoyenne et le maintien de la biodiversité.</li> </ul>   |

Source : Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques (OMS, Gouvernement de l'Australie méridionale, Adélaïde 2010).

L'engagement du secteur de la santé dans l'action intersectorielle en faveur de la santé coïncide avec une approche fondée sur les droits de l'homme. Le droit à la santé est un droit inclusif (OMS et HCDH, 2001). Ce droit englobe un grand nombre de facteurs qui influent sur la santé en agissant sur les

déterminants fondamentaux. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, l'organe chargé du suivi du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels mentionne la prise en compte des déterminants tels que ceux indiqués

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

ci-dessous, dans le cadre des efforts déployés pour garantir le droit à la santé (OMS et HCDH, 2001) :

- Eau potable et assainissement approprié ;
- Sécurité sanitaire des aliments ;
- Nutrition et logement adéquats ;
- Conditions de travail et environnementales respectueuses de la santé ;
- Éducation et information médicales ; et
- Égalité entre les sexes.

Le cas échéant pour le programme en cours d'examen, les secteurs/actions identifiés dans cette section peuvent être pris en compte dans les exercices de planification du programme et les interventions intersectorielles envisagées.

## La participation sociale dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme

« Il est ... essentiel de considérer le public pas simplement comme « le patient » dont le bien-être exige une attention particulière, mais également comme l'agent, dont les actions peuvent transformer la société. »

Drèze & Sen, 1989:279.

**La participation** constitue une **exigence pour amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible** (Potts, 2010). Cette exigence figure notamment dans la Constitution de l'OMS (Conférence internationale sur la Santé, 1946), dans la Déclaration d'Alma-Ata (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1978), dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986) ainsi que dans la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, 2011). L'importance d'une approche participative apparaît également dans la Déclaration des Nations Unies d'entente commune sur les approches fondées sur les droits de l'homme, ainsi que dans la stratégie globale et le cadre de l'OMS sur les services de santé intégrés et centrés sur la personne.

La Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé affirme que les approches participatives constituent une composante essentielle d'un système de santé permettant de remédier aux inégalités en santé (CSDH, 2008). Elle appelait à la mise en place de *modalités et de pratiques organisationnelles* qui impliquent les groupes de population et les organisations de la société civile (en particulier celles qui travaillent auprès de groupes défavorisés et marginalisés) dans les décisions et les actions visant à identifier, à traiter et à allouer les ressources répondant aux besoins en matière de santé.

La participation est un **principe transversal qui figure dans les traités internationaux sur les droits de l'homme** ainsi que dans les observations et les recommandations générales adoptées par les organes chargés du suivi de leur mise en œuvre (HCDH, 2012). Par principe, la participation a pour but de guider les responsables (c.-à-d. les gouvernements) dans leur mise en œuvre des droits de l'homme. En particulier, « Les États doivent encourager dans tous les domaines la participation populaire, qui est un facteur important du développement et de la pleine réalisation de tous les droits de l'homme » (HCDH, 2012). Ils veilleront notamment à garantir que toutes

les sous-populations, en particulier les groupes vulnérables et marginalisés, aient l'opportunité de participer activement. De ce fait, la gouvernance des systèmes de santé devrait inclure la mise en place de plateformes permettant aux communautés de participer à la conception, à l'application, à la surveillance et à l'évaluation des stratégies sanitaires au niveau national (Potts, 2010).

S'agissant de la participation sociale, il incombe à l'État de créer les espaces et les conditions de participation sociale appropriés, afin de permettre aux communautés vulnérables de mieux prendre en main les déterminants matériels, sociaux et politiques de leur propre bien-être (Potts, 2010). La prise en compte de cette préoccupation est fondamentale et constitue une part importante de ce que sera l'orientation de l'action politique sur l'équité en santé. Bien que la nécessité de responsabilisation et d'engagement des communautés soit largement reconnue, le processus proprement dit comporte de nombreuses difficultés. Alors même que ces stratégies débutent souvent simplement par la communication d'informations ou la participation, elles n'aboutissent pas toujours à une véritable collaboration ou action communautaire. Il est également problématique de permettre à la communauté d'exercer un véritable contrôle lorsque les programmes sanitaires ou les objectifs d'un programme ont été établis sans qu'elle soit consultée.

Au cours du processus d'examen sur la manière dont les programmes de santé peuvent mieux intégrer les approches participatives, il convient de poser les questions suivantes :

- Quel est le type de participation souhaité, quelle serait sa fonction et de quel point de vue ?
- Les hommes et les femmes ont-ils participé à parts égales – à la fois en tant que bénéficiaires et que membres du personnel du programme ? Le programme prend-il en compte la façon dont les différences entre les sexes et d'autres normes socioculturelles peuvent entraver la participation des hommes ou des femmes et traite-t-il ces questions comme il faut ?
- Quel est le niveau ou le degré de participation (ex. de l'information à la responsabilisation) ?

- À quelles phases du cycle du programme la participation intervient-elle (ex. évaluation des besoins, planification, mise en œuvre, surveillance et évaluation) et à quels niveaux (local, district/État, national) ?
- Comment les approches participatives s'appliquent-elles au quotidien, et comment s'inscrivent-elles dans les fonctions du personnel de santé ?
- Qui, parmi la population cible, a la possibilité de participer (c.-à-d. les opportunités sont-elles équitables) ?
- Quels sont les mécanismes et les ressources dont le programme a besoin pour favoriser la participation sociale ?
- Outre le programme, comment la participation sociale est-elle encouragée dans l'ensemble du système de santé et à l'extérieur de celui-ci ?

Certaines de ces questions font l'objet d'une analyse plus détaillée dans cette étape.

**Types et fonctions de participation** : Il existe un grand nombre de conceptualisations et de modèles pour analyser les types et les fonctions de participation. Le Tableau 6.2 illustre les fonctions que les différents types de participation peuvent avoir. Lors de la conception des approches participatives, les autorités de santé doivent impérativement avoir une compréhension claire de la fonction souhaitée. Dans le cas contraire, les efforts déployés n'auront peut-être pas les effets attendus. Dans le cadre de la participation dans le contexte d'une approche fondée sur les droits de l'homme, cette fonction devra être aussi « transformante » que possible (voir dernière rangée), l'objectif initial et l'objectif final de la participation (à la fois des responsables du programme de santé concernés et de la population engagée) étant la responsabilisation. Dans un objectif de responsabilisation, la participation transformante a pour fonction principale « d'acquérir des capacités politiques, une conscience critique et de la confiance, pour permettre aux personnes d'exiger leurs droits et d'améliorer la responsabilisation ».

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

Tableau 6.2 Types et fonctions de participation

| Type de participation     | Fonction principale du type de participation   | Intérêt pour la santé ou le programme | Intérêt de la population                        |
|---------------------------|--|---------------------------------------|---|
| Nominale ou fonctionnelle | Associer les personnes aux projets ou aux processus, afin d'en garantir la conformité, de limiter les divergences et de conférer une légitimité                | Légitimité                            | Inclusion                                       |
| Contributive              | Permettre une application plus efficace des projets ou des interventions, en associant les contributions et en déléguant les responsabilités                   | Efficience                            | Réduction des coûts par l'accès aux prestations |
| Représentative            | Être en phase avec l'opinion et les valeurs du public, recueillir les bonnes idées, désamorcer l'opposition, améliorer la réactivité                           | Viabilité et information              | Influence et responsabilisation                 |
| Transformative            | Acquérir des capacités politiques, une conscience critique et de la confiance, permettre aux personnes d'exiger leurs droits ; améliorer la responsabilisation | Autonomisation                        | Autonomisation                                  |

Sources : Adapté de Villalba Egiluz 2008:301; sur la base des travaux de White, 1996 ; et de Gaventa & Cornwall, 2001.

Comme il a été dit plus haut, l'objectif de la fonction « transformative » est l'autonomisation. « L'autonomisation » est un terme qui fait débat et qui recouvre de nombreuses définitions (Ibrahim & Alkire, 2007). Une définition communément utilisée est la suivante : « l'augmentation des ressources et des possibilités des pauvres afin de leur conférer, vis-à-vis des institutions qui affectent leur vie, un pouvoir de participation, de négociation, d'influence, de contrôle et de responsabilisation » (Narayan, 2005).

Cette définition et d'autres font ressortir deux éléments distincts. Le premier a trait au rôle d'agent<sup>1</sup> (déterminé par les ressources et les aptitudes des personnes) et le second renvoie à l'environnement

institutionnel (qui offre aux personnes l'opportunité d'exercer un rôle d'agent) (Narayan, 2005). Dans la conception d'approches participatives, les autorités de santé doivent être attentives à ces deux éléments qui sont indissociables et se renforcent mutuellement. La reconnaissance de ces deux éléments distincts va dans le sens d'une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme (OMS et HCDH, 2001), qui met notamment l'accent sur les points suivants :

- Autonomiser les personnes afin de connaître et de faire valoir leurs droits ;
- Accroître la capacité et la responsabilisation des individus et des institutions en charge du respect, de la protection et de la réalisation des droits.

**Niveaux de participation** : Il existe différentes classifications des niveaux de participation ; l'une d'elles utilise une échelle qui va de l'information jusqu'à la responsabilité dans la prise de décision en passant par la consultation, l'implication et la collaboration (IAP2, 2007). Indépendamment de la classification des niveaux de participation, il est important de reconnaître que chaque niveau correspond à un ensemble d'activités différent.

<sup>1</sup> Amartya Sen, dans son développement de l'approche par les capacités décrit le rôle d'agent en ces termes : « ce qu'une personne est libre de faire et d'accomplir dans la poursuite des objectifs ou des valeurs qu'il ou elle considère comme importants » (Sen, 1985).

Cette définition établit un lien entre le rôle d'agent et la capacité à participer aux actions économiques, sociales et politiques. Amartya Sen, dans son développement de l'approche par les capacités décrit le rôle d'agent en ces termes : « ce qu'une personne est libre de faire et d'accomplir dans la poursuite des objectifs ou des valeurs qu'il ou elle considère comme importants » (Sen, 1985).

Cette définition établit un lien entre le rôle d'agent et la capacité à participer aux actions économiques, sociales et politiques.

**Application d'une approche participative à l'ensemble du cycle du programme :** De la même façon, en pratique, les niveaux de participation peuvent varier au cours du cycle d'un programme. Par exemple, les niveaux peuvent varier au cours des phases d'évaluation des besoins et de planification, de mise en œuvre, de surveillance et d'évaluation. Il peut y avoir certaines phases au cours desquelles, par exemple, le niveau de participation sociale est davantage axé sur « l'information » et d'autres où il s'agit plus de « collaboration ». Toutefois, dans le cadre d'une approche de la participation fondée sur les droits de l'homme, les autorités de santé doivent réfléchir à la manière de favoriser les niveaux de participation dans l'ensemble du cycle du programme.

L'intégration de plateformes et de mécanismes de participation sociale nécessite l'allocation de ressources, financières et humaines, ainsi que la mise en place de cadres programmatiques et politiques allant dans ce sens. Cela est particulièrement vrai si la participation sociale devient une composante intégrale et continue/à long terme du mode de fonctionnement du programme.

**Opportunités de participation équitables :** Il est important de savoir qui participe, et si les plateformes de participation mises en place n'excluent pas de fait involontairement des personnes. Les sous-populations qui ont un niveau d'éducation plus faible et/ou qui sont illétrées, qui vivent dans des régions éloignées/difficiles d'accès, ont moins accès aux technologies de l'information, sont centrées sur la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. De ce fait, elles peuvent éprouver des difficultés pour participer, même si des plateformes prévues à cet effet existent. De même, on constate qu'il existe des normes, des rôles et des relations sexospécifiques qui entraînent des relations de pouvoir et/ou limitent les opportunités d'engagement sur les plateformes participatives. En particulier, lorsque les autorités de santé envisagent la participation sociale comme un moyen de réduire les inégalités en santé, il est conseillé de favoriser activement les opportunités de participation équitable en mettant en place des mécanismes et des plateformes qui soient accessibles et adaptés aux sous-populations plus marginalisées et qui prennent en compte leurs conditions de vie quotidienne et les normes culturelles et sexospécifiques.

## Étape 6 Lectures et ressources complémentaires

Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Gouvernement de l'Australie méridionale, OMS, Adélaïde 2010. Disponible : [https://www.who.int/social\\_determinants/french\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf?ua=1](https://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf?ua=1) (consulté le 25 février 2016).

Potts H (2010). Participation and the right to the highest attainable standard of health. Human Rights Centre: University of Essex. Disponible : <http://repository.essex.ac.uk/9714/1/participation-right-highest-attainable-standard-health.pdf> (consulté le 26 février 2016).

WHO (2014b). Demonstrating a health in all policies analytic framework for learning from experiences: based on literature reviews from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104083/1/9789241506274\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104083/1/9789241506274_eng.pdf) (consulté le 26 février 2016).

WHO (2014c). Social Determinants of Health (website) – Social participation. Disponible : [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/) (consulté le 1<sup>er</sup> mars 2016).

# **CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6**

## **EXEMPLES D'ÉTUDE DE CAS DE L'ÉTAPE 6 EXTRAITS DES APPLICATIONS D'UN PROGRAMME NATIONAL**

### **Programme de lutte contre la marée rouge au Chili**

Le programme national de lutte et de prévention de l'intoxication par la prolifération d'algues, également appelée marée rouge, mis en place par le Chili, fait partie des six programmes ayant fait l'objet de l'initiative d'examen et de révision en 2009/2010. Il s'agit d'un programme de salubrité de l'environnement qui a pour but de prévenir la morbidité et la mortalité dues à la paralysie respiratoire provoquée par la consommation de crustacés contaminés. Les composantes des interventions mises en œuvre au niveau national ainsi que par des comités marée rouge régionaux et locaux incluent : la surveillance des zones de récolte ; la sensibilisation et l'information ; ainsi que le contrôle et la surveillance des produits avant consommation (voir encadrés jaunes à la Figure 6.2).

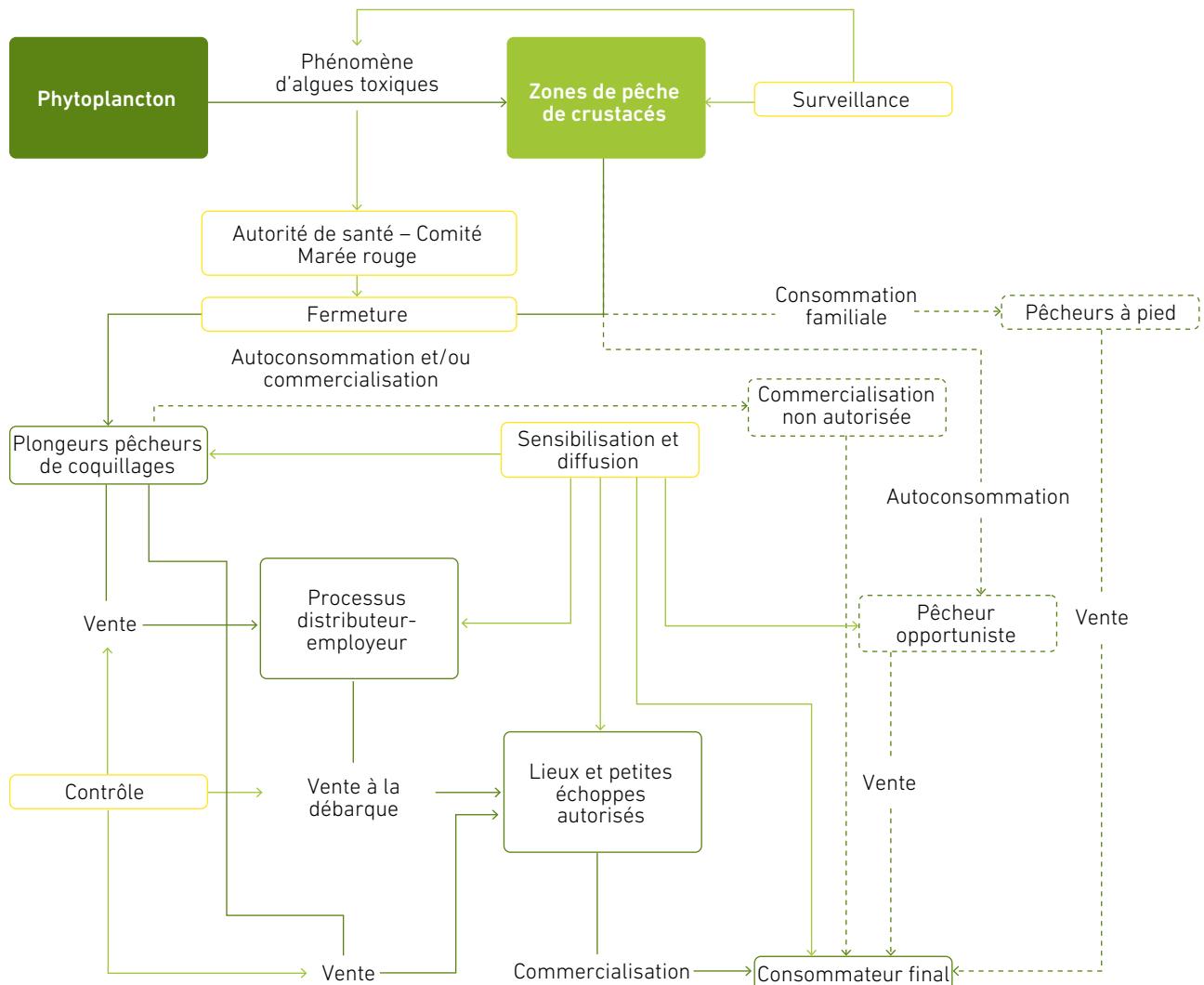
Dès lors que le niveau de toxines détecté dépasse les seuils autorisés, les autorités de santé interdisent la pêche et la vente de crustacés provenant des zones touchées. Globalement, le programme s'est avéré efficace puisque aucun décès dû aux toxines d'algues

n'a été signalé sur plusieurs années, bien que des cas de gastroentérites – peut-être liés au cancer – aient été enregistrés dans les statistiques officielles.

Du point de vue de l'équité, l'examen a conclu que de manière générale, les mesures du programme offraient une égale protection à tous, même si certaines sous-populations vivant dans des régions éloignées n'étaient pas couvertes par la surveillance environnementale ou n'étaient pas correctement informées. Cependant, la fermeture des zones de pêche a eu des conséquences socio-économiques sur les pêcheurs et les plongeurs installés sur la côte, qui perdaient leurs moyens de subsistance à chaque fois que le ministère de la Santé décrétait cette mesure. Les conditions de vie du peuple autochtone Kawéskar (Alacalufe) qui vit presque exclusivement de la pêche de crustacés ont été particulièrement touchées.

Cette analyse a mis en évidence les interactions contextuelles des interventions du programme et leurs conséquences sur différentes sous-populations.

**Figure 6.2 Interactions contextuelles des interventions du programme de lutte contre la marée rouge et leurs conséquences sur différentes sous-populations**



Au vu des premières conclusions, l'équipe d'examen a reconnu la nécessité que le programme :

- Garantisson l'équité d'accès à la surveillance environnementale et à des informations appropriées (pertinentes d'un point de vue culturel et traduites dans les langues autochtones) ; et
  - Prenne en compte les conséquences socio-économiques de ses interventions, en particulier l'interdiction de la pêche qui avait entraîné du chômage, un rejet des mesures et des activités clandestines de la part des sous-populations touchées.

#### **Proposition d'action avec d'autres secteurs**

L'analyse a conclu que le secteur de la santé avait une responsabilité non seulement en ce qui concerne les résultats sanitaires du programme, mais devait également favoriser l'action intersectorielle et la participation sociale afin de tenir compte des conséquences socio-économiques des interventions. Cela impliquait de renforcer la collaboration avec d'autres secteurs tels que le Service national de la pêche, le ministère du Travail et le ministère du Développement social en les intégrant dans les comités marée rouge, sans oublier les représentants des communautés, afin d'élaborer des plans d'atténuation.

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

## Le programme de santé sexuelle et générésique de l'adolescent mis en place au Népal

En 2015, un examen a été réalisé afin de déterminer comment le programme national de santé sexuelle et générésique de l'adolescent (ASRH) mis en place au Népal pouvait mieux prendre en compte les questions d'équité, d'égalité hommes-femmes, de droits de l'homme et de déterminants sociaux de la santé, et par conséquent de s'assurer « qu'aucun adolescent ne soit laissé de côté ». Cet examen a été dirigé par la division santé de la famille du ministère de la Santé et de la Population népalais, avec l'appui de l'OMS et du Forum sur la recherche en santé et le développement social (HERD) et en liaison avec d'autres membres d'une équipe d'examen interdisciplinaire. Le programme de santé sexuelle et générésique de l'adolescent s'inscrit dans une stratégie plus large axée sur la santé et le développement de l'adolescent.

Ce programme national a été conçu pour toucher l'ensemble des adolescents. Cela dit, en raison de différents facteurs tels que les contraintes budgétaires et le manque de ressources humaines, de nombreuses sous-populations d'adolescents n'ont toujours pas accès à des services adaptés à cette tranche d'âge. La majorité des jeunes vivent dans des zones rurales. Dans les populations rurales, le taux de fécondité par âge parmi les jeunes femmes entre 15 et 19 ans est deux fois plus élevé qu'en milieu urbain. Cependant, actuellement les services adaptés aux adolescents sont principalement concentrés dans les établissements de santé bien équipés situés dans les zones facilement accessibles.

Suite à l'analyse réalisée sur les « sous-populations laissées de côté par le programme ou qui en bénéficient moins », l'équipe d'examen a identifié des sous-populations « rurales, difficiles à atteindre » devant faire l'objet d'une analyse plus approfondie aux étapes suivantes de l'examen. Par ailleurs, d'autres groupes comme les habitants de taudis urbains et les minorités ethniques ont également été considérés comme importants et recoupent cette sous-population. L'équipe a estimé que la participation sociale de ces adolescents à toutes les phases du programme, planification, mise en œuvre, surveillance et évaluation constituait un élément primordial pour améliorer l'ensemble du programme et pour une

meilleure prise en compte des questions d'équité, de parité hommes-femmes et des droits de l'homme.

### **Proposition d'interventions destinées à favoriser la participation sociale dans le cadre du programme**

L'équipe d'examen a considéré que la participation sociale était importante dans la mesure où elle permet à la communauté de mieux s'approprier le programme qui fera l'objet d'un suivi par la population cible. Le programme de santé sexuelle et générésique de l'adolescent a garanti la participation sociale en impliquant différents partenaires, tels que les professeurs des écoles, les travailleurs et les responsables sociaux au niveau local ainsi que les adolescents, dans le cadre des comités locaux du forum de la santé. Cela dit, selon les lignes directrices pour la mise en œuvre de ce programme (2011) l'implication d'adolescents en qualité de participants n'est pas obligatoire et leur intégration, comme membres invités des comités locaux du forum de la santé est facultative. L'équipe d'examen a estimé qu'en plus de la pleine participation des adolescents des deux sexes à ces comités, d'autres mécanismes devraient associer les adolescents et les jeunes à l'ensemble des activités dans le domaine de la santé sexuelle et générésique de l'adolescent.

Afin de prendre en compte les questions d'équité, de parité hommes-femmes, de droits de l'homme et de déterminants sociaux de la santé dans le programme sur la santé sexuelle et générésique de l'adolescent, en vue de renforcer la participation, l'équipe d'examen a proposé les mécanismes suivants :

- Les adolescents devraient être membres à part entière des comités du forum de la santé au niveau local (un jeune homme et une jeune femme).
- Formation, coordination et mobilisation des clubs pour enfants et des cercles de la Croix-Rouge pour les jeunes.
- Assurer une participation effective des dirigeants de la société et des adolescents à chaque étape du

programme (conception, mise en œuvre, surveillance et évaluation).

- Modifier les lignes directrices et les protocoles afin de garantir la participation de tous les partenaires concernés.
- Mener une action de sensibilisation auprès de la communauté sur l'importance de la santé sexuelle et génésique de l'adolescent.

L'équipe d'examen a identifié un certain nombre de facteurs favorables et défavorables liés au renforcement de la participation sociale concernant la santé sexuelle et génésique de l'adolescent que ces propositions pourraient prendre en compte (voir Tableau 6.3).

**Tableau 6.3 Facteurs favorables et défavorables concernant la participation sociale**

| Facteurs favorables   | Facteurs défavorables  |
|---|--|
| Le Ward Citizen Forum est présent dans chaque district  | La santé sexuelle et génésique de l'adolescent est perçue comme étant moins importante                   |
| Dans chaque district, les mobilisateurs sociaux sont impliqués dans les organes décisionnaires    | Autonomisation insuffisante des adolescents dans l'exercice de leurs droits et de leurs devoirs          |
| Clubs pour enfants, Croix-Rouge Junior, etc.  | Perception négative des questions liées à la santé sexuelle et génésique de l'adolescent dans la société |
| Les adolescents sont invités dans différents organismes tels que les comités du forum de la santé |  |

Source : Ministère de la Santé et de Population, Népal, 2016.

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

## RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 6

Le Tableau 6.4 décrit les activités qui seront développées par l'équipe d'examen afin de finaliser l'Étape 6. Il indique également les questions qui vont orienter les activités et les méthodes utilisées.

**Tableau 6.4 Résumé des activités de l'Étape 6 : Considérer l'action intersectorielle et la participation sociale comme des éléments centraux**

| Questions  | Composantes de l'activité  | Méthodes   |
|--|--|--|
| <b>Activité 1 : Identifier et décrire l'action intersectorielle aux phases principales du programme</b>  |  |  |
| Quels secteurs sont pertinents en termes de résultat du programme ? Quels sont les plus pertinents ? Quel est leur niveau d'engagement par rapport au secteur de la santé et au programme ?  | <ul style="list-style-type: none"><li>Identifier les secteurs qui concernent les phases principales du programme et classer par ordre d'importance trois secteurs.</li><li>Définir le type de relation que le secteur de la santé entretient avec ces secteurs.</li><li>Identifier les facteurs favorables et les obstacles à l'action intersectorielle.</li></ul>   | Temps de réflexion entre les membres de l'équipe d'examen<br>Analyse des sources de données complémentaires<br>Échanges entre les membres de l'équipe d'examen   |
| <b>Activité 2 : Hiérarchiser et développer/améliorer l'action intersectorielle aux phases principales du programme</b>   |  |  |
| Quels secteurs sont les plus pertinents à chaque phase principale pour prendre en compte les obstacles et les inégalités en santé qui ont été mis en lumière ? Quelles actions ou interventions d'autres secteurs sont nécessaires pour prendre en considération les obstacles et les inégalités en santé identifiés ? | <ul style="list-style-type: none"><li>Analyser les raisons, les mécanismes et les modèles principaux à l'œuvre dans le secteur de la santé afin de développer l'action intersectorielle pour les secteurs identifiés.</li><li>Identifier des recommandations et des moyens spécifiques que le secteur de la santé et d'autres secteurs prioritaires peuvent faciliter.</li><li>Proposer des méthodes afin de transmettre aux autres secteurs la nécessité de s'engager.</li></ul>  | Temps de réflexion entre les membres de l'équipe d'examen<br>Examen des bases factuelles et analyse des données<br>Analyse et interprétation des données<br>Délibérations entre les membres de l'équipe d'examen |
| <b>Activité 3 : Décrire l'approche suivie par le programme en matière de participation sociale</b>   |  |  |
| Quelles phases du programme présentent une possibilité de participation sociale ? Quel est l'intérêt ou le but de cette participation dans le cadre du programme de santé ?  | <ul style="list-style-type: none"><li>Décrire les types de participation sociale actuellement appliqués par le programme.</li><li>Identifier les facteurs favorables et les obstacles en matière de participation sociale, y compris les facteurs sexospécifiques et socioculturels.</li><li>Identifier les manières dont le programme intègre actuellement la participation sociale tout au long du cycle du programme.</li><li>Identifier les moyens actuellement mis en œuvre par le programme pour offrir des possibilités de participation équitable.</li></ul> | Temps de réflexion entre les membres de l'équipe d'examen<br>Examen des bases factuelles et analyse des données  |

| Questions   | Composantes de l'activité   | Méthodes  |
|---|---|---|
| <b>Activité 4 : Hiérarchiser et développer/améliorer les actions de participation sociale aux phases principales du programme social qui contribuent à prendre en compte les obstacles et les facteurs favorables</b> |   |   |
| Quelles recommandations devraient être formulées en ce qui concerne l'amélioration de la participation sociale ?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Formuler des recommandations spécifiques et proposer des mécanismes afin d'améliorer la participation sociale dans le cadre du programme.</li> <li>Proposer des méthodes pour informer les partenaires du rôle crucial que joue la participation sociale.</li> </ul> | Temps de réflexion entre les membres de l'équipe d'examen |

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

## GUIDE DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 6

Les exercices de l'Étape 6 ont pour objectif premier de susciter des échanges et une réflexion au sein de l'équipe d'examen dans le but de considérer l'action intersectorielle et la participation sociale comme des éléments essentiels à chaque phase principale du programme afin de s'attaquer aux obstacles à l'accès et aux inégalités en santé identifiés. L'équipe d'examen devra identifier les interventions ou les activités à mettre en œuvre en coopération avec ces

secteurs et les partenaires de la communauté et de la société civile. Sur la base de ses connaissances et de son expérience, l'équipe d'examen pourra passer en revue les conclusions de la liste de contrôle et aussi les documents du programme et les sources de données disponibles complémentaires, en fonction de la faisabilité et de la pertinence de cette démarche, dans le contexte de formation et du temps de suivi alloué au travail sur ces exercices.

### TRAVAIL INTERSECTORIEL

#### ACTIVITÉ 1

##### Identifier et décrire l'action intersectorielle aux phases principales du programme

Sur la base des connaissances et des expériences des membres de l'équipe d'examen, **quels secteurs peuvent ou non influer sur le résultat du programme en raison de leur niveau élevé ou faible d'intérêt et d'influence ?**

**1.a.** Pour réaliser cette tâche, l'équipe d'examen pourra se reporter à la question 11 de la liste de contrôle, correspondant au travail intersectoriel ; le(s) autre(s) secteur(s) et partie(s) prenante(s) identifiés à l'Étape 5 ; et celles

se rapportant aux obstacles et aux facteurs favorables identifiés à l'Étape 4. L'équipe d'examen devra ensuite consigner ses réponses dans le tableau ci-dessous.

| <b>Nom du secteur ou de la partie prenante</b> | <b>Influence/impact sur le résultat du programme</b><br>(Élevé(e) ou faible) | <b>Intérêt/enjeu en question</b><br>(Élevé ou faible) | <b>Position probable par rapport au programme</b><br>(positive, négative, conflit) | <b>Engagement dans quelle phase du programme</b> |
|--|--|---|--|--|
| 1.   |  |   |  |  |
| 2.   |  |   |  |  |
| 3.   |  |   |  |  |
| 4.   |  |   |  |  |
| 5.   |  |   |  |  |
| 6.   |  |   |  |  |
| 7.   |  |   |  |  |
| 8.   |  |   |  |  |
| 9.   |  |   |  |  |
| 10.  |  |   |  |  |

Source: Adapté de : Module 7 : Le rôle des parties prenantes non gouvernementales dans la SdT/TP/approche pansociétale (OMS, 2015 :93–108).

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

**1.b.** Sur la base des connaissances et des expériences des membres de l'équipe d'examen, **quel type de relation le secteur de la santé ou le programme établit-il avec d'autres secteurs ?** À l'aide du tableau ci-dessous, veuillez indiquer un type de relation principal pour chaque secteur.

| Type de relation entre le secteur de la santé et d'autres secteurs | Éducation | Planification sociale | Protection sociale | Affaires féminines | Travail | Habitat | Agriculture | Financement | Autre(s) secteur(s) selon les cas |
|--|-----------|-----------------------|--------------------|--------------------|---------|---------|-------------|-------------|-----------------------------------|
| Information  |           |                       |                    |                    |         |         |             |             |                                   |
| Coopération  |           |                       |                    |                    |         |         |             |             |                                   |
| Coordination   |           |                       |                    |                    |         |         |             |             |                                   |
| Intégration  |           |                       |                    |                    |         |         |             |             |                                   |

**1.c.** Rédigez votre réponse dans le cadre ci-dessous en une ou deux phrases par secteur.

**1.d. Identifier les trois secteurs susceptibles d'avoir l'impact le plus important sur les résultats du programme, en vue de surmonter les obstacles et de réduire les inégalités, en se référant au premier tableau de cette activité (concernant le niveau d'influence).**

**1.e. Compte tenu de votre expérience, quels sont les principaux facteurs favorables qui permettent de réaliser le travail intersectoriel [avec le secteur \_\_\_\_\_] par rapport au programme ?** Réaliser cet exercice pour chacun des trois secteurs identifiés comme prioritaires à l'exercice précédent.

**1.f. Compte tenu de votre expérience, quels sont les principaux obstacles à la réalisation du travail intersectoriel [avec le secteur \_\_\_\_\_] par rapport au programme ?** Se reporter aux réponses indiquées dans la liste de contrôle sur les défis et voir si l'équipe a des précisions à ajouter. Réaliser cet exercice pour chacun des trois secteurs identifiés comme prioritaires.

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

## ACTIVITÉ 2

Hiérarchiser et développer/améliorer l'action intersectorielle aux phases principales du programme

À l'activité précédente, l'équipe d'examen a identifié trois secteurs avec lesquels un renforcement de la collaboration serait bénéfique. Il convient à présent de mieux comprendre la manière dont le programme a fonctionné jusqu'à présent avec d'autres secteurs. Si des actions intersectorielles sont mises en œuvre,

l'équipe d'examen devra s'attacher à définir les raisons, les mécanismes et les modèles principaux qui sous-tendent l'engagement avec cet autre secteur. Le Tableau ci-dessous constitue une aide dans ce sens.

**2.a.** Ce tableau doit être complété pour les trois principaux secteurs que l'équipe d'examen a classés en priorité.

| Décrire le secteur analysé                           |   |        |                   |
|--|---|--------|-------------------|
| Questions  | Domaine   | Cocher | Brève description |
| Quel est le but ou l'objectif de cette coopération ? | Atteindre une meilleure couverture  |        |                   |
|  | Obtenir des conseils concernant la définition de politiques ou de réglementations |        |                   |
|  | Lancer une campagne   |        |                   |
|  | Résoudre un problème/des questions en particulier                                 |        |                   |
|  | Mettre en place une planification conjointe pour réaliser des objectifs communs   |        |                   |
|  | Autres (préciser)   |        |                   |
| Quel est l'objet du partage ?                        | Partage et échange d'informations   |        |                   |
|  | Partage d'activités et de ressources*   |        |                   |
|  | Partage du pouvoir et de capacités*   |        |                   |
|  | Partage de l'autorité*  |        |                   |

| Décrire le secteur analysé  |  |        |                   |
|---|--|--------|-------------------|
| Questions   | Domaine  | Cocher | Brève description |
| <b>Quand et comment le travail intersectoriel est-il mis en application ?</b> | Le travail intersectoriel intervient de manière fortuite ou en réaction à un problème ou à une situation   |        |                   |
|   | Le travail intersectoriel a principalement pour but d'aider à mettre en œuvre des programmes   |        |                   |
|   | Le travail de coopération comprend la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation des actions, mais uniquement à des moments ou dans des circonstances spécifiques. On constate par exemple l'existence d'une planification conjointe qui débouche sur l'élaboration de plans et de budgets pour chaque secteur, alors même qu'un plan intégrant l'ensemble des secteurs n'existe pas. |        |                   |
|   | La coopération doit couvrir l'ensemble du cycle d'une politique, allant de la formulation à l'évaluation du travail en passant par la mise en œuvre, tout au long dudit cycle, et s'accompagner de missions politiques de haut niveau, de structures de soutien et de lignes directrices intégrant l'ensemble des secteurs   |        |                   |

\* Source : Adapté de Bryson et al, 2006.

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

Sur la base des connaissances et des expériences des membres de l'équipe d'examen, veuillez répondre à la question suivante.

**2.b. Quelles actions ou interventions d'autres secteurs sont nécessaires pour prendre en compte les obstacles et les inégalités en santé identifiés ?** Réaliser cet exercice pour chacun des trois secteurs identifiés comme prioritaires.

| Secteur identifié (autre que celui de la santé) | Quelle est l'action spécifiquement recommandée concernant l'autre secteur ? | Que devrait faire le secteur de la santé pour permettre/faciliter cette action ? |
|---|---|--|
|   | 1.  |  |
|   | 2.  |  |
|   | 3.  |  |
|   | 4.  |  |

**2.c. Vous devez à présent réfléchir aux actions de communication et de sensibilisation en collaboration avec les autres secteurs afin de parvenir au niveau de participation souhaité.** Pour chacun des trois secteurs prioritaires, rédigez un paragraphe dans lequel vous exposerez les arguments avancés par l'équipe pour les convaincre de participer.

## LA PARTICIPATION SOCIALE

### ACTIVITÉ 3

Décrire l'approche suivie par le programme en matière de participation sociale

Sur la base des connaissances et des expériences des membres de l'équipe d'examen, veuillez répondre aux questions suivantes.

**3.a. Quelles phases du programme incluent actuellement la participation sociale ?**

**3.b. Quel est l'intérêt ou le but de cette participation dans le cadre du programme de santé ?** Indiquez le type de participation sociale appliquée aux différentes phases principales du programme et expliquez. Veuillez vous reporter au Tableau 6.2 figurant dans les références de lecture pour trouver des explications sur les types de participation.

| Phase principale du programme | Type de participation sociale |            |                          |                |
|-------------------------------|-------------------------------|------------|--------------------------|----------------|
|                               | Légitimité                    | Efficience | Viabilité et information | Autonomisation |
|                               |                               |            |                          |                |
|                               |                               |            |                          |                |
|                               |                               |            |                          |                |
|                               |                               |            |                          |                |

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

**3.c. Par quels moyens le programme intègre-t-il maintenant la participation sociale dans le cycle du programme général, c'est-à-dire l'évaluation des besoins, la planification, la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation du programme ?**

| Composante du cycle du programme | Moyens par lesquels la participation sociale est actuellement intégrée | Comment l'équipe d'examen pense-t-elle pouvoir améliorer cette situation ? |
|----------------------------------|--|--|
| Évaluation des besoins           |  |  |
| Planification                    |  |  |
| Mise en œuvre                    |  |  |
| Suivi et évaluation              |  |  |

**3.d. Si le programme intègre désormais la participation sociale, comment prend-il des mesures spécifiques pour garantir des opportunités de participation équitables pour les hommes et pour les femmes appartenant à des sous-populations différentes ?** Par exemple, quels efforts sont faits pour s'assurer de la faisabilité de la participation pour les sous-populations pauvres et illettrées vivant dans des zones rurales et éloignées, et pas uniquement pour les populations urbaines, plus aisées et plus instruites ? Le programme prend-il en compte la façon dont les différences entre les sexes et d'autres normes socioculturelles peuvent constituer un frein à la participation sociale et traite-t-il ces questions de manière appropriée ?

**3.e. Sur la base des connaissances et des expériences des membres de l'équipe d'examen, quels sont les principaux facteurs favorables pour garantir la participation sociale ?**

**3.f. Sur la base des connaissances et des expériences des membres de l'équipe d'examen, quels sont les principaux obstacles qui entravent le travail de participation sociale relativement au programme ?** Veuillez vous reporter au travail déjà effectué à partir de la liste de contrôle et le compléter. En répondant à cette question, vous devez également réfléchir à la participation sociale de la sous-population prioritaire.

## ACTIVITÉ 4

Hiérarchiser et développer/améliorer les actions de participation sociale aux phases principales du programme social qui contribuent à prendre en compte les obstacles et les facteurs favorables

**4.a.** Pour chaque phase principale du programme et relativement à la sous-population prioritaire, l'équipe devra développer les points suivants : **Quels mécanismes, actions ou recommandations devraient être mis en œuvre**

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

concernant l'amélioration de la participation sociale (c.à-d. en reconnaissant que la participation est à la fois un droit fondamental de l'être humain et un levier pour ne laisser personne de côté) ?

| Action ou recommandation spécifique pour intégrer la participation sociale dans la révision du programme de santé | Que devrait faire le secteur de la santé pour faire en sorte que cela devienne réalité ? |
|---|--|
|   |  |

**4.b. L'équipe doit maintenant réfléchir à des méthodes pour informer les parties prenantes du rôle crucial que joue la participation sociale.** Veuillez rédiger un paragraphe détaillant les arguments en vue de communiquer cette proposition.

## PRODUITS DE L'ÉTAPE 6

### Félicitations, l'équipe d'examen a terminé l'analyse de l'Étape 6 !

Il est conseillé à l'équipe d'examen de **résumer les produits de l'Étape 6 dans un rapport concis (environ deux à cinq pages)** pendant qu'elle a bien à l'esprit les conclusions de l'analyse. Le résumé des produits devra restituer de manière claire et succincte les conclusions et les décisions principales de l'équipe d'examen pour l'ensemble des activités prévues dans cette étape. Vous utiliserez ces résumés au cours des différentes étapes jusqu'à la fin du processus d'examen à l'Étape 7, « en vue de les rassembler » lors de la rédaction des propositions de révision et du rapport final sur le processus d'examen.

Le résumé des produits de l'Étape 6 devra comporter les éléments suivants :

- Description de l'action intersectorielle menée actuellement dans le cadre du programme (en précisant quels secteurs, le type de relation ainsi que les raisons, les mécanismes et les modèles principaux qui sous-tendent cet engagement et d'autres détails).
- Description des principaux obstacles et facteurs favorables à l'action intersectorielle par rapport au programme.
- Présentation des propositions/recommandations de l'équipe d'examen pour développer ou améliorer

l'action intersectorielle avec certains secteurs spécifiques aux phases principales du programme afin de prendre en compte les obstacles et les inégalités en santé identifiés, y compris ce que les secteurs de la santé devraient faire et la manière d'élaborer le contenu politique avec ces secteurs.

- Description de la participation sociale menée actuellement dans le cadre du programme pour chaque phase principale essentielle (y compris avec quelles parties prenantes, dans quel intérêt ou objectif et le type de participation) et de la manière dont le programme intègre la participation dans le cycle du programme général et toutes mesures spécifiques destinées à garantir des opportunités de participation équitables.
- Description des principaux obstacles et facteurs favorables à la participation sociale dans le cadre du programme.
- Présentation des propositions/recommandations de l'équipe d'examen pour améliorer la participation sociale dans le cadre du programme afin de prendre en compte les obstacles et les facteurs favorables identifiés, en précisant par quels mécanismes ou actions et avec quelles parties prenantes, les actions que les secteurs de la santé devraient mener et les modes de communication à privilégier avec celles-ci.

## RÉFÉRENCES

Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Gouvernement de l'Australie méridionale, OMS, Adélaïde 2010. Disponible : [https://www.who.int/social\\_determinants/french\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf?ua=1](https://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf?ua=1) (consulté le 25 février 2016).

Bryson JM, Crosby BC, Stone MM (2006). The design and implementation of cross-sector collaborations: Propositions from the literature. *Public Administration Review*. 2006;66(s1):44–55.

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. Disponible : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf) (consulté le 25 février 2016).

Drèze J, Sen AK (1989). Hunger and Public Action. Oxford, UK: Clarendon Paperbacks, Oxford University Press.

# CONSIDÉRER L'ACTION INTERSECTORIELLE ET LA PARTICIPATION SOCIALE COMME DES ÉLÉMENTS CENTRAUX ÉTAPE 6

Gaventa J, Cornwall A (2001). Power and Knowledge. In: Reason P, Bradbury H, eds. *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. London: Sage Publications. Disponible : [http://www.alastairmcintosh.com/general/\\_verene/Gaventa%20and%20Cornwall%20on%20Power.pdf](http://www.alastairmcintosh.com/general/_verene/Gaventa%20and%20Cornwall%20on%20Power.pdf) (consulté le 25 février 2016).

IAP2 (2007). International Association of Public Participation 2 – Spectrum of Public Participation. Disponible : [http://c.ymcdn.com/sites/www.iap2.org/resource/resmgr/imported/IAP2%20Spectrum\\_vertical.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.iap2.org/resource/resmgr/imported/IAP2%20Spectrum_vertical.pdf) (consulté le 25 février 2016).

Ibrahim S, Alkire S (2007). Agency and Empowerment: A proposal for internationally comparable indicators. OPHI Working Paper Series. Disponible : <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/OPHI-wp04.pdf> (consulté le 25 février 2016).

Conférence internationale sur la Santé (1946). Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé telle qu'adoptée par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. (*Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

Kickbusch I, Bucket K (2010). Implementing Health in All Policies. Adelaide 2010. Department of Health, Government of South Australia. Disponible : <http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf> (consulté le 25 février 2016).

Ministry of Health and Population, Nepal (2016). Review of the national ASRH programme to address equity, social determinants of health, gender and human rights. Final report prepared by Health Research and Social Development Forum (HERD).

Ministerio de Salud (2010). Documento Tectinco I, II, III: Serie de Documentos Técnicos del Rediseño de los Programas desde la Perspectiva de Equidad y Determinantes Sociales. Subsecretaría de Salud Pública: Santiago. [Ministère de la Santé, Chili (2010). Les documents techniques I, II et III portent sur l'appui à l'examen et à la réorientation des programmes de santé publique dans la perspective de l'équité et des déterminants sociaux de la santé. Santiago: Sous-secrétaire pour la santé publique.] Documents en espagnol uniquement.

Narayan D (2005). Measuring empowerment: Cross-disciplinary perspectives. Washington, DC: The World Bank. Disponible : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7441/344100PAPER0Me101Official0use0only1.pdf?sequence=1> (consulté le 25 février 2016).

HCDH (2012). Déclaration des Nations Unies sur le droit au développement. Genève. Disponible : <http://www.un.org/fr/events/righttodevelopment/declaration.shtml> (consulté le 25 février 2016).

Potts H (2010). Participation and the right to the highest attainable standard of health. Human Rights Centre: University of Essex. Disponible : <http://repository.essex.ac.uk/9714/1/participation-right-highest-attainable-standard-health.pdf> (consulté le 26 février 2016).

Sen AK (1985). Well-being, agency and freedom. The Dewey Lectures 1984. *Journal of Philosophy*. 1985;82(4):169-221.

Solar O (2014). Presentation overview of the review and redesign process. WHO meeting in Alicante, Spain. June 2014.

Solar O, Cunill N (2015). Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud. OPS. Washington, DC: OPS/OMS.

Solar O, Irwin A (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf) (consulté le 26 février 2016).

Solar O, Valentine N, Albrech D, Rice M (2009). Moving forward to equity in health: What kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. In: 7<sup>th</sup> Global Conference for Health Promotion, Nairobi, Kenya.

Villalba Egiluz U (2008). El empoderamiento entre la participación en el desarrollo y la economía social.

Espinosa, B, ed. *Mundos del Trabajo, Pluralidad y Transformaciones Contemporáneas*. Quito: FLACSO-Ecuador, Ministerio de Cultura

Disponible : <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=16753> (consulté le 26 février 2016).

White S (1996). Depoliticising development: the uses and abuses of participation. *Development in practice*. 1996;6(1):6-15.

Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé (2011). Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Rio de Janeiro. Disponible : [https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_French.pdf](https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf) (consulté le 26 février 2016).

Assemblée mondiale de la Santé (2014). Résolution WHA67.12 Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R12-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R12-fr.pdf) (consulté le 26 février 2016).

OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

WHO (2008). Health equity through intersectoral action. An analysis of 18 country case studies. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/health\\_equity\\_isa\\_2008\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf) (consulté le 26 février 2016).

WHO (2013). The 8<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion. Helsinki statement on Health in All Policies. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf) (consulté le 26 février 2016).

WHO (2014a). Burden of disease from Household Air Pollution for 2012. Summary of results. Disponible : [http://www.who.int/phe/health\\_topics/outdoorair/databases/FINAL\\_HAP\\_AAP\\_BoD\\_24March2014.pdf](http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/FINAL_HAP_AAP_BoD_24March2014.pdf) (consulté le 26 février 2016).

WHO (2014b). Demonstrating a health in all policies analytic framework for learning from experiences: based on literature reviews from Africa, South-East Asia and the Western Pacific. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104083/1/9789241506274\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104083/1/9789241506274_eng.pdf) (consulté le 26 février 2016).

WHO (2014c). Social Determinants of Health (website) – Social participation. Disponible : [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/) (consulté le 1<sup>er</sup> mars 2016).

WHO (2015). Health in All Policies: Training Manual. Geneva: World Health Organization.

OMS et HCDH (2001). Fiche d'information no 31. Le droit à la santé Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31\\_fr.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf) (consulté le 26 février 2016).

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (1978). Déclaration d'Alma-Ata. Disponible : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/113882/E93945.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf?ua=1) (consulté le 26 février 2016).



# Étape 7

Élaborer une proposition de révision afin de tenir compte des résultats d'examen





# Vue d'ensemble

L'étape de révision constitue la partie la plus importante et la plus créative de l'approche Innov8. Dans cette étape, l'équipe d'examen fait la synthèse des enseignements et des analyses obtenus aux étapes précédentes et étudie la manière de les appliquer en modifiant le programme afin que celui-ci prenne mieux en considération l'équité, l'égalité hommes-femmes, les droits de l'homme et les déterminants sociaux de la santé. L'équipe d'examen rédige ensuite une proposition dans laquelle elle définit les mesures devant être prises, le niveau d'intervention, les modalités et les acteurs impliqués.

Les activités de l'Étape 7 ont pour objectif de guider les membres de l'équipe d'examen en vue de rédiger une nouvelle théorie du programme, qui intègre la théorie des inégalités définie à l'étape précédente, en mettant davantage l'accent sur l'équité, le respect des spécificités hommes-femmes et les droits de l'homme. Cette nouvelle théorie du programme ainsi que les recommandations des étapes précédentes orientent les changements et les ajustements qui constituent la proposition de révision du programme.

Les cinq activités de l'Étape 7 sont les suivantes :

- 1) Élaborer une nouvelle théorie du programme qui mette l'accent sur l'équité et le respect des spécificités hommes-femmes, et qui se fonde sur les droits de l'homme ;
- 2) Déterminer la portée et le niveau (national, régional, local) des changements proposés ;
- 3) Finaliser la révision du schéma et de la théorie du programme en mettant davantage l'accent sur l'équité, le respect des spécificités hommes-femmes et les droits de l'homme ;

4) Définir un plan à court terme de mise en œuvre des propositions d'ajustement et de révision du programme ; et

5) Rédiger un rapport qui intègre la proposition de révision.

Au cours de cette étape, l'équipe d'examen complète son expérience et ses connaissances du programme en prenant en compte des données factuelles supplémentaires sur l'efficacité et la faisabilité d'ajouter éventuellement au programme d'autres interventions ou de nouveaux ajustements. À l'Étape 7, il est possible d'envisager des actions supplémentaires, par exemple la réalisation d'études de faisabilité et d'expérimentations. Précisons également que l'intégration dans la planification du programme doit être conçue en fonction du contexte programmatique et national. Le passage à la mise en œuvre dépend beaucoup du contexte national et programmatique ainsi que des contraintes en termes de ressources. En conséquence, la fourniture de lignes directrices détaillées sur tous les aspects dépasse le cadre de ce manuel.

À l'issue de l'Étape 7, on disposera du rapport détaillant la proposition de révision du programme, notamment une **nouvelle théorie du programme** accompagnée d'un nouveau **schéma du modèle** logique du programme révisé. Ce rapport constitue également le produit principal de l'application globale de l'approche Innov8 exposée dans le présent manuel. Il est destiné à servir de base à de nouvelles consultations avec les parties prenantes et à développer les changements du programme proposés en vue de leur mise en œuvre. Ce rapport contiendra également un produit du chapitre suivant (Étape 8) – le plan de surveillance et d'évaluation du programme révisé.

## Objectifs de l'Étape 7

- Proposer une nouvelle théorie du programme qui prenne en compte la théorie des inégalités, en définissant les priorités et les objectifs de révision.
- Déterminer le niveau (national, régional, local) et la portée des changements proposés.
- Prendre en considération les aspects de mise en œuvre afin d'élaborer plus avant la proposition, notamment des expérimentations et d'autres études.
- Rédiger un rapport qui intègre la proposition de révision du programme.

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

### TEXTES DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉTAPE 7

Ces textes donnent une orientation de base pour envisager la manière de réviser le programme dans l'objectif de renforcer les questions d'équité, de sexospécificité, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé en mettant l'accent sur :

- Les composantes de la phase de révision ;
- La valeur ajoutée d'une évaluation réaliste en vue de l'examen et de la révision du programme ;

- Passage en revue de la base de connaissances ;
- Définition des priorités ;
- La portée et le niveau du changement ;
- Engagement avec d'autres acteurs du secteur de la santé, d'autres secteurs et la société civile ; et
- Passer d'une proposition à la mise en place concrète des changements du programme.

### Les composantes de la phase de révision

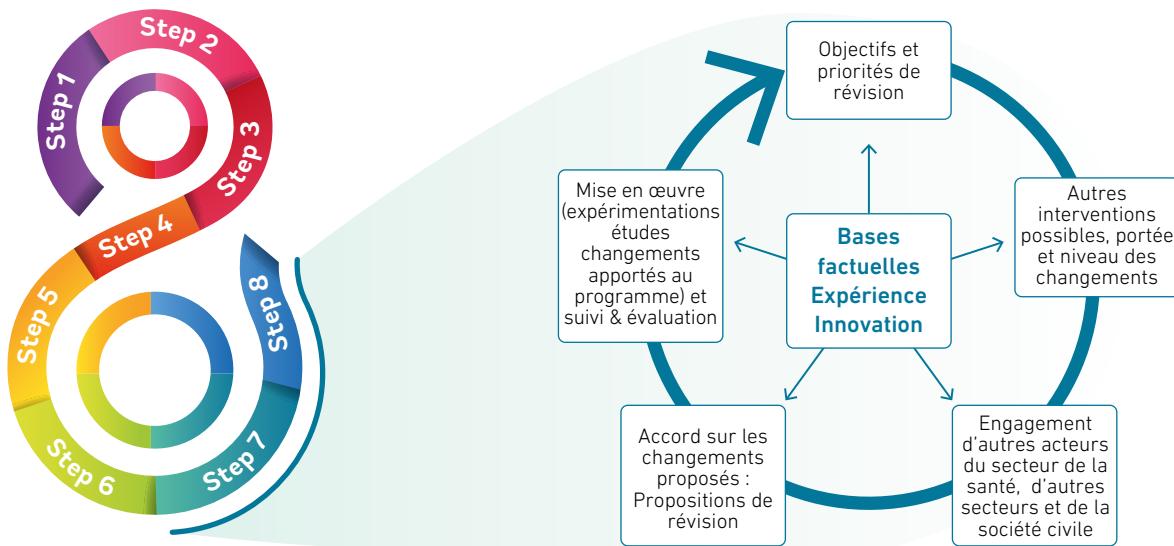
Dans la phase de révision, l'équipe d'examen devra prendre en considération les modifications susceptibles d'être mises en place, en identifiant les secteurs/fonctions applicables de programme ainsi que le niveau de l'intervention (national, régional ou local). L'accord sur les changements à apporter au programme constitue la proposition de révision. La proposition de révision comporte également un plan de mise en œuvre initial qui envisage comment, selon quel calendrier, avec quelles ressources et sous la responsabilité de qui les changements proposés seraient élaborés plus avant (en termes de prise en compte de leur faisabilité, de la réalisation de tests, des enseignements à tirer et de leur transposition à plus grande échelle).

Le processus d'élaboration d'une proposition de révision, et potentiellement de réalisation de tests, peut inclure les composantes suivantes :

- Identifier les objectifs et les priorités en vue de mener à bien la révision en s'appuyant sur la théorie des inégalités formulée à l'étape précédente ;

- Passer en revue la base de connaissances relative aux interventions/ajustements qui peuvent favoriser le droit à la santé et prendre en compte les déterminants sociaux et les obstacles associés aux interventions ;
- Prendre en considération la façon de tenir compte des normes, des rôles et des relations sexospécifiques assignés aux hommes et aux femmes et leur incidence sur l'accès aux ressources et la maîtrise de celles-ci.
- Déterminer la portée et le niveau des changements (national, régional, local) ;
- S'engager auprès d'autres acteurs du secteur de la santé (au-delà du programme de santé), ainsi que d'autres secteurs et la société civile, sur les changements potentiels à apporter au programme ; et
- Les mécanismes, tels que les projets pilotes destinés à tester et à affiner les changements proposés, avant la transposition à une plus grande échelle.

**Figure 7.1. Composantes liées à l'élaboration de la proposition de révision**



Les activités prévues à l'étape de révision doivent être alignées sur la planification et le cycle de révision du programme afin de permettre l'intégration et la pérennité des changements potentiels.

## La valeur ajoutée d'une évaluation réaliste en vue de l'examen et de la révision du programme

Comme il a été souligné plus haut, l'évaluation réaliste constitue la base de la méthodologie Innov8, en mettant l'accent sur « ce qui fonctionne, pour qui, dans quelles situations, dans quelle mesure et comment ? » (Pawson & Tilley, 1997; Pawson & Tilley 2004). Cette méthode insiste sur : (i) l'identification des mécanismes qui produisent des effets observables du programme ; et (ii) la mise à l'épreuve de ces mécanismes et d'autres variables contextuelles susceptibles d'avoir un impact sur les effets observés (Pawson & Tilley, 2004). Elle reconnaît également la complexité des processus de transformation recherchés par les programmes de santé et les interventions visant à ne laisser personne de côté, ainsi que l'importance du contexte et de l'influence d'autres secteurs. (Dunn et al, 2013).

Selon cette approche, l'application d'Innov8 vise à mettre en lumière comment et pourquoi un programme :

- Est plus utile et plus efficace pour certaines sous-populations que d'autres ;
- Rencontré des obstacles spécifiques pour certaines sous-populations ;
- Peut avoir ou non des conséquences inattendues ;
- Fonctionne ou ne fonctionne pas en fonction de certaines conditions et influences contextuelles ; et
- Peut éventuellement générer des inégalités imprévues parce que certaines activités manquent ou modifient les facteurs contextuels.

Les connaissances obtenues dans les étapes précédentes devraient permettre à l'équipe d'examen de recommander des changements dans

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

le programme de santé, en rendant compte de la complexité du processus dans son analyse et sa proposition de révision. Il s'agit d'une tâche difficile, mais essentielle pour accéder aux points d'entrée afin de corriger aux questions d'équité, de sexospécificité,

des droits de l'homme et des déterminants sociaux. En appliquant aux programmes de santé une réflexion fondée sur l'évaluation réaliste, la méthodologie d'examen et de révision vise à renforcer cette capacité.

### Passage en revue de la base de connaissances

La phase de révision vise à approfondir les connaissances de l'équipe d'examen sur la manière d'optimiser le fonctionnement du programme pour différentes sous-populations en s'attaquant aux causes de ces disparités en termes d'accès et de résultats. Ceci fait, il convient ensuite d'envisager les changements potentiels à apporter au programme. Cela nécessite de s'appuyer sur la base de connaissances concernant :

- Le thème de santé abordé par le programme, en s'attachant particulièrement aux interventions à l'efficacité avérée s'agissant de l'amélioration de l'équité, de la prise en compte des différences entre les sexes et d'une approche potentiellement fondée sur les droits ;
- Les adaptations en vue de réduire les inégalités en santé ;
- Les approches innovantes et efficaces en matière d'action intersectorielle et de participation sociale ; et
- Les contributions des programmes de santé au renforcement des systèmes de santé plus larges, en particulier dans le contexte des réformes visant à mettre en place la couverture sanitaire universelle (CSU).

La préoccupation première tient au fait que les ajustements apportés au programme, tout en veillant

à intégrer les interventions orientées équité, doivent s'appuyer sur les meilleures pratiques pour traiter la question programmatique en jeu. Néanmoins, comme le font remarquer Asthana et Halliday (2006), le type de données factuelles qui prédomine dans la littérature publiée peuvent « réduire la portée des décisions de santé publique » (Rychetnik et al, 2002:125, cité dans Asthana et Halliday 2006) en raison de l'accent qui est mis sur les interventions biomédicales au détriment des politiques sociales et économiques, au ciblage des individus et non des communautés ou des populations, et enfin de l'attention accordée à influence des déterminants proximaux plutôt qu'aux déterminants structurels de la santé. Dans le même ordre d'idée, il faut évoquer la contradiction entre les analyses systématiques qui sont essentiellement axées sur les interventions individuelles et les types d'approches qui permettraient de réduire efficacement les inégalités en santé, comprenant des solutions à différents niveaux afin de prendre en compte des questions plus larges, telles que les effets redistributifs des politiques fiscales ou l'investissement économique pour lutter contre le chômage. De manière générale, on observe que les études d'évaluation de qualité sont rares sur ces interventions qui se situent davantage « en amont », en partie parce qu'il est plus facile et plus acceptable politiquement de rechercher les causes et les solutions « en aval » (Macintyre et al, 2001).

### Définition des priorités

La définition d'ajustements potentiels du programme est un processus décisionnaire qui concerne la planification et l'allocation de ressources qui passe nécessairement par la définition de priorités. La justification des priorités se fait le plus souvent de manière implicite. A contrario, la définition explicite

des priorités a pour objet d'expliquer les critères en mettant l'accent sur les principes, les normes et les valeurs qui guident les décisions (Kenny & Joffres, 2008). Il est important de faire preuve d'une grande précision en ce qui concerne les critères utilisés et

la logique qui les sous-tend afin de justifier et de défendre la proposition de révision en temps utile.

Tout au long du processus d'examen approfondi, à différents points, l'équipe d'examen a été amenée à établir des priorités (par exemple lors de l'identification des sous-populations concernées

confrontées aux inégalités, dans la définition des phases principales du programme, et maintenant, dans cette étape pour définir les priorités de révision). Vous trouverez dans le Tableau 7.1 un bref récapitulatif des critères communément employés dans différentes méthodologies de hiérarchisation des priorités dans le domaine de la santé publique.

**Tableau 7.1 Exemple de critères de hiérarchisation**

| Critères d'identification des problèmes prioritaires (programmes)   | Critères d'identification des sous-populations prioritaires  | Critères de hiérarchisation des interventions  |
|---|--|--|
| Conceptualisation (promotion, prévention, curative – déterminants en amont, en aval)<br>Impact (sanitaire, social)<br>Ampleur du problème<br>Urgence<br>Connotations publiques et politiques<br>Disponibilité des solutions<br>Coût de l'action/inaction<br>Responsabilité<br>Prend en considération les normes, les rôles et les relations sexospécifiques assignés aux hommes et aux femmes et leur incidence sur l'accès aux ressources et sur la maîtrise de celles-ci. | Épidémiologique (ampleur, fréquence)<br>Vulnérabilité (risque)<br>Sous-populations défavorisées (par sexe, origine ethnique, classe sociale, etc.)<br>Préférence sociale | Impact en termes d'équité en santé<br>Efficacité<br>Expertise<br>Faisabilité<br>Facilité de mise en œuvre<br>Considérations juridiques<br>Impacts sur le système<br>Retour sur investissement<br>Prend en considération les normes, les rôles et les relations sexospécifiques assignés aux hommes et aux femmes et leur incidence sur l'accès aux ressources et sur la maîtrise de celles-ci. |

Du point de vue de l'équité, de la sexospécificité, des droits de l'homme et des déterminants sociaux, les critères énumérés au Tableau 7.1 ont une importance et une cohérence différentes. L'équipe d'examen pourra également souhaiter s'appuyer sur les travaux sur l'équité et la justice, sur la voie vers la couverture sanitaire universelle (OMS, 2014).

En fonction des types d'obstacles identifiés, l'équipe d'examen pourra prendre en compte les « compromis inacceptables » décrits. L'équipe d'examen souhaitera peut-être aussi prendre en considération des critères liés à l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans les programmes de santé (OMS, 2011).

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

### La portée et le niveau du changement

Dans sa réflexion sur la conception et la réalité concrète des changements potentiels à apporter au programme, L'équipe devra préciser la portée du changement et les détails des ajustements spécifiques.

Cela suppose de préciser le niveau de mise en œuvre – national, état/province, district ou niveaux locaux. Certains ajustements qui sont d'ordre législatif ou réglementaire par nature seront de préférence mis en œuvre au niveau national (par exemple, s'il existe une loi qui restreint l'accès à certaines sous-populations ou la nécessité de réguler les actions d'un autre secteur, par exemple l'alimentation et l'agriculture afin de prendre en compte les principaux déterminants de la santé sous-jacents. D'autres ajustements peuvent être liés à la prestation de services ou à la nécessité de prendre en compte aux réalités spécifiques opérationnelles sur le terrain. Il conviendra donc de les mettre en application aux niveaux de la région/de l'état ou de la localité. Lors du choix du niveau de mise en œuvre des changements proposés, il est essentiel de garder à l'esprit la façon ceux-ci vont tenir compte de l'hétérogénéité des sous-populations.

En ce qui concerne la portée des ajustements proposés, ces questions peuvent être utiles :

- **Cela entraîne-t-il un changement du contenu du programme ?** En d'autres termes, le changement proposé nécessite-t-il l'intégration d'une nouvelle intervention ou plateforme de sensibilisation, d'un nouveau service, etc. ? Si oui, à quel niveau sera-t-il mis en œuvre ? S'il s'agit par nature d'un changement à l'échelle nationale, sa conception prend-elle en considération l'hétérogénéité infranationale ?
- **Y a-t-il des changements proposés à la structure et à l'organisation du programme qui influent sur l'exécution ou la mise en œuvre de celui-ci ?** Les ajustements proposés du programme nécessitent-ils de modifier les modes de prestation et/ou les mécanismes de mise en œuvre ? Si oui, quelle sera l'influence des variations infranationales en termes de capacité du programme (et plus largement de la capacité du système de santé) ?
- **Les changements proposés concernent-ils les processus de gestion et les mécanismes**

**de financement ?** Les ajustements proposés impliquent-ils de modifier la manière dont sont effectués les évaluations des besoins, la planification, la budgétisation, l'allocation de ressources, le paiement des fournisseurs et autres tâches de gestion et de financement ? Par exemple, existe-t-il des lignes budgétaires spécifiques pour le travail sur l'égalité entre les sexes et/ou la santé des minorités ethniques ? Y a-t-il de nouveaux partenaires (ex. autres secteurs) avec lesquels certaines interventions/activités doivent être menées conjointement ?

• **Les changements proposés concernent-ils les ressources humaines ?** Les ajustements proposés entraînent-ils des changements concernant la formation initiale ou continue des professionnels de santé, la délégation des tâches, le recours à des médiateurs/bénévoles de la communauté pour les activités ou des changements en termes de politiques des ressources humaines (ex. pour recruter et fidéliser le personnel dans les zones rurales) ? Les ajustements proposés imposent-ils la présence d'hommes et de femmes parmi les membres de l'équipe à tous les niveaux de prise de décision ?

• **Les améliorations proposées concernent-elles la fixation de normes, la réglementation ou le travail législatif du programme ?** L'équipe d'examen prévoit-elle la nécessité de réviser ou de définir de nouveaux protocoles, normes, lignes directrices ou autres travaux normatifs ? De même, des changements sont-ils prévus en matière de réglementation ou de législation (ex. réglementation des coûts des services proposés par les prestataires du secteur privé, législation applicable aux interventions basées sur la population impliquant d'autres secteurs) afin de créer un environnement favorable à l'équité en santé ?

• **Les changements impliquent-ils un mécanisme pour donner à la sous-population prioritaire les moyens de connaître ses droits et de les faire valoir relativement au programme ?**

• **Les changements couvrent-ils les moyens d'identifier, de prendre en compte et/ou de transformer les normes, les rôles et les relations sexospécifiques préjudiciables ?**

- Les changements impliquent-ils d'autres secteurs en dehors du secteur de la santé pour trouver

**des solutions aux inégalités en santé et renforcer l'efficacité du programme ?**

## Engagement avec d'autres acteurs du secteur de la santé, d'autres secteurs et la société civile

La suggestion d'ajustements nécessitera des consultations avec les parties prenantes du secteur de la santé et au-delà afin d'en étudier la faisabilité, d'obtenir l'adhésion et de mettre en place des partenariats. Les processus menant à la proposition de révision doivent être participatifs et faire la part belle à la discussion et au débat. Des espaces doivent être créés afin de permettre aux parties prenantes des différentes sections du programme (aux niveaux national et infranational) d'examiner les avantages du point de vue du programme et des sous-populations concernées. Dans la mesure du possible, celles-ci seront associées aux réunions concernant l'examen du programme ou la mise en œuvre de celui-ci. Au-delà du programme faisant l'objet de l'examen, il sera aussi probablement très important d'être en contact avec les parties prenantes d'autres parties du système de santé qui sont concernées par les ajustements proposés (c'est-à-dire dans des domaines tels que la gestion de la formation, de la fidélisation et du déploiement des ressources humaines ; les systèmes de protection financière, les médicaments essentiels, etc.). Lorsque d'autres secteurs sont impliqués, les autorités respectives doivent également être conviées à la table des négociations.

Il est probable que l'équipe d'examen soit confrontée à la résistance de la part de certaines parties prenantes. Ces parties prenantes exprimeront certainement leurs doutes ou leurs préoccupations face aux recommandations qui se dégageront de l'examen du programme. En s'appuyant sur les pays dans lesquels la méthodologie d'examen a été appliquée jusqu'à présent, voici quelques exemples :

- **Argument I : Les contraintes en matière de ressources imposent que les questions d'équité, d'égalité entre les sexes et de droits de l'homme ne peuvent être prises en compte que lorsque le programme a répondu aux autres besoins.** En réponse à cet argument, il est important de souligner que le choix d'une approche programmatique qui améliore l'équité et

respecte les différences entre les hommes et les femmes et les droits de l'homme ne se traduit pas obligatoirement par des coûts plus élevés ou par une augmentation du financement pour la mise en œuvre. En réalité, ce type d'approche peut permettre d'optimiser l'utilisation des ressources existantes en identifiant les sous-populations qui n'accèdent pas aux services et en hiérarchisant l'utilisation des ressources en conséquence (fondée sur les idées d'universalisme progressif/proportionné).<sup>1</sup> Cette démarche peut ensuite améliorer la performance globale du programme et en fin de compte la santé de la population générale. Les données récentes montrent les avantages d'une approche fondée sur l'universalisme progressif. Bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires, une modélisation de la survie, de la santé et la de nutrition de l'enfant montre qu'un modèle de prestation de services orienté équité permettra d'obtenir de meilleurs résultats que les approches conventionnelles/classiques pour réduire la mortalité, les inégalités en santé et le retard de croissance (Carrera et al, 2012).

- **Argument II : Le secteur de la santé n'est pas en mesure d'agir sur des déterminants plus généraux de la santé.** Le contre-argument consiste à expliquer que l'action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé constitue une composante essentielle de la fonction de gestion stratégique des systèmes de santé. La méthodologie d'examen identifie les points d'entrée précis pour collaborer avec les autres secteurs en fonction des véritables besoins programmatiques. Elle montre comment la contribution d'un autre secteur peut

<sup>1</sup> La mise en place d'une approche orientée équité sur la base de priorités, dans le cadre de ce qu'on appelle « universalisme progressif » contribuera à faire en sorte que les populations marginalisées bénéficient du programme au moins autant que celles qui sont plus aisées (Gwatkin & Ergo, 2011). Consciente des inconvénients en termes d'équité et de l'inefficacité liés au fait de cibler uniquement les populations les plus défavorisées, la Marmot Review (Marmot et al, 2010) plaidait pour des actions allant dans le sens de l'universalité effective de la CSU, mais selon une échelle et une graduation proportionnelles au niveau de désavantage.

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

permettre au secteur de la santé d'atteindre ses objectifs programmatiques.

- **Argument III : Pourquoi apporter des changements à un programme qui permet déjà d'obtenir (ou s'efforce d'obtenir) des résultats positifs au niveau global.** On peut avoir l'impression qu'un programme de santé fonctionne déjà bien parce qu'il produit des résultats positifs au niveau global où il est mis en application et qu'il suffit d'étendre sa couverture (par exemple à de nouveaux districts ou États) pour améliorer son efficacité à l'échelle nationale. Comme il a été dit plus haut, la mesure des réalisations sur les résultats moyens du programme peut cacher des inégalités importantes.

La phase de révision peut également s'accompagner de rapports plus étroits avec la société civile et les

bénéficiaires du programme. Bien qu'ils puissent déjà être représentés au sein de l'équipe d'examen, il est opportun de favoriser les échanges avec les représentants des sous-populations susceptibles d'être les plus touchées par les réorientations proposées. Il est important que des fonds et des ressources humaines soient alloués à cet effet (Potts & Hunt, 2008). Dans le cas contraire, en dépit de leurs bonnes intentions, les interventions risquent d'être perçues négativement par ces communautés en raison de l'impression d'absence d'approche participative et/ou de leur moindre efficacité parce qu'elles ne prennent pas en compte les facteurs contextuels ou sociaux/culturels importants qu'une consultation avec la population ciblée aurait fait apparaître (Nations Unies, 2008).

## Passer d'une proposition à la mise en place concrète des changements du programme

Dès lors que les objectifs et les priorités, ainsi que le niveau et l'ampleur des changements proposés ont été clarifiés, la mise en œuvre concrète des moyens permettant de lutter contre les inégalités mises à jour par le processus d'examen exigera de faire preuve d'audace et d'inventivité. La réalisation d'études de faisabilité ou d'expérimentations pourra constituer l'étape suivante. La première est une analyse du potentiel d'une proposition de projet ayant pour objectif principal d'en déterminer la viabilité technique et financière. Une étude de faisabilité permet également d'identifier ou de préciser les activités, le coût, les calendriers et/ou les critères (Berrie, 2007).

Idéalement, les changements apportés à un programme devraient être testés à petite échelle et pendant une période suffisamment longue pour évaluer leur efficience/efficacité dans le contexte des opérations du programme avant la mise en application de l'intervention au niveau national. L'expérimentation permet de tester les plans de mise en œuvre et de repérer les insuffisances et les omissions, d'analyser les coûts liés aux changements ou aux nouvelles interventions, d'évaluer les conséquences inattendues et/ou avantages indirects, d'assurer l'articulation harmonieuse avec les autres composantes du programme et d'identifier les éventuels obstacles et facteurs favorables. Tout cela fournira des

informations importantes sur la manière d'adapter et d'étendre les interventions de sorte qu'elles répondent aux véritables objectifs escomptés de la révision.

Au Chili, les six équipes d'examen du programme ont réalisé des tests de différents types :

- **Tests destinés à améliorer ou à enrichir l'analyse de l'équité,** compte tenu du manque d'informations constaté au cours du cycle d'examen du programme. L'étude avait pour but d'aider à hiérarchiser les priorités de la révision et le niveau d'intervention du programme.
- **Expérimentations destinées à tester les différentes interventions possibles.** Au cours du processus d'examen, plusieurs interventions potentiellement réalisables ont été identifiées pour être développées dans la proposition de révision du programme. Dans ce cas, l'expérimentation était destinée à tester certaines de ces interventions afin de recommander les plus faisables avec les meilleurs résultats à court et moyen terme.
- **Expérimentations destinées à tester et à valider certaines des hypothèses avancées dans la proposition de révision,** en tenant compte de la théorie qui sous-tend l'approche de l'équité en santé

contenu dans le programme. Cette expérimentation avait pour but de fournir une base de connaissance et une assise plus solides en vue de la conception de certains changements proposés concernant les opérations du programme.

- **Expérimentations mettant en œuvre la proposition de révision du programme dans une zone**

**géographique limitée ou pour un groupe social spécifique** afin d'évaluer le processus, d'identifier les difficultés qui y sont associées et d'évaluer le coût des changements.

### Étape 7 Lectures et ressources complémentaires

Evidence based public health tutorial. Voir : <http://phpartners.org/tutorial/04-ebph/index.html> (consulté le 26 février 2016).

OMS (2014). Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle Rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture sanitaire universelle et équitable Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : <https://apps.who.int/iris/bitstream/>

[handle/10665/185069/9789242507157\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://handle/10665/185069/9789242507157_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (consulté le 26 février 2016).

OMS (2011). Gender mainstreaming for health managers; a practical approach. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health\\_managers\\_guide/en/](http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/) (consulté le 22 février 2016).

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

### EXEMPLES D'ÉTUDES DE CAS DE L'ÉTAPE 7 EXTRAITS DE L'APPLICATION D'UN PROGRAMME

Vous trouverez ci-dessous trois études de cas illustrant différents aspects de la proposition de révision. Les exemples extraits de trois pays différents montrent le champ d'application des changements potentiels, le schéma et la théorie du programme révisé et des approches d'expérimentation.

Au Népal, le programme national de santé sexuelle et génésique de l'adolescent a été révisé fin 2015. Au cours du processus de révision, l'équipe d'examen a effectué l'exercice destiné à mettre en évidence le champ d'application potentiel de tous les changements réalisables (voir Tableau 7.2). Dans un second temps, ceux-ci ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie et un certain nombre de ces changements sont mis en œuvre à l'heure où nous rédigeons ce document.

L'étude de cas concernant le programme de dépistage du cancer colorectal mis en place par le gouvernement basque espagnol illustre la manière

dont les changements proposés sont traduits dans la version révisée de la théorie du programme. Cet exemple fait apparaître les changements spécifiques intégrés dans les nouvelles interventions afin de prendre en compte les obstacles et de renforcer les facteurs favorables et de traiter les déterminants sociaux de la santé et les questions de sexospécificité dans le schéma révisé des phases principales du programme. L'étude de cas présente également la théorie du programme élaborée par l'équipe d'examen au début du processus comparée à la version révisée obtenue à la fin du processus de révision.

Enfin, la stratégie pour passer d'une proposition de révision à la mise en œuvre des changements proposés dans le programme peut prendre la forme d'une phase expérimentale de différents types. Vous trouverez dans le tableau ci-dessous deux exemples extraits de l'expérience chilienne.

### Le programme de santé sexuelle et génésique de l'adolescent mis en place au Népal

**Tableau 7.2 Photo du champ d'application des propositions de révision provisoires pour le programme national de santé sexuelle et génésique mis en place au Népal**

| Champ d'application de la révision   | Propositions de révision provisoires  |
|--|---|
| <b>Modification du contenu du programme</b> (ex. adapter ou proposer des services afin de répondre spécifiquement aux besoins non pris en compte des sous-populations marginalisées et de s'attaquer aux déterminants de la santé) | <ul style="list-style-type: none"><li>Adapter/concevoir des interventions destinées aux adolescents habitant dans des régions rurales difficiles d'accès et des zones urbaines défavorisées, y compris les adolescents déscolarisés, mariés et migrants.</li><li>Adapter les services afin de prendre en compte les normes, les rôles et les relations sexospécifiques susceptibles d'empêcher les jeunes d'y recourir.</li><li>Si les liens communautaires (en dehors de l'école) sont assurés par des prestataires plus âgés et que les adolescents craignent un manque de confidentialité, adapter le dispositif pour tenir compte de l'âge et du besoin de confidentialité et améliorer les capacités du prestataire</li><li>Adapter les supports IEC (Information, Éducation, Communication) et BCC (Communication pour le changement des comportements) aux différents besoins et cibler les groupes et assurer une quantité suffisante</li></ul> |

| <b>Champ d'application de la révision</b>  | <b>Propositions de révision provisoires</b>  |
|--|--|
| <p><b>Intégration aux programmes sociaux et à d'autres secteurs</b> afin d'agir sur les mécanismes de stratification sociale et les conditions de vie et de travail concernés</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Institutionnaliser la coordination inter- et intrasectorielle au niveau national</li> <li>• Travailler par le biais des autorités locales pour associer d'autres secteurs à la santé et au développement des adolescents, par exemple pour examiner les causes des mariages et des grossesses précoces (ex. protection sociale pour les familles pauvres, éducation, normes culturelles) et la stigmatisation associée à la santé génésique de l'adolescent.</li> </ul>   |
| <p><b>Changements structurels et organisationnels</b> concernant le mode de fonctionnement du programme (ex. coordination avec les autres secteurs, heures et lieux auxquels les services sont dispensés et par qui)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place une équipe centrale dans chaque district et une équipe centrale au niveau national dédiée à la santé et au développement de l'adolescent, ayant pour mission de faciliter la coordination inter/intrasectorielle.</li> <li>• Formation de comités autorisés dédiés à la santé et au développement de l'adolescent à différents niveaux (associer les unités Égalité entre les sexes et Inclusion sociale au niveau des bureaux de santé des districts afin d'assurer la coordination des activités intersectorielles destinées aux jeunes).</li> <li>• Renforcer les soins de santé primaires sur le terrain dans les régions rurales/éloignées et les zones urbaines défavorisées, également en ce qui concerne la santé sexuelle et génésique des adolescents (en assurant de la formation et une intégration à partir de leurs activités), dans la mesure du possible.</li> </ul>  |
| <p><b>Amélioration du financement et de la gestion</b> (ex. surmonter les obstacles à la mise en place d'une protection financière pour des services spécifiques)</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accroître les investissements et rassembler des données probantes justifiant la nécessité d'investir davantage dans la jeunesse (près d'un quart de la population), en particulier les jeunes défavorisés.</li> <li>• Intégrer les ressources locales (et les fonds) disponibles à d'autres secteurs.</li> <li>• Faire le lien avec la Politique Youth Agenda 25, afin que les ressources (fonds) puissent être disponibles par l'intermédiaire de ce dispositif. Promouvoir les liens avec d'autres secteurs.</li> <li>• Améliorer la coordination entre le secteur de la santé (par le biais du comité ASRH et d'autres) et d'autres programmes en lien avec la santé de l'adolescent, en mettant en place les propositions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la coordination interdivisions au sein du ministère de la Santé en nommant une personne dans chaque division et en créant un mécanisme de coordination dédié ;</li> <li>- Utiliser la stratégie pour la santé et le développement de l'adolescent comme plateforme pour soutenir la coordination et mettre l'accent sur les populations défavorisées ;</li> <li>- Mobiliser les partenaires extérieurs du développement/organisations de la société civile et améliorer la coordination en donnant priorité à l'équité.</li> <li>- Mettre davantage l'accent sur les services adaptés aux adolescents dans les activités des Ressources Humaines et d'autres services de santé.</li> </ul> </li> </ul> |

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

| Champ d'application de la révision   | Propositions de révision provisoires  |
|--|---|
| <b>Ajustements des ressources humaines</b> (ex. permettre la mise à disposition de personnel convenablement formé, ayant également des compétences dans les questions d'équité, de déterminants de la santé, de parité hommes-femmes et des droits de l'homme)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre davantage l'accent sur les services adaptés aux adolescents et la santé sexuelle et génésique de l'adolescent dans les principales offres de formation initiale et continue destinées aux professionnels de santé et aux femmes bénévoles en santé communautaire.</li> <li>Assurer le renforcement des capacités du personnel de première ligne affecté dans des postes de santé locaux dans le domaine de la santé de l'adolescent, notamment la santé sexuelle et génésique. Prendre également en compte les questions de fidélisation du personnel en veillant à la transition.</li> <li>Fournir des documents/supports de renforcement des capacités qui prennent en compte les questions de normes sociales et culturelles qui constituent un frein pour les prestataires et les enseignants pour aborder la santé sexuelle et génésique de l'adolescent.</li> </ul> |
| <b>Améliorations concernant la fixation de normes, la réglementation ou la législation</b> (ex. modifications de la législation susceptible d'avoir un impact sur la capacité de certaines sous-populations à accéder aux services ou réglementation des politiques en dehors du secteur de la santé qui influent sur l'exposition aux facteurs de risque) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer dans les évaluations des services du personnel de santé et des enseignants des mesures de contrôle de la qualité relatives à la santé sexuelle et génésique de l'adolescent afin d'accompagner ceux qui n'abordent pas cette question.</li> <li>Défendre et soutenir l'application de la loi contre le mariage précoce, notamment par la mobilisation d'autres secteurs et en encourageant la participation sociale.</li> <li>Examiner les critères de standardisation concernant la santé sexuelle et génésique de l'adolescent, afin qu'ils prennent également en compte la question de l'équité dans les régions rurales et reculées.</li> </ul>   |
| <b>Les mécanismes de participation sociale</b> destinés à favoriser l'autonomie des sous-populations prioritaires  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les adolescents devraient être membres des comités du forum de la santé au niveau local (un adolescent/adolescente ou un jeune homme et une jeune femme).</li> <li>Renforcer la coordination et la mobilisation des clubs pour enfants et des cercles de la Croix-Rouge pour les jeunes. Les créer quand ils n'existent pas.</li> <li>Assurer la participation de dirigeants de la société et d'adolescents à chaque étape du programme (conception, mise en œuvre, surveillance et évaluation).</li> <li>Modifier en conséquence les lignes directrices et les protocoles afin de garantir la participation de toutes les parties prenantes concernées.</li> <li>Mener une action de sensibilisation auprès de la communauté sur l'importance de la santé et du développement de l'adolescent, y compris la santé sexuelle et génésique.</li> </ul>                             |

| Champ d'application de la révision   | Propositions de révision provisoires   |
|--|--|
| <p>Changements concernant les <b>cycles en cours de planification, d'examen, de surveillance et d'évaluation</b> (ex. intégration des déterminants de l'équité, des objectifs orientés équité et des obstacles à l'accès, comme points spécifiques à mettre à l'ordre du jour des réunions annuelles de révision des programmes)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la capacité de suivi global du programme et la capacité de ventiler les données entrant dans le cadre du système d'information pour la gestion sanitaire.</li> <li>• Améliorer l'appropriation du programme et les réponses adaptées fournies par le système de santé du district (comité de gestion du district, idée de l'équipe centrale) et intégrer la santé sexuelle et génésique de l'adolescent dans : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les évaluations des besoins du district.</li> <li>- La planification et la budgétisation du district.</li> <li>- Surveillance et évaluation (renforcer les composantes de suivi de la qualité, ex. données d'évaluation des établissements, et suivi de la participation (audits sociaux).</li> </ul> </li> </ul> |

## Cet exemple est tiré du programme de dépistage du cancer colorectal mis en place par le gouvernement basque espagnol

La révision du programme comportait des changements concernant la théorie du programme. Sur la base de ces nouvelles données, les changements suivants ont été proposés s'agissant du schéma de programme :

- Ajustements des interventions permettant de prendre en compte les obstacles majeurs à l'accès

au programme aux différentes phases principales et de renforcer les facteurs favorables ;

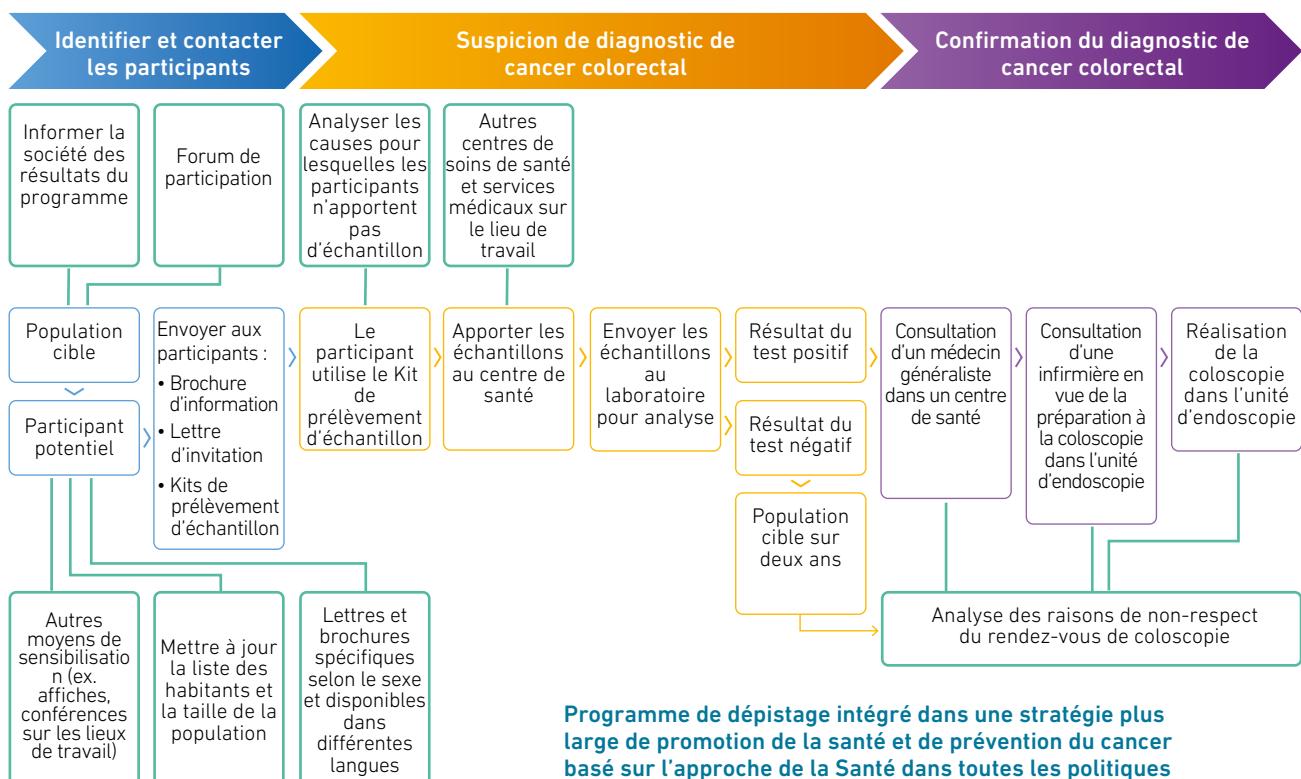
- Mise en place de nouvelles interventions prenant en considération les obstacles et les déterminants sociaux afin que l'intervention mette davantage l'accent sur l'équité, le respect des spécificités hommes-femmes et les droits de l'homme.

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

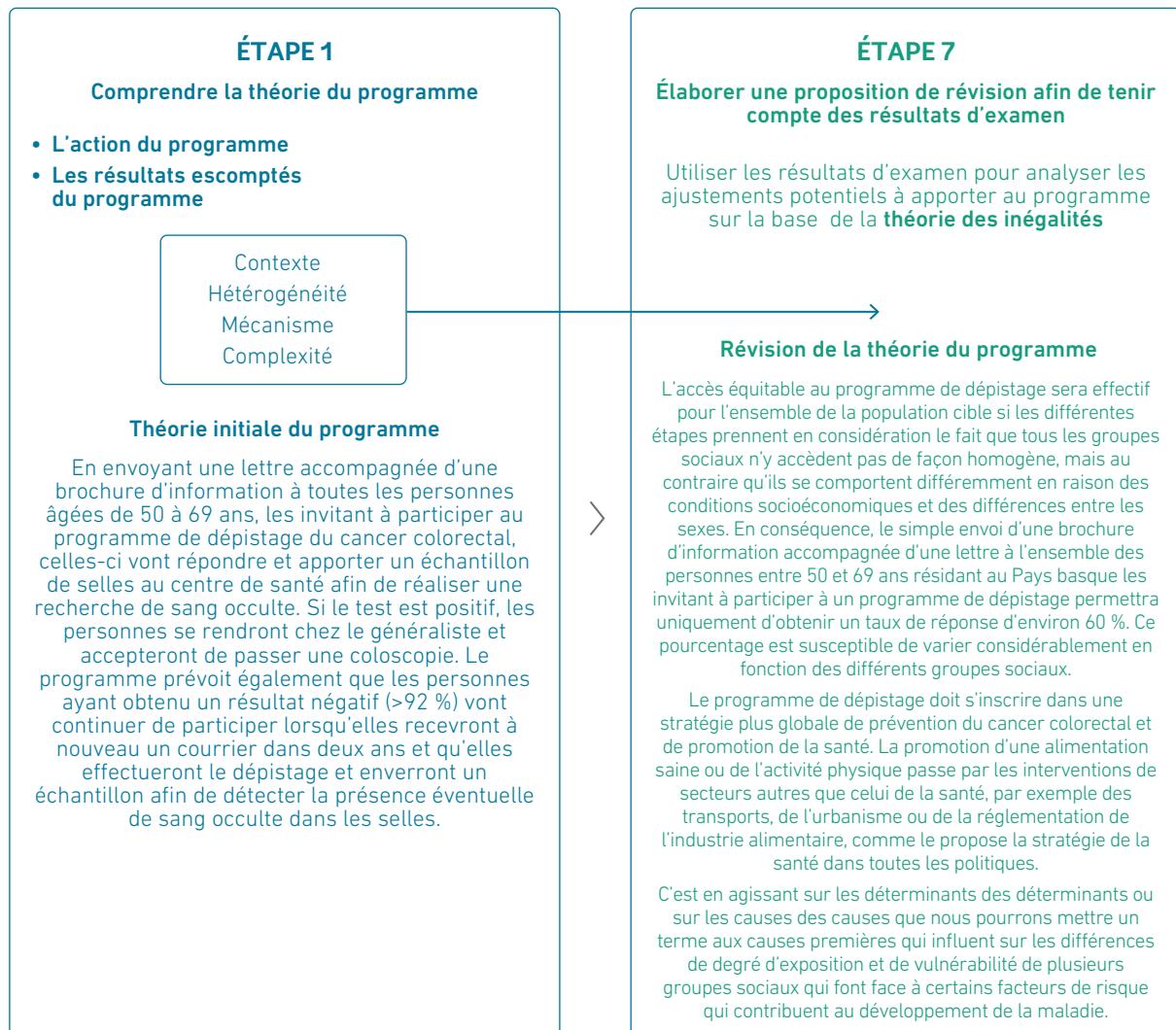
## ÉTAPE 7

Le schéma du programme révisé (Figure 7.2), qui fait apparaître les ajustements et les nouvelles activités aux phases principales en vert, est présenté ci-dessous :

**Figure 7.2 Schéma du programme révisé du programme de dépistage de cancer colorectal**



**Figure 7.3 Comparaison des théories initiale et révisée du programme de dépistage du cancer colorectal**



# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

Expérimentation des propositions de révision – exemples tirés du programme mené au Chili

**Tableau 7.3 Expérimentations des propositions de révision**

| Programme              | Description de l'expérimentation  |
|------------------------|---|
| Santé bucco-dentaire   | <b>Mise en œuvre dans trois municipalités comprenant des populations vulnérables</b> , dans le cadre du programme intersectoriel de développement de la petite enfance, Chile Crece Contigo, intégrant la participation des communautés. La population prioritaire est constituée de familles socialement vulnérables. Le programme met l'accent sur la période allant de la gestation aux premières années de la vie de l'enfant. La première phase d'expérimentation vient compléter les études qualitatives et quantitatives réalisées par le Département de la santé bucco-dentaire du ministère de la Santé. Les activités pilotes visent à mieux faire connaître le programme ainsi que les garanties et les bénéfices qu'il procure, afin de renforcer l'utilisation, de sensibiliser les personnes aux bonnes habitudes et de mettre en place des possibilités et des mécanismes de participation sociale, tels que les dialogues citoyens. |
| Santé cardiovasculaire | <b>Expérimentation destinée à identifier différentes interventions possibles</b> . Le programme de santé cardiovasculaire a décidé de lancer un appel national afin d'identifier les meilleures pratiques en matière d'équité et de déterminants sociaux au niveau local de façon à prendre en compte les besoins et la situation des travailleurs en emploi précaire et d'autres groupes laissés de côté. Suite à cet appel, des dizaines d'interventions innovantes ont été documentées, évaluées et transmises aux équipes en charge des programmes au niveau local. En outre, de nouveaux objectifs orientés équité ont été définis pour la sous-population prioritaire.  |

Sources : Ministerio de Salud, Chile, 2010; Ministry of Health and Population, Nepal, 2016; Ministry of Health, Social Services and Equality, Government of Spain, 2012; Portillo et al., 2015; Esnaola, 2015.

## RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 7

Le Tableau 7.4 décrit les activités et les composantes de chaque activité qui seront développées par l'équipe d'examen afin d'élaborer la proposition de révision.

**Tableau 7.4 Résumé des activités de l'Étape 7 : Élaborer une proposition de révision afin de tenir compte des résultats d'examen**

| Questions   | Composantes de l'activité   | Méthodes  |
|---|---|---|
| <b>Activité 1 : Élaborer une nouvelle théorie du programme qui met l'accent sur l'équité et le respect des spécificités hommes-femmes et qui se fonde sur les droits de l'homme</b>   |   |   |
| Quels sont les priorités et les objectifs de la révision ? Comment la nouvelle théorie du programme (tenant compte de l'équité, des déterminants sociaux, de la parité hommes-femmes et des droits de l'homme) devrait-elle être formulée ? | <ul style="list-style-type: none"> <li>Systématiser les conclusions qui ressortent des étapes d'examen précédentes.</li> <li>Identifier les objectifs et les priorités de révision, étudier la façon d'intégrer l'engagement explicite à ne laisser personne de côté.</li> <li>Rédiger une nouvelle version préliminaire de la théorie du programme.</li> </ul> | Échanges entre les membres de l'équipe d'examen, passage en revue des conclusions des étapes précédentes  |
| <b>Activité 2 : Déterminer la portée et le niveau (national, régional, local) des changements proposés</b>  |   |   |
| Quels seront la portée, le niveau et les résultats souhaités des ajustements potentiels du programme ? Quels sont les changements nécessaires en dehors du programme de santé ?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Décrire la portée et le niveau des ajustements potentiels du programme.</li> <li>Envisager les changements nécessaires qui dépassent le cadre direct du programme, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé.</li> <li>Étudier le résultat souhaité de chacun des changements proposés.</li> </ul>           | Échanges entre les membres de l'équipe d'examen, passage en revue de la base de connaissances, analyse des activités précédentes, consultation avec les parties prenantes |
| <b>Activité 3 : Finaliser la révision du schéma et de la théorie du programme en mettant davantage l'accent sur l'équité, le respect des spécificités hommes-femmes et les droits de l'homme</b>  |   |   |
| Quels sont les éléments à réviser dans le schéma du programme ?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Réviser le schéma du programme en incluant les changements (ajustements, nouvelles activités) sur la base de la nouvelle théorie.</li> <li>Préciser les raisons pour lesquelles ces changements permettront d'obtenir les résultats escomptés.</li> </ul>  | Échanges entre les membres de l'équipe d'examen et passage en revue de la base de connaissances   |

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

| Questions  | Composantes de l'activité  | Méthodes  |
|--|--|---|
| <b>Activité 4 : Définir un plan à court terme de mise en œuvre des propositions d'ajustement et de révision du programme</b> |  |   |
| Quels détails concernant la mise en œuvre des ajustements proposés du programme doivent être pris en compte ?                | <ul style="list-style-type: none"><li>Décrire la stratégie de mise en œuvre convenue (expérimentation, etc.).</li><li>Décrire les tâches requises, les parties responsables, les ressources nécessaires et le calendrier préliminaire.</li></ul> | Échanges entre les membres de l'équipe d'examen, consultation avec les parties prenantes, analyse des activités précédentes et des données factuelles |
| <b>Activité 5 : Rédiger un rapport qui intègre la proposition de révision</b>  |  |   |
| Comment la proposition de révision doit-elle être finalisée pour être présentée ?  | <ul style="list-style-type: none"><li>Rédiger un rapport sur la proposition de révision, en suivant les orientations données à la fin de ce guide.</li></ul>   | Compilation par l'équipe d'examen de l'ensemble des produits des exercices et rédaction du rapport  |

## GUIDE DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 7

Après avoir réalisé l'ensemble des activités des Étapes de révision 1 à 6, l'équipe d'examen commence à travailler sur les activités de la phase de révision.

### ACTIVITÉ 1

#### Élaborer une nouvelle théorie du programme qui met l'accent sur l'équité et le respect des spécificités hommes-femmes et qui se fonde sur les droits de l'homme

##### 1.a. Systématiser les conclusions qui ressortent de l'approche Innov8.

L'équipe d'examen devra prendre en compte les conclusions principales des étapes de l'examen afin de répondre aux questions suivantes, qui servent à synthétiser les connaissances obtenues au cours des Étapes 1 à 6 et à alimenter la réflexion sur la révision. L'équipe devra documenter les réponses à chaque question.

- Quelles sont les sous-populations prioritaires (ex. selon le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le revenu, le lieu de résidence (rural/urbain) et/ou autres caractéristiques le cas échéant) qui ont besoin d'être mieux prises en compte par le programme afin de ne laisser personne de côté ?
- Quels obstacles à l'accès sont les plus importants ? À quelle(s) phase(s) principale(s) du programme interviennent-ils ? L'équipe doit aborder les obstacles « les plus importants » en termes d'équité, de parité hommes-femmes et du droit à la santé, puis dans un second temps, analyser comment les produits et les réalisations du programme pourraient contribuer à ces objectifs. L'équipe dispose-t-elle d'une analyse des spécificités de chaque sexe faisant apparaître les obstacles spécifiques aux groupes d'hommes et de femmes, de garçons et de filles ?
- Quels facteurs favorables sont les plus importants ? À quelle phase principale du programme interviennent-ils ?
- Le processus d'examen a-t-il permis d'identifier des ajustements au programme pour prendre

en compte les obstacles ? Si tel n'est pas le cas, rédiger une proposition préliminaire comprenant des ajustements prenant en compte les obstacles. Un ajustement désigne un changement concret ou une nouvelle intervention afin de prendre en compte les obstacles.

- Le processus d'examen a-t-il permis d'identifier des ajustements au programme afin de renforcer les capacités des facteurs favorables ? Si tel n'est pas le cas, rédiger une proposition préliminaire comprenant des ajustements visant à renforcer les facteurs favorables.
- Quels déterminants sociaux de la santé (y compris la sexospécificité) et quelles questions des droits de l'homme ont été identifiés en lien avec les obstacles et lesquelles parmi celles-ci jouent un rôle central en générant les inégalités auxquelles la/les sous-population(s) prioritaire(s) sont confrontées ? Sur cette question, le point essentiel consiste à identifier les ajustements nécessaires à apporter aux activités du programme afin de prendre en compte les mécanismes générateurs d'inégalités en santé.
- Quels ajustements du programme et quelles actions impliquant d'autres secteurs devraient être intégrés dans la révision afin de tenir compte des priorités identifiées au cours de l'examen ? L'équipe d'examen devra présenter une proposition préliminaire portant sur les ajustements pour mobiliser d'autres secteurs.
- Comment les mesures de participation sociale mises en place par le programme pourraient-elles garantir des possibilités de participation équitables (ex. que les plateformes de participation ne

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

soient pas inaccessibles en raison des obstacles liés, par exemple, aux normes sexospécifiques, à l'analphabétisme ou au manque d'accès aux technologies de l'information (TI), aux coûts de transport ou à l'absence professionnelle pour

participer à des réunions, entre autres) ? L'équipe d'examen devra présenter une proposition préliminaire portant sur les ajustements en vue d'améliorer la participation sociale.

### 1.b. Identifier les objectifs et les priorités de révision.

Sur la base des réponses apportées aux questions ci-dessus, compléter le tableau suivant qui fait apparaître les priorités de révision se rapportant aux différents aspects.

|                               | Sous-population prioritaire | Obstacles à prendre en compte en priorité | Déterminants sociaux intermédiaires à prendre en compte en priorité | Déterminants sociaux structurels à prendre en compte en priorité | Secteurs de collaboration prioritaires | Approches prioritaires en matière de participation sociale |
|-------------------------------|-----------------------------|---|---|--|--|--|
| Phase principale du programme |                             |   |   |  |  |  |

En s'appuyant sur les données ci-dessus, veuillez indiquer les objectifs de révision spécifiques pour chaque phase principale du programme.

| Phase principale du programme | Objectifs de révision spécifiques |
|-------------------------------|-----------------------------------|
|                               |                                   |
|                               |                                   |
|                               |                                   |
|                               |                                   |

En considérant l'ensemble des objectifs spécifiques de révision des phases principales, quel serait en résumé l'objectif/ le but de la révision ?

### **1.c. Rédiger une nouvelle version préliminaire de la théorie du programme.**

En s'appuyant sur ce qui précède, l'équipe d'examen devra ensuite étudier la manière dont la **théorie du programme** initialement élaborée à l'Étape 2 devrait être adaptée de sorte que le programme puisse mieux prendre en compte les questions d'équité, de sexospécificité, des droits de l'homme et des déterminants sociaux, résumée dans les mécanismes expliqués dans la **théorie des inégalités du programme** explicitée à l'Étape 5. La comparaison entre la théorie du programme telle qu'exposée à l'Étape 2 et la théorie des inégalités que l'on trouve à l'Étape 5 permettra de réfléchir aux changements nécessaires afin de ne laisser personne de côté et d'obtenir un programme plus efficace. Suite à cette réflexion, l'équipe d'examen devra rédiger une nouvelle théorie du programme.

Dans le cadre de cette discussion, l'équipe d'examen devra prendre en compte les mécanismes de la théorie initiale du programme exposés à l'Étape 2 ainsi que ceux qui génèrent des inégalités en lien avec le programme, que l'on trouve à l'Étape 5. Il peut être utile de comprendre que l'articulation d'un mécanisme est le reflet du raisonnement et des réactions des agents collectifs relativement aux ressources disponibles dans un contexte donné pour amener des changements par la mise en œuvre d'une intervention. Ces interventions peuvent entraîner des boucles de rétroaction positives ou négatives (ex. après négociation entre les parties prenantes, interférence avec d'autres interventions), pouvant conduire ou non

à la réussite de l'intervention, se traduisant ou non par un changement (Byng, 2005 ; Lacouture et al, 2015).

À cet égard, la nouvelle théorie du programme devra (Lacouture et al, 2015) :

- Refléter l'ancre du programme dans la nature stratifiée du contexte social, dans lequel certaines sous-populations sont dans des situations plus favorisées/privilégiées que d'autres ;
- Garantir que le programme tient compte des obstacles et des facteurs favorables auxquels les sous-populations peuvent rencontrer dans l'accès aux services du programme ;
- Inclure des activités programmatiques pertinentes afin de prendre en compte les mécanismes générateurs d'inégalités dont la/les sous-population(s) laissées de côté font l'expérience. Il pourra s'agir d'actions sur les déterminants intermédiaires ou structurels, notamment par le biais de l'action intersectorielle et de la participation sociale et grâce à l'amélioration des performances et de l'intégration dans le secteur de la santé ;
- Être en mesure de répondre à la question « si la sous-population n'accède pas/n'adhère pas/ne se conforme pas au programme, quelles mesures sont prises pour y remédier ? » ;
- Démontrer comment les produits du programme révisé seront liés aux ajustements en termes de contributions, de gestion/partenariat et d'amélioration des capacités pour appliquer les nouvelles mesures.

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

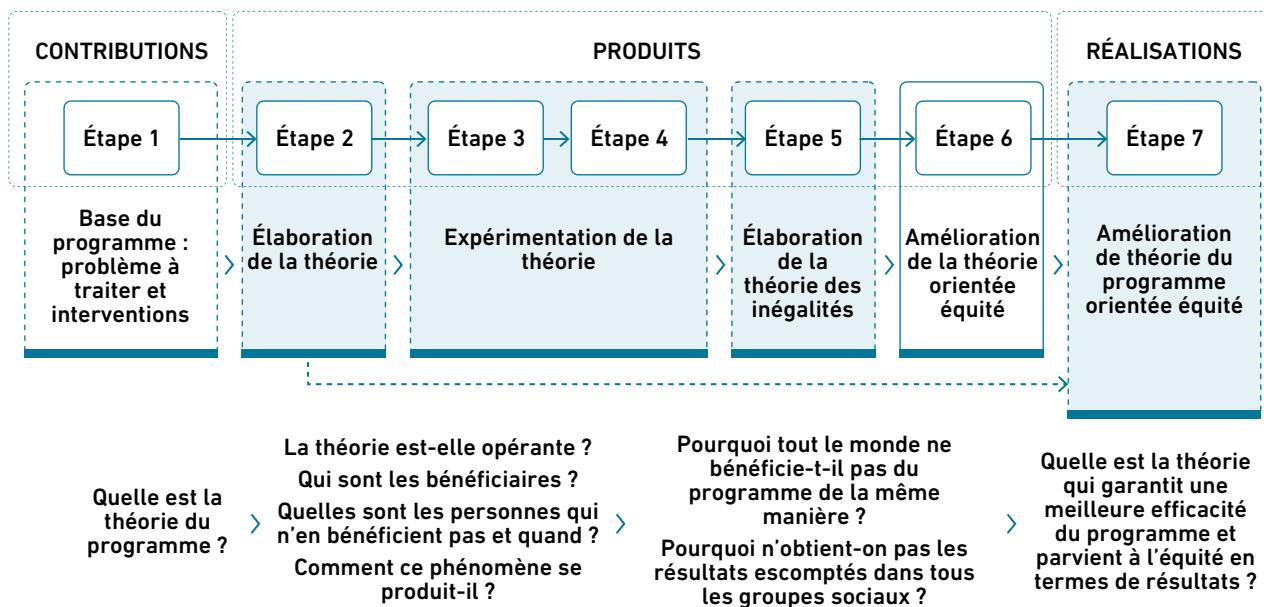
## ÉTAPE 7

| Synthèse de la théorie du programme à l'Étape 2 | Théorie des inégalités exposée à la fin de l'Étape 5 (comportant la parité hommes-femmes, les droits de l'homme et les déterminants sociaux de la santé) | NOUVELLE théorie du programme |
|---|--|-------------------------------|
|   |  |                               |

Les activités réalisées au cours des différentes étapes d'examen (élaboration de la théorie et expérimentation de celle-ci) ont mis en évidence les corrélations multiples entre les mécanismes et les facteurs contextuels. Ces liens feront l'objet d'une analyse plus

approfondie au cours des autres activités de révision, dans le but d'axer davantage le programme sur les questions d'équité, de respect des différences entre les sexes et sur les droits de l'homme.

**Figure 7.4 Modèle logique des théories**



## ACTIVITÉ 2

### Déterminer la portée et le niveau (national, régional, local) des changements proposés

Cette activité doit permettre à l'équipe d'examen de décrire les changements spécifiques qu'elle propose de déplacer de la théorie initiale décrite à l'Étape 2 vers la nouvelle théorie (Activité 1 ci-dessus). Ces changements apportés au programme prennent en compte les mécanismes générateurs d'inégalités précisés dans la théorie des inégalités et permettent au dispositif d'être plus efficace.

Cette activité comprend deux tâches :

- Décrire la portée et le niveau des ajustements potentiels du programme ; et
- Envisager les changements nécessaires qui dépassent le cadre direct du programme et passer en revue les résultats escomptés des changements proposés.

#### **2.a. Décrire la portée et le niveau des ajustements potentiels du programme.**

Dans sa réflexion sur la conception et la réalité concrète des changements potentiels à apporter au programme, l'équipe devra préciser la portée du changement et les détails des ajustements spécifiques. Pour plus de détails concernant la « portée » du changement, veuillez vous reporter à la section y afférente dans les références de lecture pour cette étape.

Le « niveau » de mise en œuvre permet d'indiquer si les ajustements du programme interviendront au

niveau national, de l'État/de la province, du district et/ou au niveau local. Certains ajustements qui sont d'ordre législatif ou réglementaire par nature seront de préférence mis en œuvre au niveau national (ex., s'il existe une loi qui restreint l'accès à certaines sous-populations ou la nécessité de réguler les actions d'un autre secteur, comme l'alimentation et l'agriculture, afin de prendre en compte les principaux déterminants de la santé sous-jacents. Certaines influences ou décisions politiques sont en dehors du programme, mais une contribution importante du travail de l'équipe d'examen documenté dans un rapport permettra de rendre ces aspects plus visibles. D'autres ajustements peuvent être davantage liés à la prestation de services, à l'organisation ou à la modification des activités, et à la nécessité de prendre en compte les réalités spécifiques opérationnelles sur le terrain. Il conviendra donc de les mettre en application aux niveaux de la région/de l'État ou de la localité.

Des espaces doivent être créés afin de permettre aux parties prenantes des différentes parties du programme (aux niveaux national et infranational) d'examiner les avantages des changements proposés du point de vue du programme et des sous-populations concernées. Dans la mesure du possible, celles-ci seront associées aux réunions concernant l'examen du programme ou la mise en œuvre de celui-ci.

| Portée de l'ajustement proposé              | Ajustement potentiel (changement spécifique) | Niveau de mise en œuvre (local, régional, national) |
|---|--|---|
| Modification du contenu du programme        |  |   |
| Changements structurels et organisationnels |  |   |

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

| Portée de l'ajustement proposé   | Ajustement potentiel (changement spécifique) | Niveau de mise en œuvre (local, régional, national) |
|--|--|---|
| Amélioration de la gestion et du financement   |  |   |
| Ajustements concernant les ressources humaines   |  |   |
| Améliorations concernant la fixation de normes/la réglementation ou la législation   |  |   |
| Mécanismes impliquant d'autres secteurs avec lesquels certaines interventions ou activités doivent être menées conjointement |  |   |
| Mécanisme destiné à favoriser l'autonomie de la sous-population prioritaire  |  |   |

### 2.b. Envisager les changements nécessaires qui dépassent le cadre direct du programme.

Certains obstacles et déterminants sociaux ne pourront être pris en compte par le programme de santé seul, ce qui nécessite un rapprochement avec d'autres secteurs du ministère de la Santé ainsi que d'autres secteurs (y compris par l'établissement d'accords officiels). La suggestion d'ajustements nécessitera des consultations avec les parties prenantes du secteur de la santé et au-delà afin d'en étudier la faisabilité, d'obtenir l'adhésion et de mettre en place des partenariats. Les processus menant à

la proposition de révision doivent être participatifs et faire la part belle à la discussion et au débat. Dans le cadre de cette tâche, l'équipe d'examen prendra en compte :

- Les changements nécessaires qui impliquent et/ou ont des implications sur d'autres parties du système de santé ; et
- Les changements nécessaires à apporter au programme qui impliquent l'engagement d'autres secteurs/représentants de l'ensemble de l'administration.

**Conclusion de partenariats avec d'autres parties du système de santé :** Au-delà du programme faisant l'objet de l'examen, il sera probablement important d'être en contact avec les parties prenantes d'autres domaines du système de santé qui sont concernés par les ajustements proposés (c'est-à-dire dans des domaines tels que la gestion de la formation, de la fidélisation et du déploiement des ressources humaines ; les systèmes de protection financière, les médicaments essentiels, etc.). Dans l'encadré ci-dessous, veuillez décrire ces parties prenantes ainsi que les implications concernant leur travail et la manière dont elles peuvent être mobilisées/consultées pour étudier la faisabilité de ces changements.

**Conclusions de partenariats avec d'autres secteurs et avec la société civile :** En ce qui concerne l'engagement auprès d'autres secteurs et de la société civile, veuillez examiner rapidement les réponses de l'équipe aux exercices de l'Étape 6. Si d'autres secteurs n'ont pas participé au processus d'examen dès le début, il est impératif de les inviter aux Étapes 7 et 8, dans la mesure où leur participation constitue une opportunité de collaboration à la révision du programme. Il est également important de consulter les représentants des communautés des sous-populations impactées par les changements proposés. Dans l'encadré ci-dessous, veuillez proposer une approche en matière de consultation sur les composantes suggérées en matière de participation intersectorielle et sociale qui font partie de la proposition de révision en cours d'élaboration (sur la base des réponses à l'Étape 6).

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

### ACTIVITÉ 3

Finaliser la révision du schéma et de la théorie du programme en mettant davantage l'accent sur l'équité, le respect des spécificités hommes-femmes et les droits de l'homme

L'équipe d'examen devra alors envisager comment le **schéma du programme** initialement élaboré à l'Étape 2 pourrait intégrer des ajustements destinés à prendre en compte la théorie des inégalités de l'Étape 5, de manière à refléter la **nouvelle théorie du programme** (élément clé de l'Étape 7). Le schéma devra être actualisé en insérant les interventions et les activités nouvelles ou modifiées, en différenciant les éléments d'origine des nouveaux, par exemple à l'aide de couleurs différentes. Le schéma de programme révisé devra être cohérent avec les révisions précédentes et tenir compte des changements spécifiques proposés.

Il est important d'analyser chaque phase principale du programme, en ayant en tête les changements nécessaires dans chacune d'elle. Les ajustements apportés à tous les niveaux de la chaîne de résultats devront être pertinents, notamment en ce qui concerne les contributions, les activités de chaque phase principale et la manière dont ces changements

modifient les produits. L'équipe d'examen devra ensuite définir les réalisations révisées du programme, basées sur les séquences des activités et des mécanismes nouveaux/modifiés, afin d'illustrer comment les questions d'équité, d'égalité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux ont été véritablement intégrées. Enfin, l'équipe d'examen peut modifier l'impact final/les résultats escomptés à plus long terme afin de montrer que le programme vise à réduire les inégalités/ne laisser personne de côté, dans ses efforts, par exemple de diminution de la morbidité et de la mortalité.

Au cours du processus d'élaboration du schéma de programme, des considérations importantes concernant la nouvelle théorie du programme (dont une version préliminaire a été réalisée à l'Activité 1) peuvent apparaître. L'équipe d'examen devra actualiser la nouvelle théorie du programme en y intégrant ces considérations.

### ACTIVITÉ 4

Définir un plan à court terme de mise en œuvre des propositions d'ajustement et de révision du programme

En s'appuyant sur la nouvelle théorie et le nouveau schéma définitifs du programme, l'équipe d'examen devra élaborer un plan préliminaire qui fasse apparaître comment et avec quelles ressources/quelle organisation les ajustements apportés au programme seront développés et officiellement adoptés pour faire partie intégrante du programme. Le plan peut

faire référence à l'intégration des ajustements dans les cycles en cours de planification et d'examen du programme et aborder les questions de budgétisation et d'allocation des ressources. Il peut également inclure des propositions en termes d'expérimentation des ajustements avant application à grande échelle, le cas échéant.

**4.a.** Dans le cadre ci-dessous, veuillez décrire la stratégie de mise en œuvre. Par exemple quel est le calendrier d'harmonisation avec les cycles de planification nationale, les partenaires, les tâches essentielles et l'expérimentation ou d'autres études de faisabilité ?

**4.b.** Dans le cas de la mise en place d'une expérimentation, veuillez décrire la stratégie pour tirer les enseignements, adapter le plan, appliquer le dispositif à grande échelle et étendre la couverture ?

**4.c.** Pour défendre l'adoption/approbation de la proposition de révision, quels sont les principaux arguments à employer face aux décideurs (responsables du programme aux plus hauts niveaux) ? Quelles seraient les trois premières actions que l'équipe d'examen proposerait à cette autorité pour mettre en application la proposition ?

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

### ACTIVITÉ 5

#### Rédiger un rapport qui intègre la proposition de révision

Cette activité consiste essentiellement à rédiger un rapport contenant la proposition de révision, qui sera utilisé en vue de consulter à nouveau les parties prenantes et de développer les changements proposés du programme. Cette synthèse des produits du processus d'examen est utile pour mener à son terme l'analyse des changements programmatiques concrets et leur mise en œuvre.

La proposition de révision devra être présentée dans un rapport qui synthétise les décisions et la réflexion de l'équipe d'examen, basé sur les produits de l'approche Innov8 et d'autres informations recueillies par l'étude des données factuelles, etc. Ce rapport doit donner une vue d'ensemble qui permet à l'équipe de diffuser ses conclusions et les propositions de révision initiales accompagnées de justifications. Ce document doit être succinct et rédigé dans un style simple et direct. Veuillez vous reporter à l'exemple à l'Encadré 7.1.

Il est important de souligner que le processus de révision d'un programme va bien au-delà de la rédaction d'un rapport contenant la proposition de révision. Cependant, l'accompagnement de l'équipe nationale en charge de l'examen n'entre pas dans le cadre du présent Manuel. L'équipe peut également décider de compléter cette analyse par un travail plus approfondi afin d'évaluer et d'intégrer des considérations concernant la parité hommes-femmes ou les droits de l'homme.<sup>2</sup> Précisons également que parce que les facteurs qui engendrent les inégalités évoluent en permanence, l'examen et la révision de programmes sont un processus continu. Pour cette raison, il est très important de voir comment intégrer ce type d'analyse dans les cycles de planification, d'examen, de surveillance et d'évaluation des programmes en cours (voir Étape 8).

<sup>2</sup> Il existe plusieurs outils disponibles pour évaluer et intégrer les notions de sexospécificité ou de droits, notamment les outils sur le genre développés par l'OMS (ex. outil d'évaluation des spécificités hommes-femmes, liste de contrôle applicable aux programmes sur la parité hommes-femmes et la santé, cadre logique pour le respect de l'égalité entre les sexes, etc.) ainsi que des outils permettant d'évaluer la cohérence d'une politique en matière de droits de l'homme et d'égalité entre les sexes dans les stratégies du secteur de la santé, etc.). L'approche Innov8 n'a pas pour but de reproduire ces outils, mais de les compléter et d'indiquer des liens vers ceux-ci, lorsque cela est approprié.

#### Encadré 7.1 Exemple de rapport rédigé par l'équipe d'examen

1. Introduction, raison d'être et généralités relatives aux travaux menés par l'équipe d'examen.
2. Vue d'ensemble de la situation des inégalités et des questions de parité hommes-femmes et des droits de l'homme applicables au thème de santé sélectionné.
3. Brève description des buts, des objectifs et des activités du programme.
4. Résumé des principales conclusions des Étapes 1 à 8 du processus d'examen (conformément aux « produits » recommandés à la fin de chacune des étapes).
5. Définition des priorités, des buts et des objectifs de la révision.
6. Intégration de la théorie et du schéma révisés du programme ainsi que des principaux ajustements proposés.
7. Description de la portée et du niveau proposés des ajustements apportés au programme.
8. Justification de la proposition de révision (fondée sur la base de connaissances, les critères de hiérarchisation et les conclusions).
9. Plan de mise en œuvre préliminaire de la proposition de révision, couvrant le calendrier, les partenaires, les tâches essentielles, ainsi que la prise en compte des questions de transposition à plus grande échelle.
10. Surveillance et évaluation (comprenant également les produits de l'Étape 8).
11. Annexe : Description du processus d'examen national Innov8 et liste des membres de l'équipe d'examen.

## PRODUITS DE L'ÉTAPE 7

**Félicitations, l'équipe d'examen a terminé l'analyse de l'Étape 7 !**

Le résumé des produits de l'Étape 7 devra comporter les éléments suivants :

- Un bref énoncé de la nouvelle théorie du programme qui mette davantage l'accent sur l'équité et le respect des spécificités hommes-femmes et sur les droits de l'homme.
- Un schéma du modèle logique révisé, faisant apparaître la séquence des activités des phases principales du programme en lien avec les produits et les réalisations, qui mette davantage l'accent sur l'équité et le respect des spécificités hommes-femmes et sur les droits de l'homme.
- Un rapport détaillant une proposition de révision comprenant les éléments suivants (voir Encadré 7.1 pour plus de détails) :

- Une synthèse des produits et des décisions des Étapes 1 à 7, incluant les informations et les données factuelles qui ont nourri la réflexion de l'équipe d'examen ;
- La nouvelle théorie du programme et le schéma du modèle logique du programme révisé ;
- La description du champ et du niveau d'application (national, régional, local) des changements proposés, y compris ceux qui dépassent le cadre direct du programme, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé ; et
- Un plan à court terme de mise en œuvre des propositions d'ajustement et de révision du programme, en précisant les tâches requises, les parties responsables, les ressources nécessaires et le calendrier préliminaire.

## RÉFÉRENCES

Asthana S, Halliday J (2006). Developing an Evidence base for policies and interventions to address Health inequalities: The Analysis of "Public Health Regimes". *The Milbank Quarterly*. 2006;84(3):577–603.

Berrie M (2007). Initiating Phase – Feasibility Study Request and Report (#5 in the series Initiating Phase). Queensland University of Technology. Disponible : <http://www.pmhut.com/initiating-phase-feasibility-study-request-and-report> (consulté le 22 février 2016).

Byng R, Norman I, Redfern S (2005). Using realistic evaluation to evaluate a practice-level intervention to improve primary healthcare for patients with long-term mental illness. *Evaluation*. 2005;11(1):69–93.

Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, Pfaffmann J, Ribaira E, O'Connell T, Doughty P, Aung KM, Prieto L, Rasanathan K, Sharkey A (2012). The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach. *Lancet*. 2012;380(9850):1341–1351. Disponible : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61378-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61378-6) (consulté le 4 mars 2016).

Dunn JR, van der Meulen E, O'Campo P and Muntaner C (2013). Improving health equity through theory-informed evaluations: a look at housing first strategies, cross-sectoral health programs, and prostitution policy. *Evaluation and Program Planning*. 2013;36(1):184–90. Disponible : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718912000250> (consulté le 26 février 2016).

com/science/article/pii/S0149718912000250 (consulté le 26 février 2016).

Gwatkin DR, Ergo A (2011). Universal health coverage: Friend or foe of health equity? *Lancet*. 2011;377:2160–2161. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62058-2.

Kenny N, Joffres C (2008). An Ethical Analysis of International Health Priority-Setting. *Health Care Analysis*. 2008;16:145–160.

Lacouture A, Breton E, Guichard A, Ridde V (2015). The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation Science*. 2015;10(1):153. Disponible : <http://www.implementationscience.com/content/10/1/153> (consulté le 18 février 2016).

Macintyre S, Chalmers I, Horton R, Smith R (2001). Using evidence to inform health policy: case study. *British Medical Journal*. 2001;322:222–5.

Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al (2010). Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London: United Kingdom. The Marmot Review.

Ministerio de Salud (2010). Documento Técnico III: Guía para Analizar Equidad en el Acceso y los Resultados de los Programas y su Relación con los Determinantes Sociales de la Salud. Serie de Documentos Técnicos del Rediseño de los Programas desde la Perspectiva de Equidad y Determinantes Sociales. Subsecretaría de Salud Pública: Santiago. [Ministry

# ÉLABORER UNE PROPOSITION DE RÉVISION AFIN DE TENIR COMPTE DES RÉSULTATS D'EXAMEN

## ÉTAPE 7

of Health of Chile (2010). Le document technique III porte sur l'appui à l'examen et à la réorientation des programmes de santé publique dans la perspective de l'équité et des déterminants sociaux de la santé. Santiago: Sous-secrétaire d'État à la santé publique.] Documents en espagnol uniquement.

Ministry of Health and Population, Nepal (2016). Review of the national ASRH programme to address equity, social determinants of health, gender and human rights. Final report prepared by Health Research and Social Development Forum (HERD).

Ministry of Health, Social Services and Equality, Government of Spain (2012). Methodological guide to integrate equity into health strategies, programmes and activities. Version 1. Madrid. Disponible: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent\\_Guia2012/docs/Methodological\\_Guide\\_Equity\\_SPAs.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf) (consulté le 17 février 2016).

Pawson R, Tilley N (1997). Realistic evaluation. London: Sage.

Pawson R, Tilley N (2004). Realist evaluation. London: British Cabinet Office. Disponible : [http://www.communitymatters.com.au/RE\\_chapter.pdf](http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf) (consulté le 18 février 2016).

Portillo I, Idigoras I, Bilbao I, Hurtado JL, Urrejola M, Calvo B, Mentxaka A, Hurtado JK (2015). Programa de cribado de cáncer colorectal de euskadi. Centro Coordinador del Programa de

Cribado, Subdirección de Asistencia Sanitaria, Dirección General de Osakidetza, Bilbao. Disponible : [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/deteccion\\_cancer/es\\_cancer/adjuntos/programa.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/deteccion_cancer/es_cancer/adjuntos/programa.pdf) (consulté le 17 février 2016).

Potts H, Hunt PH (2008). Participation and the right to the highest attainable standard of health. Project Report. Colchester, Essex: Human Rights Centre. Disponible : <http://repository.essex.ac.uk/9714/> (consulté le 22 février 2016).

Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A (2002). Criteria for Evaluating Evidence on Public Health Interventions. Journal of Epidemiology and Community Health. 2002;56:119–27.

UN (2008). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. M. Paul Hunt New York: Human Rights Council. Disponible : [http://www.who.int/medicines/areas/human\\_rights/A\\_HRC\\_7\\_11.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/human_rights/A_HRC_7_11.pdf) (consulté le 26 février 2016).

OMS (2014). Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle Rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture sanitaire universelle et équitable Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/185069/9789242507157\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/185069/9789242507157_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (consulté le 26 février 2016).

# Étape 8

Renforcer la surveillance  
et l'évaluation





# Vue d'ensemble

À l'Étape 8, l'équipe d'examen analyse la façon dont le processus d'examen et de révision Innov8 a amené des changements (en ce qui concerne le programme et aussi les attitudes et les compétences de l'équipe d'examen). Cette étude a également pour objet de voir comment la surveillance et l'évaluation du programme peuvent déterminer si les changements atteignent les objectifs recherchés. L'Étape 8 contribue également au renforcement des processus d'examen, de planification, de surveillance et d'évaluation du programme. Ce faisant, l'Étape 8 renforce une approche durable destinée à prendre en considération l'équité, la parité hommes-femmes, les droits de l'homme et les déterminants sociaux de la santé.

En atteignant cette étape, l'équipe d'examen a mené à bien ce qui est avant tout un processus d'évaluation. L'Étape 8 constitue par conséquent un temps opportun pour réfléchir plus largement sur l'influence de ce processus aux niveaux individuel, interpersonnel et collectif. Il s'agit notamment d'évaluer les changements produits sur les participants et le programme et qui contribuent à apporter des réponses durables face à l'évolution constante du paysage des inégalités en santé.

À l'Étape 8, l'équipe d'examen devra se focaliser sur les questions essentielles suivantes : Quelle surveillance pouvons-nous mettre en place, si le programme, davantage axé sur l'équité, le respect des différences entre les sexes et intégrant

une approche fondée sur les droits de l'homme permet effectivement de toucher la/les sous-population(s) ciblée(s) et d'obtenir les résultats escomptés à court, moyen et long terme ? Cette réponse implique une réflexion sur les indicateurs, les méthodes quantitatives et qualitatives et d'autres mécanismes. Cet exercice exige de l'équipe d'examen qu'elle indique l'échéancier des résultats escomptés : Quand ce nouveau programme apportera-t-il des résultats et aura-t-il un impact ?

L'Étape 8 comprend trois activités :

- 1) Réfléchir sur la manière dont le processus Innov8 exerce son influence ;
- 2) Définir un plan de surveillance et d'évaluation de la nouvelle théorie du programme ; et,
- 3) Examiner comment les processus de planification et d'examen courants/systématisques des programmes peuvent permettre une meilleure intégration des questions d'équité, de parité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé.

Le produit principal de l'Étape 8 est la proposition consistant à surveiller si le programme révisé permet de toucher les sous-populations prioritaires, d'obtenir les résultats escomptés et d'améliorer le cadre de surveillance et d'évaluation du programme de santé. Cet élément sera intégré dans la proposition de révision comme produit de la proposition de révision (Étape 7).

## Objectifs de l'Étape 8

- Examiner comment l'engagement dans le processus Innov8 a exercé une influence et suscité le changement pour chacun des membres de l'équipe d'examen, dans leurs interactions et au niveau collectif du programme et de l'institution.
- Définir une proposition consistant à contrôler si le programme révisé touche effectivement les sous-populations prioritaires et permet d'obtenir les résultats escomptés.
- Identifier les contributions recueillies tout au long du cycle d'examen susceptibles d'être pertinentes pour améliorer le cadre de surveillance et d'évaluation du programme de santé.

# RENFORCER LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION

## ÉTAPE 8

### TEXTES DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉTAPE 8

#### Donner toute sa place à l'évaluation : Vers des processus de surveillance et d'évaluation axés sur l'équité, le respect des différences entre les sexes et fondés sur les droits de l'homme

L'approche Innov8 est basée sur les principes de l'évaluation réaliste énoncés aux sections précédentes et s'appuie en grande partie sur la réflexion menée par Sridharan (Sridharan, 2014a), ainsi que sur les travaux de l'OMS sur le renforcement des systèmes d'information sanitaire afin de mieux prendre en compte l'équité, la parité hommes-femmes, les droits de l'homme et les déterminants sociaux. Celle-ci s'inspire de l'approche définie par l'OMS en matière d'évaluation, en particulier en ce qui concerne :

- L'accent sur les réalisations attendues et effectives, l'examen de la chaîne de résultats, les processus les facteurs contextuels et la causalité afin de comprendre les réalisations ou l'absence de réalisations ;
- L'objectif est de déterminer la pertinence, l'impact, l'efficacité, l'efficience et la pérennité des interventions et des contributions institutionnelles ;

- La mise à disposition d'informations reposant sur des bases factuelles, fiables et utiles, permettant d'intégrer en temps utile les conclusions, recommandations et les enseignements dans le processus de prise de décision et de gestion ;
- La constitution d'une partie intégrante de chaque phase de la planification stratégique et du cycle de programmation et pas uniquement une activité de fin de programme (WHO 2013), et
- La garantie que le cadre de surveillance et d'évaluation et le système d'information mis en place pour le programme fournissent les informations nécessaires pour déterminer quels groupes sont laissés de côté et bénéficient moins du programme sur une base permanente, conformément aux engagements pris concernant la CSU et les ODD.

#### Encadré 8.1 Définitions : surveillance et évaluation

**Surveillance** : Fonction continue faisant appel à la collecte systématique de données basées sur des indicateurs précis afin de fournir aux responsables et aux principales parties prenantes d'une intervention en cours des indicateurs de progression et de réalisation des objectifs et de l'emploi des fonds alloués.

**Évaluation** : Appréciation systématique et objective d'un projet, d'un programme ou d'une

politique en cours ou achevé, de sa conception, de sa mise en œuvre et de ses résultats. L'objectif est de déterminer la pertinence et la réalisation des objectifs, le développement de l'efficacité, l'efficience, l'impact et la pérennité. Une évaluation doit fournir des informations qui sont crédibles et utiles, permettant d'intégrer les enseignements tirés dans le processus décisionnaire.

Source : OECD, 2010.

L'un des aspects importants d'un processus d'évaluation porte sur l'influence du processus sur les personnes et les organisations. (Figure 8.1).

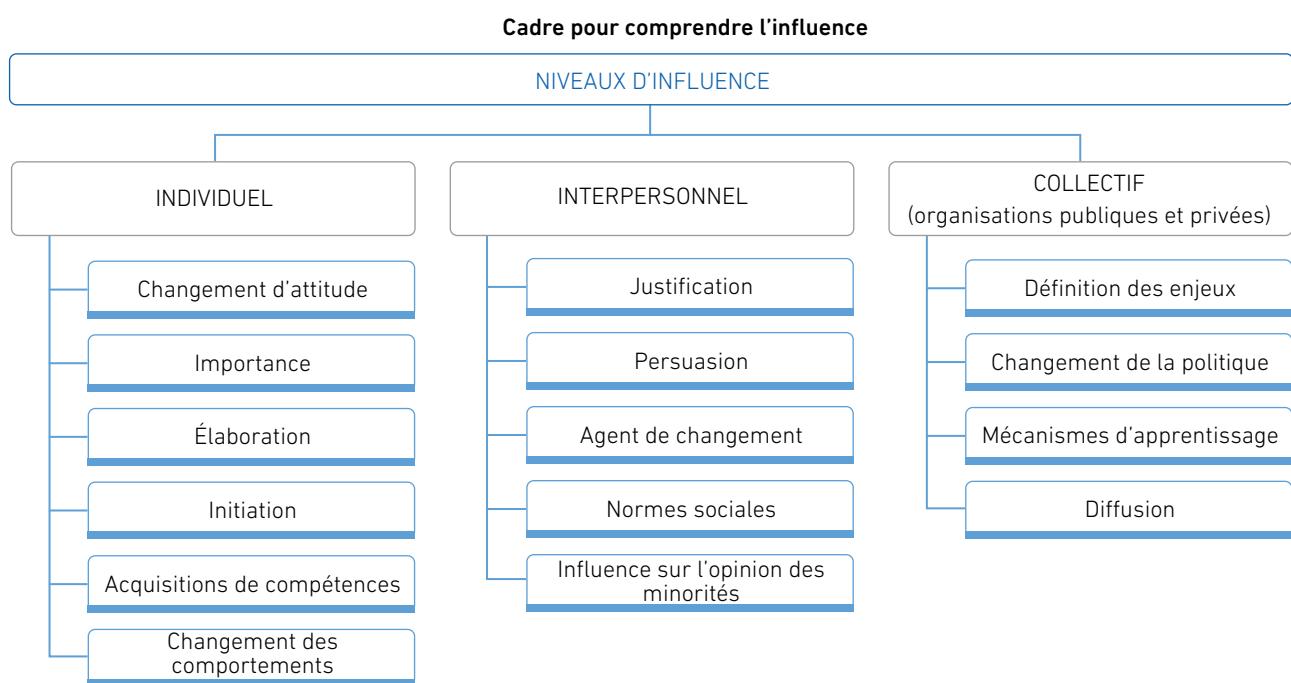
Par exemple, de par leur connaissance de l'approche Innov8, on attend des participants qu'ils acquièrent une meilleure compréhension de l'importance

des questions d'équité, d'égalité entre les sexes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé. On attend d'eux qu'ils aient acquis ou renforcé des compétences afin d'agir comme agents du changement pour convaincre les autres. Collectivement, aux niveaux programmatique

et organisationnel, le processus doit influer sur l'identification des thèmes à traiter, la formation axée

sur la politique à adopter et enfin sur les changements spécifiques concernant la politique et le programme.

**Figure 8.1 Comment les évaluations exercent-elles une influence ?**



Source : Sridharan, 2014a, adapté des travaux de Mark and Henry, 2004.

## Considérations concernant la conception de la surveillance et de l'évaluation de la version améliorée du programme

L'approche Innov8 a pour objet de permettre l'élaboration d'une théorie du programme plus pertinente qui prenne en compte les sous-populations laissées de côté, les obstacles, les mécanismes générateurs d'inégalités, etc., non couverts dans le processus d'examen. Une question essentielle qui se pose est la suivante : comment savoir si ce nouveau programme est réellement efficace ? En envisageant une stratégie de surveillance et d'évaluation pour répondre à cette question, l'équipe d'examen devra trouver un compromis entre rigueur et pragmatisme. Comme le dit Sridharan, nul besoin de rechercher la « Rolls-Royce » en matière de méthode d'inférence causale ; il suffit de prendre en compte un ensemble stratégique de méthodes pratiques qui ensemble permettront aux équipes de réunir suffisamment de

données pour dire si le nouveau programme contribue à une plus grande équité – ou non (Sridharan, 2016).

L'analyse des contributions est une approche qui permet d'effectuer des évaluations concrètes et réalisables afin d'aider les responsables de programme à tirer des conclusions sur la contribution apportée par leur programme aux réalisations spécifiques et à réduire le niveau d'incertitude. Cette démarche cadre parfaitement avec l'approche Innov8 en ce qu'elle prend en compte les résultats observés à travers la compréhension des raisons pour lesquels ils ont été ou non obtenus et les relations avec l'intervention et d'autres influences. En d'autres termes, elle prend comme point de départ la théorie de l'intervention – la théorie du programme

# RENFORCER LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION

## ÉTAPE 8

comportant les principales hypothèses qui sous-tendent la réussite du programme, étayée par des données factuelles développées dans la révision, à l'Étape 7. On peut raisonnablement avancer que l'intervention apporte une contribution si :

- Elle a été mise en œuvre conformément aux recommandations précisées dans la théorie du programme ;
- La chaîne d'activités – les produits et les réalisations sont tangibles ; et

- D'autres facteurs influents sont évalués et leur contribution jugée minime ou importante (ils peuvent être intégrés aux hypothèses de la théorie du programme) (Mayne, 2011).

En particulier, en ce qui concerne l'évaluation des interventions ayant pour but d'améliorer l'équité en santé, de prendre en compte les déterminants sociaux, et qui sont fondées sur les droits de l'homme et le respect de l'égalité entre les sexes, vous trouverez ci-dessous des questions pour mener la réflexion (Sridharan, 2012b; Tannahill & Sridharan, 2013).

### Comment la conception de la surveillance et de l'évaluation peut-elle permettre d'évaluer les impacts d'une intervention ?

Dans l'idéal, la conception devrait intégrer les approches à la fois de surveillance et d'évaluation. La surveillance vise à étudier la progression par rapport à des indicateurs précis et mesure les progrès des indicateurs du système par rapport aux objectifs ciblés. En revanche, les évaluations analysent le « pourquoi » ou le « pourquoi non » des performances et tentent d'apporter des mesures correctives si la performance n'est pas à la hauteur des attentes.

Les éléments à prendre en compte dans l'élaboration d'un plan de surveillance et d'évaluation en vue de déterminer si la nouvelle intervention a un impact réel sur les inégalités en santé sont notamment :

- Une réflexion sur ce que signifient des résultats probants (réalisations et impacts à plus long terme) pour une intervention ;

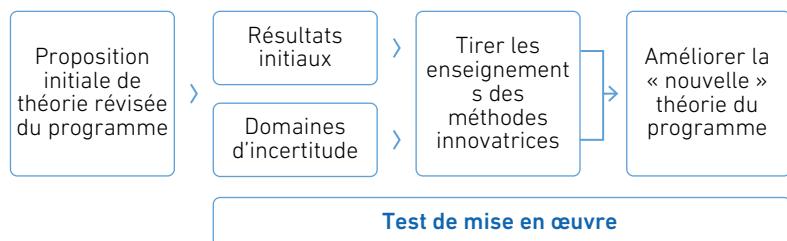
- Une visibilité en termes de calendrier et aussi de « trajectoire » d'impact (Woolcock, 2009, cité dans Tannahill & Sridharan, 2013);
- Des mesures claires et fiables – les mesures doivent prendre en compte la théorie orientée équité, respectueuse des différences hommes-femmes et fondée sur les droits de l'homme ;
- Des mesures des contextes dynamiques susceptibles d'être nécessaires au bon fonctionnement de l'intervention et
- Des échanges sur les utilisations et l'influence potentielle des résultats de la surveillance et de l'évaluation.

### Comment tirer les enseignements du programme de façon dynamique lorsqu'il est en phase d'exécution ?

Le processus de surveillance et d'évaluation est généralement représenté de manière linéaire. Cependant, lorsqu'il s'agit de la surveillance d'interventions complexes, en particulier lorsque l'on tente des initiatives nouvelles et novatrices, le chemin n'est plus linéaire. C'est une relation plus dynamique

entre la théorie, les méthodes et les résultats qui entre en jeu. Pour permettre un processus d'apprentissage continu, on applique différentes méthodes. Celles-ci pourront comporter des indicateurs stratifiés, des techniques d'exploration qualitatives et un suivi longitudinal.

**Figure 8.2 Tirer les enseignements des méthodes d'évaluation en vue de l'amélioration continue du programme**



Sources : Sridharan, 2012a ; Sridharan 2012b, avec modifications par les auteurs.

## Le « et maintenant ? » En quoi la nouvelle initiative a-t-elle amélioré la vie ?

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'en fin de compte, les évaluations de qualité parlent d'histoires de performance. Les histoires de performance les plus crédibles disent comment et pourquoi les investissements dans les interventions changent la

vie des individus, en particulier des plus démunis. L'emploi de méthodes qualitatives pour décrire les perspectives et les expériences constitue un moyen efficace pour rapporter ces histoires de performance (Sridharan & Nakaima, 2011).

## Analyser comment les enseignements tirés du cycle d'examen permettent de renforcer la surveillance et l'évaluation

Les conclusions pertinentes du cycle d'examen, rédigées aux différentes étapes et comprenant les ajustements recommandés à apporter au programme peuvent s'avérer utiles pour envisager la façon d'améliorer le cadre de surveillance et d'évaluation

du programme en intégrant les questions d'équité, d'égalité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux dans les processus en cours de planification et d'examen du programme.

# RENFORCER LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION

## ÉTAPE 8

**Figure 8.3 Contributions potentielles de l'approche Innov8 au cadre de surveillance et d'évaluation**

|   |  |
|---|--|
| <b>Étape 3:</b> Identifier les groupes que le programme laisse de côté                  | > Informations concernant les déterminants de l'équité pertinents  |
| <b>Étape 4:</b> Prendre en compte les obstacles et les facteurs favorables              | > Informations concernant les obstacles pouvant faire l'objet d'une surveillance   |
| <b>Étape 5:</b> Identifier les mécanismes générateurs d'inégalités en santé             | > Informations concernant les déterminants sociaux de base pouvant faire l'objet d'un suivi  |
| <b>Étape 6:</b> Prendre en compte l'action intersectorielle et la participation sociale | > Indicateurs de processus de l'action intersectorielle et de la participation sociale   |
| <b>Étape 7:</b> Élaborer une proposition de révision du programme                       | > Indicateurs en vue de nouvelles interventions et/ou cibles pour assurer l'équité en matière de couverture des interventions existantes |

La liste de contrôle indiquée à l'Étape 1 posait la question du cadre de surveillance et d'évaluation du programme. D'une certaine manière, ces réponses

constituent la base pour envisager des améliorations, en prenant en compte les éléments essentiels de la théorie du programme élaborée à l'Étape 2.

|  |
|--|
| <b>Étape 3:</b> Identifier les groupes que le programme laisse de côté |
|--|

L'Étape 3, qui consistait à « Identifier les groupes que le programme laisse de côté » demandait :

- De préciser les réflexions de l'équipe d'examen sur les sous-populations qui ne bénéficient pas du programme à chaque phase principale ; et
- Si les données quantitatives et qualitatives existantes à disposition confirment les conclusions des réflexions menées par l'équipe d'examen.

Les réponses à ces questions peuvent fournir des orientations sur la manière d'améliorer le cadre de surveillance et d'évaluation et, éventuellement,

|  |   |
|--|---|
| <b>Étape 3:</b> Identifier les groupes que le programme laisse de côté | > Informations concernant les déterminants de l'équité pertinents |
|--|---|

les sources de données qui les sous-tendent. Ainsi, les principaux indicateurs pourraient être ventilés en fonction des déterminants de l'équité jugés les plus pertinents. Il est à noter que souvent les programmes de santé dédiés à la personne se caractérisent par un pouvoir décisionnaire limité sur les sources de données telles que les enquêtes transversales auprès des ménages, susceptibles de fournir des informations qui figurent dans le cadre de surveillance et d'évaluation du programme. Les programmes de santé peuvent néanmoins préconiser des tailles d'échantillons appropriées, des approches de ventilation des données, l'analyse de l'équité et l'établissement de comptes rendus.

|  |
|--|
| <b>Étape 4:</b> Prendre en compte les obstacles et les facteurs favorables |
|--|

Il peut également être utile d'envisager d'ajouter au cadre de surveillance et d'évaluation du programme des obstacles spécifiques qui sont apparus à l'Étape 4 du processus d'examen. Par exemple, si des obstacles financiers ou autres liés à la sexospécificité, à la discrimination ou à l'origine ethnique apparaissent

|  |  |
|--|--|
| <b>Étape 4:</b> Prendre en compte les obstacles et les facteurs favorables | > Informations concernant les obstacles pouvant faire l'objet d'une surveillance |
|--|--|

comme des éléments majeurs à l'Étape 4, les indicateurs relatifs à ces barrières peuvent être intégrés au cadre de surveillance et d'évaluation du programme. Cela peut également passer par l'adaptation des sources de données, ou simplement par une meilleure utilisation des données existantes.

**Étape 5:** Identifier les mécanismes générateurs d'inégalités en santé

À l'Étape 5, il est possible que l'équipe d'examen ait identifié les principaux déterminants sous-jacents se rapportant au programme et au thème de santé abordé. Par exemple, si les niveaux de pauvreté et d'éducation ont été identifiés comme étant les facteurs essentiels qui expliquent les inégalités en

Informations concernant les déterminants sociaux de base pouvant faire l'objet d'un suivi

**Étape 6:** Prendre en compte l'action intersectorielle et la participation sociale

À l'Étape 6, l'équipe d'examen aura peut-être repéré que certaines contributions clés au programme et questions relatives au processus, telles que les actions conjointes menées en collaboration avec un autre secteur ou les consultations avec la sous-population

santé, ceux-ci pourront faire l'objet d'un suivi par le programme pour la population cible. Il ne sera pas forcément nécessaire de recueillir des données sur ces éléments, mais on pourra effectuer un suivi à partir de différentes sources (par exemple des enquêtes menées par d'autres secteurs).

Indicateurs de processus de l'action intersectorielle et de la participation sociale

**Étape 7:** Élaborer une proposition de révision du programme

Enfin, à l'Étape 7 consacrée à la révision, l'équipe d'examen aura défini les changements à apporter au programme dans le but de réduire les inégalités. Ces changements, qui peuvent prendre la forme d'activités ou d'interventions nouvelles ou la modification de mesures existantes, peuvent apparaître dans le cadre de surveillance et d'évaluation. De même, si la révision a permis de déterminer des objectifs en matière d'équité afin de réduire les écarts en termes de couverture pour les sous-populations défavorisées, c'est l'occasion de les intégrer dans le cadre de surveillance et d'évaluation du programme.

Outre les indicateurs du cadre de surveillance et d'évaluation, l'équipe d'examen peut également prendre en compte les processus liés à celui-ci. Il est important d'orchestrer la surveillance du programme d'une manière qui soit participative et transparente, et qui garantisse la confidentialité, conformément à l'approche fondée sur les droits de l'homme (Nations Unies, 2012). Cette exigence s'applique aux sources de données qualitatives et quantitatives, ainsi qu'à la façon dont les données sont archivées/protégées, analysées, notifiées et utilisées. Il s'agira par exemple

sont nécessaires pour améliorer la prise en compte des inégalités en santé par le programme. L'équipe d'examen pourra alors se demander si les indicateurs du processus/contributions qui s'y rapportent ont leur place dans le cadre de surveillance et d'évaluation

Indicateurs en vue de nouvelles interventions et/ou cibles pour assurer l'équité en matière de couverture des interventions existantes

d'impliquer les représentants de la population cible dans l'analyse et la notification des données, de garantir des mesures appropriées de protection de l'identité personnelle (ex. en ce qui concerne les données ventilées en fonction de l'origine ethnique) et de publier les données et les rapports.

Il pourra être nécessaire de renforcer les capacités du personnel du programme dans le domaine de l'analyse, de la notification, de la diffusion et de l'utilisation des informations relatives aux inégalités en santé. L'aptitude à analyser les données relatives aux inégalités en santé requiert non seulement des connaissances techniques des mesures et des calculs, mais également la maîtrise des meilleures pratiques en matière d'application et d'interprétation des analyses (OMS, 2013 ; OMS, 2014 ; OMS, 2015). L'OMS travaille actuellement à l'élaboration des meilleures pratiques en matière de notification des résultats du suivi des inégalités en santé, afin de proposer des méthodes innovantes et interactives permettant aux participants d'analyser les données relatives aux inégalités. Elle dispose également de ressources de renforcement des capacités et d'orientations normatives pouvant être utiles pour le personnel du

# RENFORCER LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION

## ÉTAPE 8

programme (voir [http://www.who.int/gho/health\\_equality/videos/en/](http://www.who.int/gho/health_equality/videos/en/)).

La plupart des changements apportés au cadre et aux processus de surveillance et d'évaluation du programme nécessiteront la consultation d'experts,

issus parfois des divisions données et statistiques de l'État, qui pourront faire partie de l'équipe d'examen. La finalisation d'une proposition de changements concernant le cadre de surveillance et d'évaluation peut nécessiter la consultation de ces experts.

### Examiner comment les processus d'examen courants/systématiques des programmes pourraient permettre une meilleure intégration des questions d'équité, de parité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé

Les processus de planification et d'examen courants/ en cours d'un programme de santé dépendent largement du contexte national et programmatique. Les sources d'information des examens (et des activités de planification afférentes) peuvent provenir de la base, en tenant compte des bilans effectués aux niveaux des districts, des provinces/États et du rapport de situation national.

La compréhension du cycle de planification et d'examen d'un programme exige de mettre en correspondance :

- L'approche d'évaluation et les composantes du processus de planification et d'examen, notamment par rapport au cadre de surveillance et d'évaluation du programme ;
- La manière dont l'examen est mené aux différents niveaux – district, infranational et national – et les flux d'informations entre ceux-ci ;
- Le séquençage des composantes de l'examen et le calendrier de planification ;
- Les sources d'information et les instruments de collecte de ces données (quantitatives et qualitatives, d'origine étatique et non étatique) ;
- L'organe de surveillance de l'examen, les mécanismes de coordination et les parties prenantes consultées (en dehors du personnel du programme), en précisant notamment dans quelle mesure les hommes et les femmes issus de groupes diversifiés ont participé dans un souci d'égalité ;

- La manière dont les conclusions sont analysées, hiérarchisées et rapportées ;
- La manière dont les conclusions sont utilisées dans la planification et la budgétisation ;
- La manière dont les décisions finales sont prises au cours du processus de planification et les critères utilisés ; et
- La manière dont les conclusions des examens/ planification spécifiques au programme alimentent les processus d'examen et de planification du secteur de la santé plus large (ex. en vue de l'établissement des plans de santé nationaux).
- L'équipe d'examen peut prendre en compte les points d'entrée afin d'apporter des ajustements aux processus en cours de planification et d'examen du programme afin de s'assurer qu'il comporte des mécanismes intégrés de prise en considération des inégalités en santé, de la sexospécificité et des droits de l'homme. Exemples d'ajustements :
  - Utilisation d'informations utiles en termes d'équité dans les processus d'examen et de planification (voir section précédente relative au cadre de surveillance et d'évaluation) ;
  - Implication des femmes et des hommes issus de sous-populations défavorisées dans les consultations afin de guider les exercices d'examen et de planification ;
  - Consultation avec d'autres secteurs au cours des processus d'examen et de planification ; et

- Intégration des critères pertinents dans les exercices concernant la hiérarchisation des activités et la budgétisation, pour ne laisser personne de côté (et

s'assurer que le programme est au moins tout aussi performant pour les sous-populations défavorisées que pour celles qui sont plus favorisées.

### **Étape 8 Lectures et ressources complémentaires**

WHO (2011). Monitoring, evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/healthinfo/country\\_monitoring\\_evaluation/1085\\_IER\\_131011\\_web.pdf](http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/1085_IER_131011_web.pdf) (consulté le 24 février 2016).

WHO (2013). Handbook on health inequality monitoring – with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf) (consulté le 24 février 2016).

[bitstream/10665/85345/1/9789241548632\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf) (consulté le 24 février 2016).

WHO (2014). Monitoring health inequality: An essential step for achieving health equity. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133849/1/WHO\\_FWC\\_GER\\_2014.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133849/1/WHO_FWC_GER_2014.1_eng.pdf) (consulté le 26 février 2016).

Vidéos : Monitoring health inequality: illustrations of fundamental concepts [http://www.who.int/gho/health\\_equity/videos/en/](http://www.who.int/gho/health_equity/videos/en/)

# RENFORCER LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION ÉTAPE 8

## EXEMPLES D'ÉTUDE DE CAS DES ENSEIGNEMENTS DE L'ÉVALUATION DE L'ÉTAPE 8 ET SURVEILLANCE ET ÉVALUATION DES PROPOSITIONS DE RÉVISION

### Cadre de surveillance et d'évaluation concernant la proposition de révision du programme national de santé sexuelle et génésique de l'adolescent mis en place au Népal

À l'issue du processus d'examen du programme, l'équipe en charge du programme national de santé sexuelle et génésique mis en place au Népal s'est interrogée sur certaines influences aux niveaux individuel et collectif. Dans un premier temps, le processus a permis aux participants d'identifier les obstacles qui empêchent d'obtenir les résultats du programme, en se fondant sur la théorie des inégalités.

De ce fait, la nouvelle théorie du programme a mis l'accent sur l'équité et s'est enrichie d'interventions destinées à améliorer la qualité du programme sur la santé sexuelle et génésique et sa mise en œuvre dans le contexte népalais, et ainsi assurer une meilleure disponibilité, accessibilité et couverture des services pour tous les adolescents, en particulier ceux issus des groupes les plus vulnérables, vivant dans les régions rurales et les taudis urbains.

Tous les participants au processus d'examen ont reconnu l'importance de la collaboration avec différentes parties prenantes et également de la participation sociale. De ce fait, au niveau institutionnel, ces méthodes seront adoptées et feront partie intégrante du travail d'élaboration et de

mise en œuvre du programme de santé sexuelle et génésique de l'adolescent, ainsi que de l'élaboration de la stratégie plus large concernant la santé de l'adolescent. En outre, ce processus a été l'occasion de créer des réseaux et des alliances solides entre les participants.

Du point de vue des participants, le plus important a été de prendre conscience que la réussite de chaque intervention pouvait être compromise si les questions de contexte et d'hétérogénéité qui se traduisent par le fait que les groupes vulnérables qui sont confrontés à des besoins et à des obstacles spécifiques ne sont pas prises en compte. Ainsi l'identification et la maîtrise de ces aspects ont été indissociables de l'élaboration et de la mise en œuvre des interventions en faveur de l'équité.

Outre la prise en compte des influences préconisées dans l'approche Innov8, l'équipe népalaise s'est demandé comment savoir si les principaux ajustements du programme révisé permettraient effectivement d'atteindre la sous-population prioritaire – les jeunes vivant dans des zones rurales – et d'obtenir les résultats escomptés (voir Tableau 8.1).

**Tableau 8.1 Cadre de surveillance et d'évaluation du programme de santé sexuelle et générésique de l'adolescent mis en place au Népal concernant les principaux ajustements**

| Indicateurs d'apport/de méthode   | Activités  | Indicateurs de résultat   | Indicateurs de performance  | Impact   |
|---|--|---|---|--|
| Services adaptés aux adolescents, indiquer les critères de sélection révisés<br>Nombre de services adaptés aux adolescents mis en place | Planification de la coordination intersectorielle pour un certain nombre de sites offrant des services adaptés aux adolescents | Nombre de services adaptés aux adolescents créés dans les zones rurales, difficiles d'accès | Nombre d'adolescents bénéficiant des services assurés par les AFS, en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, du niveau d'instruction, milieu urbain/rural, quintile de richesse, etc. | Augmentation de l'âge au mariage<br>Augmentation du taux de prévalence de la contraception<br>Diminution des besoins non satisfaits<br>Diminution du nombre de grossesses chez les adolescentes<br>Diminution du taux de fécondité par âge chez les adolescentes<br>Diminution des taux de morbidité et de mortalité liés à la santé générésique chez les adolescentes |
| Nombre de sessions de formation destinées aux prestataires de services  | Formations destinées aux prestataires de services  | Nombre de prestataires de services formés, ventilés par sexe et par lieu géographique       | Nombre d'AFS fournissant des services de qualité<br>• Nombre/% d'adolescents qui perçoivent une discrimination dans la prestation des services  | • Nombre/% d'adolescents qui ont connaissance des services adaptés aux adolescents en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, du niveau d'instruction, du milieu urbain/rural, quintile de richesse, etc. et y ont recours.   |

# RENFORCER LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION

## ÉTAPE 8

| Indicateurs d'apport/de méthode  | Activités   | Indicateurs de résultat  | Indicateurs de performance  | Impact   |
|--|---|--|---|--|
| Nombre d'établissements scolaires comprenant des espaces d'information réservés aux adolescents  | Mise en place d'espaces disposant de supports appropriés sur l'éducation et le comportement (information, éducation et communication (IEC) - communication pour le changement de comportement (BCC) | Nombre d'espaces d'information réservés aux adolescents comprenant des supports IEC/BCC appropriés | Nombre d'adolescents/enseignants utilisant les supports IEC/BCC provenant de l'espace information réservé aux adolescents |  |
| Révision des directives élaborées par la Division gestion instituant la participation obligatoire des adolescents au Comité d'exploitation et de gestion des établissements de santé (HFOMC) | Participation des adolescents au HFOMC et au programme de santé sexuelle et génésique de l'adolescent   | Nombre de HFOMC comprenant des membres adolescents, répartis en fonction du sexe et de l'âge       | Nombre de HFOMC comprenant des membres adolescents, répartis en fonction du sexe et de l'âge                              | Nombre/% d'adolescents qui ont le pouvoir de faire valoir leurs droits, en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, du niveau d'instruction, du milieu urbain/rural, du quintile de richesse, etc. |

Source : Ministère de la Santé et de la Population, Népal (2016).

## Évaluation des enseignements tirés du processus d'examen du programme conduit au Chili

En 2009-2010, la méthodologie d'examen du programme utilisée au Chili avait été élaborée en exclusivité par six responsables de programmes de santé répartis en équipes d'examen, appelées « cellules », en vue d'aborder la question des réseaux de changement. Sous la direction desdits responsables, les équipes d'examen comprenaient des responsables de programme au niveau local et des prestataires de première ligne, des responsables

d'autres programmes de santé dans des domaines connexes, des acteurs intersectoriaux ainsi que des représentants de la société civile. Le processus d'examen et de révision s'inspirait des concepts d'évaluation critique et réaliste, en particulier les lignes directrices définies par Sridharan concernant l'évaluation fondée sur la théorie, en prenant en compte les concepts qu'un évaluateur compétent doit appliquer.

## **Quelle a été la spécificité du processus d'examen des programmes mené au Chili (2009-2010) ?**

Cette méthode a permis d'élaborer un processus dynamique, impliquant les programmes de santé publique en vue de réfléchir collectivement sur la manière de prendre en considération les besoins non satisfaits de la population et les inégalités en santé en proposant des ajustements au programme, une action et une participation intersectorielles en se plaçant dans une perspective d'équité en santé et de déterminants sociaux de la santé, caractérisée par :

- Un processus élaboré et contrôlé par les principales parties prenantes (six équipes d'examen du programme travaillant en cellules dans un réseau pour le changement) ;
- Accent sur l'action/les solutions ; avec des résultats mesurables en termes de changements et de réalisations liés au programme ;
- Soutien politique fort ;
- Progrès remarquable en un an ; et
- A servi d'exemple à de nombreux autres processus dans un grand nombre de pays.

Néanmoins, cinq ans plus tard, à l'occasion du lancement d'un nouveau processus d'examen au Chili, le ministère de la Santé a étudié la manière d'ancrer davantage la réflexion sur l'évaluation à la fois dans le processus et dans les cycles de planification et d'évaluation des programmes en cours. Les questions suivantes ont été jugées importantes afin de documenter et d'analyser :

- Quels enseignements ont été tirés en ce qui concerne : (i) (i) les changements quant à la perception du/des problème(s) que pose le programme et les types de solutions nécessaires

Source: Sridharan, 2014b.

pour y remédier ; (ii) les avantages et, très important, (iv) la compréhension des écarts dans le processus ?

- Quelles sont les chaînes d'influence de l'initiative et la manière dont elles ont fonctionné aux niveaux individuel et collectif ? Ont-elles persisté et se sont-elles approfondies ?
- Qu'en est-il des sphères de contrôle ? Quel est le poids d'une proposition de révision seule (avant approbation, expérimentation et toutes les autres phases de travail nécessaire pour voir des changements concrets sur le terrain) ?
- Quelles structures/quels types d'appui ont été fournis et sont nécessaires pour mener à bien le processus d'examen et de révision ?
- Quels changements concernant les résultats du programme peuvent être attribués à la révision ?
- Quels sont les objets qu'il convient de contrôler et d'évaluer : recommandations/actions/enseignements tirés/réalisations ?
- Quel est le calendrier en termes d'impact ? Quand les changements en termes de réalisations sont-ils attendus ?
- A-t-on établi un langage et un but communs à l'ensemble des secteurs pour faciliter les changements et les indicateurs nécessaires pour dépasser les obstacles rencontrés par les partenaires ?
- Le programme révisé a-t-il vraiment permis de toucher les plus défavorisés ?
- Quelles innovations a-t-on observées en termes de planification, d'ajustements des cadres de surveillance et d'évaluation en cours et d'enseignements stratégiques pouvant être partagés ?

# RENFORCER LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION ÉTAPE 8

## RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 8

Les activités de l'Étape 8 sont résumées dans le Tableau 8.2.

**Tableau 8.2 Résumé des activités de l'Étape 8 : Renforcer la surveillance et l'évaluation**

| Questions   | Tâches   | Méthodes  |
|---|--|---|
| <b>Activité 1 : Réfléchir sur la manière dont le processus Innov8 exerce son influence</b>  |  |   |
| Quelles attitudes, aptitudes et changements le processus a-t-il entraînés au sein de l'équipe d'examen et à d'autres niveaux ?  | <ul style="list-style-type: none"><li>Réflexion sur les niveaux d'influence exercés par le processus sur les membres de l'équipe d'examen en tant qu'individus, sur leurs relations interpersonnelles et collectivement, au niveau programmatique ou institutionnel.</li></ul> | Discussion entre les membres de l'équipe d'examen   |
| <b>Activité 2 : Définir un plan de surveillance et d'évaluation de la théorie du programme révisée</b>  |  |   |
| Comment sait-on si le programme révisé bénéficie aux hommes et aux femmes de la/des sous-population(s) visées ?   | <ul style="list-style-type: none"><li>Mener une réflexion à partir des éléments contenus dans les références de lecture et définir des moyens réalisables de mesurer les produits et les réalisations du programme en veillant à ne laisser personne de côté.</li></ul>        | Discussion entre les membres de l'équipe d'examen<br><br>Prise en compte des exigences du cycle de planification et du programme : informations et calendrier |
| <b>Activité 3 : Examiner comment les processus de planification et d'examen courants/systématiques des programmes peuvent permettre une meilleure intégration des questions d'équité, de parité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé.</b> |  |   |
| Quels enseignements le processus a-t-il permis de tirer pour améliorer le cadre de surveillance et d'évaluation ?   | <ul style="list-style-type: none"><li>Mener une réflexion à partir des éléments contenus dans les références de lecture et identifier les aspects pertinents à prendre en compte.</li></ul>  | Discussion entre les membres de l'équipe d'examen   |

## GUIDE DES ACTIVITÉS DE L'ÉTAPE 8

Cette section présente les activités devant être réalisées à l'issue de la formation afin de finaliser les produits correspondant à cet élément de la phase de révision.

### ACTIVITÉ 1

#### Réfléchir sur la manière dont le processus Innov8 exerce son influence

- 1. En s'appuyant sur la Figure 8.1, l'équipe d'examen devra analyser les changements intervenus suite à la participation au processus d'examen et de révision.**

| Niveau individuel | Niveau interpersonnel | Collectif (pour le programme et l'institution) |
|-------------------|-----------------------|--|
|                   |                       |  |

### ACTIVITÉ 2

#### Définir un plan de surveillance et d'évaluation de la théorie du programme révisée (produit de l'Étape 7)

Au cours de cette activité, l'équipe d'examen analysera la théorie révisée du programme mettant davantage l'accent sur l'amélioration de l'équité, le respect des

différences entre les sexes et les droits de l'homme et répondra aux questions suivantes. L'équipe devra rédiger un bref résumé des réponses.

# RENFORCER LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION

## ÉTAPE 8

**2.a. Comment saura-t-on si les changements proposés dans le programme vont produire les résultats escomptés ?**

**2.b. Quels contributions, produits et réalisations clés du programme de révision doivent faire l'objet d'une surveillance ? Comment ? À quel moment doivent-ils être mesurés (nouvelles interventions ou activités) ?**

| Contribution, produit ou réalisation clé | Comment mettre en œuvre une surveillance ? | À quel moment ? |
|--|--|-----------------|
|  |  |                 |
|  |  |                 |
|  |  |                 |

Si la réponse à la question « comment ? » nécessite la mise en place d'indicateurs, seront-ils d'ordre quantitatif ou qualitatif ? Identifier les déterminants pertinents.

En ce qui concerne le calendrier, il est souvent important d'obtenir des informations rapidement pour les communiquer aux responsables de haut niveau et aux parties prenantes et pour réorienter les interventions, même si c'est seulement indicatif et non définitif.

### Renforcement des capacités

**2.c. Concernant l'analyse, la notification, la diffusion et l'utilisation des données relatives aux inégalités en santé (ainsi qu'aux obstacles et aux déterminants), quelles sont les capacités existantes ?**

- Existe-t-il des ressources disponibles à des fins d'analyse, de notification et de diffusion ?
- Le personnel dispose-t-il des connaissances et des compétences nécessaires, y compris dans les domaines de l'équité, de l'égalité entre les sexes,

- des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé ?
- Si tel n'est pas le cas, quels changements peuvent s'avérer nécessaires et quelles ressources sont exigées pour les appliquer ?

## ACTIVITÉ 3

Examiner comment les processus de planification et d'examen courants/systématiques des programmes peuvent permettre une meilleure intégration des questions d'équité, de parité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé

**3.a. Veuillez vous reporter aux conclusions de l'équipe d'examen concernant la liste de contrôle (voir Étape 1), en particulier les questions sur la surveillance. Sur la base de ces données, veuillez examiner le tableau et les questions ci-dessous, qui doivent permettre à l'équipe d'examen d'analyser en quoi les conclusions du cycle d'examen peuvent être utiles pour améliorer la surveillance en tenant compte des questions**

**d'équité, de parité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux.**

Nous rappelons qu'il ne s'agit pas ici de remplir mécaniquement toutes les cases, mais de relever les aspects susceptibles d'être pertinents pour renforcer le cadre de surveillance et d'évaluation du programme. Vous devez garder à l'esprit l'acronyme (KISS - keep it simple and sensitive) applicable aux systèmes de surveillance : que l'on peut traduire par « simplicité et bon sens ».

# RENFORCER LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION

## ÉTAPE 8

| Composante du cycle d'examen   | Question sur la pertinence par rapport au cadre de surveillance et d'évaluation du programme   | Quels sont les points pertinents qui se dégagent de vos conclusions |
|--|--|---|
| Étape 3 : Identifier les groupes que le programme laisse de côté   | Certains déterminants de l'équité devraient-ils être inclus ?<br>Si la stratification n'est pas envisageable, quelles autres sources de données pourraient permettre de fournir des informations concernant les sous-populations spécifiques ? |   |
| Étape 4 : Prendre en compte les obstacles et les facteurs favorables dont les sous-populations font l'expérience             | Si cela n'a pas déjà été fait, est-il nécessaire de contrôler les principaux obstacles identifiés ?  |   |
| Étape 5 : Identifier les mécanismes générateurs d'inégalités   | Quels déterminants sociaux de la santé devraient faire l'objet d'un suivi ? Les déterminants sociaux structurels et/ou intermédiaires ?  |   |
| Étape 6 : Analyser comment l'action intersectorielle et la participation sociale peuvent contribuer à réduire les inégalités | Existe-t-il des indicateurs pertinents concernant la participation sociale et l'action intersectorielle qui devraient être ajoutés ?   |   |

## PRODUITS DE L'ÉTAPE 8

Félicitations, l'équipe d'examen a terminé l'analyse de l'Étape 8 !

Il est conseillé à l'équipe d'examen de **résumer les produits de l'Étape 8 dans un rapport concis (environ deux à cinq pages)** pendant qu'elle a bien à l'esprit les conclusions de l'analyse. Le résumé des produits devra restituer de manière claire et succincte les conclusions et les décisions principales de l'équipe d'examen pour l'ensemble des activités prévues dans cette étape. Les conclusions de cette étape devront être intégrées au « rapport sur la proposition de révision » (voir exemple à l'Étape 7 – Encadré 7.1).

Le résumé des produits de l'Étape 8 devra comporter les éléments suivants :

- Une synthèse de l'influence exercée par le processus Innov8 sur l'équipe d'examen.
- Les grandes lignes d'un plan de surveillance et d'évaluation de la théorie du programme révisée.
- Un résumé des points pris en considération sur la manière dont les processus de planification et d'examen courants/systématiques des programmes peuvent permettre une meilleure intégration des questions d'équité, de parité hommes-femmes, des droits de l'homme et des déterminants sociaux.

## RÉFÉRENCES

Mark M and Henry G (2004). The mechanisms and outcomes of evaluation influence. *Evaluation*. 2004; 10(1): 35–57. Disponible : <http://evi.sagepub.com/content/10/1/35.abstract> (consulté le 10 août 2016).

Mayne J (2011). Contribution analysis: Addressing cause and effect. In: Forss K, Marra M, Schwartz R, eds. *Evaluating the complex: Attribution, contribution and beyond*. 18:53–96. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.

Ministry of Health and Population, Nepal (2016). Review of the national ASRH programme to address equity, social determinants of health, gender and human rights. Final report prepared by Health Research and Social Development Forum (HERD).

OECD (2010). Glossary of key terms in evaluation and results based management. Disponible : <http://www.oecd.org/development/evaluation/2754804.pdf> (consulté le 27 février 2016).

Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, Fukuda-Parr S, Gawanas BP, Giacaman R, Gyapong J, Leaning J (2014). The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet*. 2014;383(9917):630–667. Disponible : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/P11S0140-6736\(13\)62407-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/P11S0140-6736(13)62407-1/fulltext) (consulté le 27 février 2016).

Sridharan S (2012a). Understanding and Evaluating Complex Programs and Policies. Presentation Ontario CES Meeting. Ontario, Canada. Disponible : <http://evaluationontario.ca/wp-content/uploads/2012/11/Sanjeev-Sridharan-Understanding-and-Evaluating-Complex-Programs.pdf> (consulté le 24 février 2016).

Sridharan S (2012b). A Pocket Guide to Evaluating Health Equity Interventions – Some Questions for Reflection by Sanjeev Sridharan. Magic: Measuring & Managing Access Gaps in Care (blog entry). Disponible : <http://www.longwoods.com/blog/a-pocket-guide-to-evaluating-health-equity-interventions-some-questions-for-reflection/> (consulté le 17 février 2016).

Sridharan S (2014a). Making Evaluations Matter. Presentation. Santiago, Chile. 2014.

Sridharan S (2014b). Evaluating the redesign process (looking forward): Reflections from a distance. Presentation. Programme review from an equity and SDH perspective workshop. Santiago, Chile: Ministry of Health. April 2014.

Sridharan S (2016). Towards a structured process to evaluate health inequities in complex interventions. Presentation for the Ministry of Health. Santiago, Chile. January 2016.

Sridharan S, Nakaima A (2011). Ten steps to making evaluation matter. *Evaluation and Program Planning*. 2011;34(2):135–46. doi:10.1016/j.evalprogplan.2010.09.003.

Tannahill C, Sridharan S (2013). Getting real about policy and practice needs: evaluation as a bridge between the problem and solution space. *Evaluation and Program Planning*. 2013;36:157–64. Disponible : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718912000213> (consulté le 8 mars 2016)

# RENFORCER LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION

## ÉTAPE 8

UN (2012). Human Rights Indicators: A guide to measurement and implementation. New York and Geneva: UN Office of the High Commissioner for Human Rights. Disponible : <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Indicators/Pages/HRI ndicatorsIndex.aspx> (consulté le 27 février 2016)

WHO (2011). Monitoring, evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/healthinfo/country\\_monitoring\\_evaluation/1085\\_IER\\_131011\\_web.pdf](http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/1085_IER_131011_web.pdf) (consulté le 24 février 2016).

WHO (2013). Handbook on health inequality monitoring – with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf)(consulté le 24 février 2016).

WHO (2014). Monitoring health inequality: An essential step for achieving health equity. Geneva: World Health Organization. Disponible :[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133849/1/WHO\\_FWC\\_GER\\_2014.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133849/1/WHO_FWC_GER_2014.1_eng.pdf) (consulté le 26 février 2016).

WHO (2015). State of Inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164590/1/9789241564908\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164590/1/9789241564908_eng.pdf?ua=1&ua=1) (consulté le 24 février 2016).

Woolcock M (2009). Toward a plurality of methods in project evaluation: a contextualised approach to understanding impact trajectories and efficacy. *Journal of development effectiveness*. 2009;1(1):1–14. Doi: 10.1080/19439340902727719.

# Glossaire





# Glossaire des principaux termes

Vous trouverez dans ce glossaire des définitions et de brèves descriptions des principaux concepts, principes et autres termes utilisés dans le cadre de l'approche Innov8 en vue de passer en revue les programmes de santé nationaux ainsi que les documents et les ressources connexes inclus dans ce Manuel technique.

Les renvois à des termes inclus dans le glossaire sont indiqués en **caractères gras de couleur bleue**.

## Acceptabilité

Même si les ressources sont disponibles et accessibles, elles peuvent ne pas être employées si la population ne les accepte pas. L'acceptabilité constitue l'un des quatre éléments du droit à la santé. Il signifie que l'ensemble des installations, des biens et des services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et culturellement appropriée, c'est-à-dire respectueuse de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, ainsi qu'être conçus de façon à respecter la confidentialité et améliorer l'état de santé des intéressés (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2000).

Selon le cadre de Tanahashi, les perceptions et les attentes en termes de services de santé ainsi que les croyances personnelles des individus influent sur la couverture d'acceptabilité. L'acceptabilité se fonde souvent sur les expériences vécues précédemment et sur les interactions avec le personnel de santé. Les attitudes discriminatoires ou les demandes de paiements informels (ou l'utilisation inappropriée des services publics à des fins d'enrichissement personnel) de la part du personnel de santé ainsi que des services jugés de mauvaise qualité (y compris des problèmes de sécurité) peuvent créer des obstacles systématiques en termes de couverture d'acceptabilité (Tanahashi, 1978).

## Accessibilité

Même si le service est disponible, il doit se trouver à une distance raisonnable des personnes censées en bénéficier. La capacité du service est limitée par le nombre de personnes qui peuvent atteindre le lieu du service, y avoir recours et ainsi y accéder (Tanahashi,

1978). L'accessibilité comprend deux dimensions principales : l'accès physique et l'accessibilité financière.

- **Accessibilité physique :** La distance entre le domicile et le prestataire de services de santé constitue un facteur d'accessibilité majeur. Le temps constitue un autre facteur étroitement lié à la distance et au transport. Le temps de déplacement peut être une donnée plus pertinente que la distance, dans la mesure où l'absence de routes praticables par tous les temps peut entraîner des difficultés d'accès pendant la mousson et la saison des pluies. Dans les régions montagneuses, les temps de transport peuvent également être plus longs, créant ainsi un obstacle à l'accès. Le temps de transport pour se rendre dans un établissement de santé en vue d'accéder aux services et le temps d'attente pour rencontrer un professionnel de santé sont indissociables de la perception de l'accessibilité des services par les patients. Cependant, la valeur du temps (le coût d'opportunité du temps) varie en fonction des différents groupes de personnes, c'est pourquoi l'impact, en termes d'obstacle à l'accès, sera également variable.

- **Accessibilité financière :** Les études ont montré que les frais à la charge des utilisateurs et les coûts de transport ont un impact négatif sur l'accès aux services de santé, ce qui les rend moins accessibles pour les ménages pauvres et vulnérables. L'incertitude quant aux coûts et la prévision de coûts directs élevés (formels ou informels) peuvent également constituer un frein à l'accès. Voir **Couverture effective** concernant les questions relatives à la protection financière.

Figurant parmi les éléments du droit à la santé, l'accessibilité signifie que les installations, les biens et les services en matière de santé doivent être accessibles à tous, sans discrimination, dans les quatre dimensions qui se recoupent mutuellement (voir CESCR, 2000) :

- **Non-discrimination :** les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à

# GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits.

- **Accessibilité physique** : les installations, biens et services en matière de santé doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population.
- **Accessibilité de l'information** : le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé, sans porter atteinte au droit à la confidentialité.
- **Accessibilité économique (ou financière)** : les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé.

## Action intersectorielle

L'action intersectorielle fait référence aux actions ayant une incidence sur les résultats sanitaires, entreprises par des secteurs en dehors de celui de la santé, éventuellement, mais pas nécessairement, en collaboration avec ce dernier. L'action intersectorielle pour la santé implique que le secteur de la santé et d'autres travaillent ensemble en vue de contribuer à la conception et à la mise en œuvre des politiques publiques destinées à améliorer la santé et le bien-être, ou au moins, de ne pas les aggraver. Ces efforts améliorent la compréhension entre le secteur de la santé et les autres concernant la manière dont les décisions en matière de politiques et les pratiques opérationnelles de différents secteurs influent sur la santé et l'équité en santé (OMS, 2015b).

## Approche fondée sur les droits de l'homme

Une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme a pour but d'attirer l'attention et de proposer des stratégies et des solutions afin de corriger les inégalités, les pratiques discriminatoires (à la fois réelles et perçues) ainsi que les relations de pouvoir injustes, qui sont souvent au cœur des résultats sanitaires inéquitables. La Déclaration des Nations Unies sur la compréhension commune des approches fondées sur les droits de l'homme pour la coopération au développement de la programmation (2003) vise à assurer que les principes des droits de l'homme servent de base à la programmation à toutes les

phases du cycle du projet, notamment l'évaluation et l'analyse, la conception et la planification du programme, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation (Groupe des Nations Unies pour le développement, 2003). Le but de l'approche de la santé fondée sur les droits de l'homme consiste à ce que l'ensemble des politiques, des stratégies et des programmes de santé soient conçus dans l'objectif d'amener progressivement tous les individus à jouir du droit à la santé et d'autres droits fondamentaux liés à la santé. En œuvrant à la réalisation des droits de l'homme et plus particulièrement du droit à la santé, une approche fondée sur les droits de l'homme soutient les normes et les principes directeurs des droits de l'homme que sont, sans que cela soit limitatif, la non-discrimination et l'égalité, la participation et l'intégration, ainsi que la responsabilisation. (CESCR des Nations Unies, 2000 ; CESCR des Nations Unies, 2003).

## Autonomisation

L'autonomisation désigne un processus social multidimensionnel qui permet aux personnes d'augmenter leurs ressources et leurs possibilités, vis-à-vis des institutions qui affectent leur vie, un pouvoir de participation, de négociation, d'influence, de contrôle et de responsabilisation (Narayan, 2005). Donner aux détenteurs de droits la possibilité de les faire valoir constitue une condition préalable à une participation active, libre et constructive – ce qui constitue l'un des principes d'une approche fondée sur les droits de l'homme. Par conséquent, les stratégies d'autonomisation remettent souvent en question la répartition et les relations de pouvoir pour donner aux groupes défavorisés davantage de pouvoir. En ce qui concerne la santé des femmes, l'autonomisation se traduit souvent par exemple par de plus grandes opportunités d'éducation, un meilleur accès aux informations utiles afin de permettre aux femmes de prendre des décisions éclairées sur leur santé, d'améliorer l'estime de soi et d'acquérir des compétences de communication et de négociation. Les études montrent que ces compétences ont une incidence, par exemple, sur les pratiques sexuelles à moindre risque, l'observance des traitements et les comportements de recours aux soins en temps voulu.

## But, objectifs et résultats du programme

Le but du programme est une déclaration générale qui décrit le but final à long terme du programme.

Cet énoncé sert de base à l'élaboration des objectifs du programme. Les objectifs du programme décrivent les résultats attendus et comment ils seront obtenus. Les résultats escomptés désignent les réalisations qu'un programme est censé produire.

### Capital social

Bien qu'il n'existe pas de définition unique du capital, cette notion renvoie essentiellement aux moyens concrets, dynamiques et collectifs dont disposent les sociétés pour faciliter les relations et les liens sociaux. Ce concept recouvre des notions telles la confiance, la participation, le soutien social et la réciprocité. Un niveau élevé de capital social et de cohésion sociale permet de protéger la santé et le bien-être des personnes, y compris en luttant contre la discrimination, la marginalisation et l'exclusion. Les inégalités peuvent contribuer à une dégradation de la cohésion sociale et du capital social.

### Chaîne de résultats du programme

- **Contributions :** Les ressources consacrées au programme et la manière dont elles sont organisées pour assurer la prestation de services, notamment : le personnel (type), les installations, les moyens financiers, le matériel, les équipements et le temps de bénévolat (ce qui est investi).
- **Produits :** Les biens, les services ou autres activités fournis dans le cadre du programme. Les produits d'un programme sont souvent décrits en termes de productivité quantitative (c.-à-d. l'action du programme et les bénéficiaires). Les produits sont différents des résultats. Alors que les résultats décrivent les retombées effectives (le changement qui résulte de l'application du programme), les produits désignent simplement la quantité de services fournis (Taylor-Powell & Henert, 2008).
- **Réalisations et retombées :** Les résultats ou les changements attendus relativement au programme peuvent être exprimés dans un continuum : généralement, les indicateurs de couverture de service pour la population cible sont associés à des réalisations. Les résultats peuvent être immédiats ou à court terme. Ils peuvent également être à moyen ou à long terme ou définitifs. En règle générale, le terme impact renvoie à l'évolution de la morbidité et de la mortalité (en tenant compte des questions d'attribution) qui s'explique par les

taux de couverture d'un ensemble de services destinés à la population(c.-à-d. les résultats attendus du programme).

### Classe sociale

La classe sociale se définit par les relations de propriété ou de contrôle des ressources productives (c.-à-d. physiques, financières et organisationnelles). La classe sociale fournit un mécanisme relationnel explicite (propriété, gestion) qui explique comment les inégalités économiques sont générées et comment elles peuvent affecter la santé. Le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé défini par l'OMS place la classe sociale parmi les composantes de la situation **socio-économique** (Solar & Irwin, 2010).

### Contexte

Les contextes sont des conditions contingentes susceptibles de modifier les relations entre le programme et les réalisations. Le contexte renvoie aux politiques nationales, aux normes communautaires, aux structures institutionnelles et aux systèmes culturels. La question qui se pose alors est donc de savoir comment le programme a pris en compte les questions contextuelles dans son organisation et sa conception. Il convient également de se demander si celui-ci a inclus des actions ou des interventions destinées à les prendre en compte. La notion de contexte inclut la coexistence d'autres stratégies, politiques et programmes ainsi que le mode de fonctionnement global des différents niveaux du système de santé. Ces éléments peuvent avoir des conséquences positives ou préjudiciables sur le programme.

### Couverture de contact

La couverture de contact désigne le contact réel entre le prestataire de services et l'utilisateur. Le nombre de personnes ayant contacté le service constitue une mesure de service produit (Tanahashi, 1978). Cette notion est similaire à celle d'« utilisation de services ».

### Couverture effective

Le modèle de Tanahashi définit la couverture effective comme étant la proportion de la population ayant besoin d'une intervention et qui en bénéficie effectivement (Tanahashi, 1978). En ce qui concerne les interventions sanitaires qui nécessitent une

# GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

action ponctuelle, la couverture de contact équivaut pratiquement à la couverture effective. En revanche, pour d'autres interventions, telles que la prise en charge des maladies chroniques, l'efficacité exige la précision des diagnostics, le respect par le prestataire du traitement reposant sur des bases factuelles, la continuité d'accès par le patient, l'efficacité de l'orientation des patients et l'observance du traitement prescrit et de la rééducation (OMS, 2010). De par le fait que cette étude met l'accent sur la **couverture sanitaire universelle** (voir définition), la couverture effective implique également la protection financière. Les dépenses de santé directes, considérées comme un pourcentage des dépenses de santé totales et le pourcentage de la population constraint à engager des dépenses de santé exorbitantes peuvent servir d'indicateurs pour mesurer la protection financière.

## Couverture sanitaire universelle

La couverture sanitaire universelle vise à faire en sorte que chacun obtienne les services de santé dont il a besoin sans être exposé à des difficultés financières dues au paiement de ces services (WHO, 2015e). Les services doivent être de qualité appropriée et couvrir l'ensemble du continuum de soins (promotion de la santé, prévention, traitement, réadaptation et soins palliatifs). La couverture sanitaire universelle s'appuie fermement sur la Constitution de l'OMS de 1948, qui déclare la santé comme un droit fondamental de l'être humain et sur le programme de la Santé pour tous énoncé dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978. L'équité constitue un thème central. La couverture sanitaire universelle est un moyen qui permet de mettre en œuvre les engagements en faveur de l'équité et du droit à la santé.

## Couverture universelle, mixte, sélective/ciblée

• **Couverture universelle :** Lorsque l'on étudie des programmes, la couverture universelle signifie que la couverture de l'intervention ou l'accès à celle-ci concerne l'ensemble de la population d'un pays ayant un besoin de santé spécifique et s'inscrit généralement dans le cadre des prestations ou des droits selon le principe de citoyenneté. Ces interventions doivent bénéficier à toutes les personnes ayant ce type de besoin, indépendamment de leurs caractéristiques personnelles, sociales et économiques (Raczynski, 1995).

• **Couverture sélective/«ciblée » :** La couverture de l'intervention ou l'accès à celle-ci est alloué sur une base sélective, généralement déterminée par l'évaluation des besoins (selon des critères de revenu par exemple).

• **Couverture mixte :** On parle de couverture mixte lorsque la couverture ou l'accès aux services prévu par l'intervention est une combinaison de couverture universelle et sélective, où la sélectivité est un instrument utilisé pour mettre en application ou renforcer l'universalisme. Cette approche renvoie à la notion de « ciblage dans l'universalisme », selon laquelle les prestations supplémentaires sont destinées aux sous-populations prioritaires ou dans une grande précarité (c'est-à-dire le groupe dont les revenus sont les plus faibles) dans le contexte d'une politique universelle (Mkandawire, 2005).

## Déterminants intermédiaires de la santé

Les déterminants intermédiaires désignent les facteurs qui déterminent les choix des personnes en matière de santé ainsi que les conséquences. Ils sont liés aux déterminants structurels des inégalités en santé. Les catégories principales des déterminants intermédiaires de la santé sont les suivantes :

• **Conditions matérielles :** Les déterminants liés à l'environnement physique, notamment les conditions de vie (ex. le logement et le quartier et les conditions de travail) et le potentiel de consommation (ex. le financement pour acheter des aliments sains, des vêtements et d'autres biens).

• **Facteurs psychosociaux :** Cette notion couvre les facteurs de stress psychosociaux, que sont les événements négatifs de la vie, les conditions de vie stressantes (ex. endettement élevé ou insécurité financière) et le manque de soutien social.

• **Facteurs comportementaux et/ou biologiques :** Cela inclut le tabagisme, le régime alimentaire, la consommation d'alcool et la pratique d'exercice. En fonction du schéma d'exposition et de vulnérabilité, les comportements peuvent protéger ou améliorer la santé (ex. la pratique d'exercice) ou être nocifs pour la santé (ex. le tabagisme et l'obésité).

• **Système de santé :** En permettant l'accès équitable aux services de santé et en favorisant l'action intersectorielle pour améliorer la santé et

le bien-être, le système de santé lui-même peut avoir une incidence directe sur les différences en termes d'exposition et de vulnérabilité. Le système de santé joue également un rôle de médiateur ou de tampon contre les conséquences d'une maladie ou d'un handicap sur la vie des personnes (Solar & Irwin, 2010).

Voir également **Mécanismes d'action des déterminants sociaux**.

## DAAQ

Acronyme pour les quatre éléments essentiels interconnectés du droit à la santé, conformément à l'Article 12 du Pacte international sur l'intégration de la **Disponibilité, de l'Accessibilité, de l'Acceptabilité** et **de la Qualité** des services, telle qu'exposée au commentaire 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Se reporter à l'entrée de chaque terme pour accéder à la définition et à une brève description.

## Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé désignent les conditions sociales dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, y compris le système de santé. Ces conditions dépendent de la répartition des ressources financières, du pouvoir et des ressources aux niveaux mondial, national et local, impulsée par les choix en matière de politique économique et sociale (OMS, 2015d). Voir également **Déterminants intermédiaires de la santé** et **Déterminants structurels**.

## Déterminants structurels

- Les déterminants structurels sont les déterminants sociaux sous-jacents de la santé. Ils incluent le contexte socio-économique et politique, les mécanismes structurels qui génèrent la stratification sociale et les divisions en classes sociales, ainsi que la position socio-économique de l'individu qui en résulte. Le contexte socio-économique et politique inclut des aspects tels que le marché du travail, le système éducatif, les institutions politiques et les politiques de redistribution ainsi que les valeurs culturelles et sociétales (Solar & Irwin, 2010).

Voir également **Mécanismes d'action des déterminants sociaux**.

## Discrimination

La discrimination désigne le traitement injuste ou préjudiciable de différentes catégories de personnes. Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR des Nations Unies, 2009) les motifs de discrimination interdits sont : « la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou autre, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation ». La discrimination peut être inscrite dans le droit, les politiques et les pratiques (de jure) – ex. dans la répartition et la fourniture des ressources et des services de santé ; ou indirecte (de facto) – ex. les politiques et les actions peuvent engendrer des inégalités en matière d'accès et de jouissance des droits (OMS et HCDH, 2015). L'interdiction de la discrimination ne signifie pas que les différences ne doivent pas être prises en compte. De fait, les groupes marginalisés peuvent requérir une attention ciblée de façon à les aider à atteindre le niveau du reste de la population.

## Disponibilité

Le ratio entre la disponibilité des ressources – telles que les moyens humains, les établissements de santé, les médicaments – et la taille de la population cible donne la mesure de la couverture de disponibilité (Tanahashi, 1978). La couverture de disponibilité prend en compte les ressources disponibles pour assurer une intervention ainsi que leur caractère suffisant, à savoir : le nombre ou la densité d'établissements de santé et les effectifs ou la disponibilité des ressources nécessaires (ex. médicaments, matériel). La couverture de disponibilité mesure la capacité d'un système de santé par rapport à la taille de la population cible ou, idéalement, pour la population défavorisée.

La disponibilité fait partie des éléments du droit à la santé. Cela signifie qu'il doit exister, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. La nature précise des installations, des biens et des services dépendra de nombreux facteurs, notamment du niveau de développement de l'État partie. Ces installations, biens et services comprendront toutefois les

# GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable, et des installations d'assainissement appropriées, des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé, du personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national, ainsi que des médicaments essentiels. La manière dont les décideurs choisissent d'allouer les ressources, en fonction des priorités politiques et de droits acquis peut avoir une incidence sur la disponibilité des services.

## Droits de l'homme

Les droits de l'homme sont des droits inhérents à tous les êtres humains et ne peuvent être retirés (ils sont inaliénables). Tous les êtres humains jouissent des mêmes droits fondamentaux sans discrimination, indépendamment de leur nationalité, de leur revenu, de leur lieu de résidence, de leur sexe, de leur origine nationale ou ethnique, de leur couleur, de leur religion, de leur langue, de leur état de santé ou de toute autre situation. Les droits de l'homme sont intimement liés, interdépendants et indivisibles. Les droits de l'homme universels sont souvent reflétés dans et garantis par la loi, sous forme de traités, de droit coutumier international, de principes généraux et autres sources de droit international. La législation internationale sur les droits de l'homme stipule que les gouvernements sont tenus d'agir d'une certaine manière ou de renoncer à certains actes afin de promouvoir et protéger les droits et les libertés fondamentales de certaines personnes ou groupes. Voir également **Droit à la santé** (HCDH, 2014).

## Droit à la santé

La Constitution de l'OMS a été le premier instrument international à faire de la possession du meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre un droit fondamental de tout être humain (le « droit à la santé »). Ce droit a depuis été reconnu par de nombreux instruments de droit international, dont le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966). Dans le droit international relatif aux droits de l'homme, le droit à la santé renvoie à un ensemble de dispositions sociales - normes, institutions, lois et un environnement propice - pouvant garantir dans la mesure du possible la jouissance de ce droit. Le droit à la santé s'étend non seulement aux soins de santé dispensés en temps utile et de manière appropriée, mais également aux

déterminants de la santé sous-jacents, par exemple l'accès à l'information sur la santé, l'accès à l'eau et à la nourriture, le logement, etc.

Le droit à la santé est mis en œuvre de manière progressive et tient compte des contraintes en matière de ressources. Il impose cependant aux États différentes obligations qui sont à effet immédiat, par exemple la garantie que le droit sera exercé sans discrimination de quelque nature que ce soit et l'obligation de prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées en vue de sa pleine réalisation (OMS, 2015c). Le droit à la santé renvoie aux quatre éléments essentiels du droit à la santé que sont la disponibilité, l'accessibilité, l'accessibilité et la qualité (CESCR, 2000).

## Équité en santé

L'équité en santé se définit comme l'absence de différences évitables, injustes ou remédiabiles entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques ou par d'autres moyens de stratification. « L'équité sanitaire » ou « l'équité en santé » signifie que, idéalement, chacun devrait avoir une chance égale d'atteindre son potentiel de santé optimal et que personne ne devrait être désavantageé dans ce domaine (OMS, 2015a).

## Égalité et non-discrimination

Tous les individus sont égaux en tant qu'êtres humains et en vertu de la dignité intrinsèque de chaque personne. Tous les êtres humains doivent pouvoir jouir de leurs droits sans discrimination d'aucune sorte pour des raisons telles que la race, la couleur, le sexe, l'origine ethnique, l'âge, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, le handicap, la propriété, la naissance ou autre statut, comme il est stipulé dans les organes conventionnels des droits de l'homme (Portail HRBA - Approche fondée sur les droits de l'homme des Nations Unies). Cela exige que les services, les biens et les installations soient accessibles à tous sans discrimination – ce qui est une dimension clé du droit à la santé en termes d'accessibilité.

## Espace-problème

Les données factuelles relatives à l'espace-problème permettent de connaître les variables ou les systèmes

de relations qui sont associés aux inégalités en santé (ex. informations sur les gradients des inégalités en santé) (Sridharan, 2012). Par opposition à **l'Espace-solution**, voir définition.

### Espace-solution

L'espace-solution permet d'accéder à une base de connaissances sur les types d'interventions susceptibles d'être efficaces, en fonction des publics et des contextes (Sridharan, 2012). Par opposition à **l'Espace-problème**, voir définition.

### Évaluation

L'évaluation désigne l'appréciation systématique et objective d'un projet, d'un programme ou d'une politique en cours ou achevés, de leur conception, de leur mise en œuvre et de leurs résultats. L'objectif est de déterminer la pertinence et la réalisation des objectifs, le développement de l'efficacité, l'efficience, l'impact et la pérennité. Une évaluation doit fournir des informations qui sont crédibles et utiles, permettant d'intégrer les enseignements tirés dans le processus décisionnaire, pour les bénéficiaires comme pour les donateurs. L'évaluation fait partie intégrante de chaque phase de la planification stratégique et du cycle de programmation et ne constitue pas uniquement une activité de fin programme (OMS, 2013b ; Normes du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation UNASUR, 2012).

### Evaluation

L'évaluation est le processus qui permet de déterminer l'intérêt ou la signification d'une activité, d'une politique ou d'un programme. L'évaluation doit être systématique et aussi objective que possible. Elle a pour objet d'évaluer le projet, le programme ou la politique prévue en prenant en compte sa conception, sa mise en œuvre et ses réalisations. L'objectif de l'évaluation est de déterminer la pertinence et la réalisation des objectifs, l'efficience, l'efficacité, les conséquences et la viabilité dans le temps.

### Évaluation réaliste

L'évaluation réaliste met l'accent sur : (i) l'identification des mécanismes qui produisent des effets observables du programme ; et (ii) la mise à

l'épreuve de ces mécanismes et d'autres variables contextuelles susceptibles d'avoir un impact sur les effets observés. Cette approche vise essentiellement à expliquer de manière approfondie les conséquences des actions sociales qui contribuent à une meilleure compréhension de pourquoi, où et pour quels groupes les programmes de santé sont efficaces ou inefficaces. Elle reconnaît également la complexité des processus de transformation recherchés par les programmes et l'importance du contexte et de l'influence des politiques et des programmes émanant d'autres secteurs (Pawson & Tilley, 2004).

Voir également **Évaluation fondée sur la théorie**.

### Évaluation fondée sur la théorie

L'évaluation fondée sur la théorie (ou évaluation fondée sur la théorie du programme) est une évaluation contextuelle ou holistique d'un programme fondée sur le cadre conceptuel de la théorie du programme (voir **Théorie du programme**). L'évaluation fondée sur la théorie a pour but de fournir des informations non seulement sur la performance ou le bien-fondé d'un programme, mais également sur la manière et les raisons pour lesquelles le programme permet d'obtenir ce résultat. Elle fournit des informations précieuses qui permettent aux parties prenantes de comprendre les composantes du programme qui fonctionnent bien et celles qui sont moins efficaces (Pawson & Tilley, 2004; Chen, 1990). Voir également **Évaluation réaliste**.

### Facteurs favorables

Il s'agit des facteurs qui permettent à la population cible de bénéficier des résultats attendus du programme, y compris ceux qui permettent de surmonter les obstacles à l'accès et de parvenir à une utilisation effective des services proposés (Ministère de la Santé, Chili, 2010).

### Gradient social

Dans le domaine de la santé, le terme de gradient social renvoie à la dégradation progressive ou linéaire de la santé qui va de pair avec la dégradation de la position sociale (Marmot, 2004). Pour évoquer l'impact du gradient social on utilise parfois l'expression déficit de santé, c'est-à-dire le nombre de vies qui aurait été sauvées si tous les groupes de la société avaient eu le même niveau

# GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

élévé de santé que le groupe le plus favorisé (Whitehead & Dahlgren, 2006).

## Groupes sociaux

Les facteurs sociétaux structurels déterminent une hiérarchie sociale dans laquelle les différents groupes occupent des positions inégalées. Les groupes sociaux peuvent être définis en fonction du sexe, de l'origine ethnique, de l'orientation sexuelle, de la classe sociale, de la situation socio-économique (revenu, profession), du territoire, du handicap et/ou de l'âge. Dans la mesure où la position sociale du groupe définit l'accès aux ressources sociales, en termes d'opportunités de santé et où l'exposition aux risques nocifs pour la santé dure tout au long du cycle de vie, même entre les générations (Krieger, 2002). Les participants doivent identifier les groupes sociaux les plus pertinents en vue de réaliser l'analyse de l'équité.

## Hétérogénéité de la population

Au sein d'une population, les différentes sous-populations (classées par lieu de résidence, par sexe, par statut socio-économique, etc.) ont des besoins et des expériences différents en termes d'exposition aux facteurs de risque, de problèmes de santé et d'accès aux services de santé. Comparées à la population dans son ensemble, certaines sous-populations font l'expérience d'une plus grande vulnérabilité ou d'une exposition accrue aux risques pour la santé et d'un accès réduit aux services sanitaires qui s'accompagne de résultats de moindre qualité. Le programme de santé doit tenir compte de cette hétérogénéité en ce qui concerne le type, la formulation et la mise en œuvre des interventions et des activités. La non-prise en compte de cette donnée risquerait, directement ou indirectement, de renforcer les inégalités.

## Intervention du programme

Les termes intervention, service ou activité du programme renvoient à une action qui permet la réalisation d'un ou de plusieurs objectifs du programme et par conséquent l'obtention des résultats escomptés. Voir **Interventions individuelles** et **Interventions populationnelles**.

## Interventions en aval, à mi-parcours ou en amont

**En aval :** Les interventions prenant en compte les conséquences du problème de santé, comprennent essentiellement les interventions en lien avec la prévention secondaire, les composantes curatives, la rééducation et les soins palliatifs de continuité des soins.

**Mi-parcours :** Interventions destinées à réduire le degré d'exposition et/ou à apporter un plus grand soutien aux personnes plus vulnérables à l'exposition, notamment :

- Interventions visant à modifier les comportements et les modes de vie ;
- Interventions relatives aux conditions de vie et de travail.

**En amont :** Interventions qui visent à modifier le contexte et/ou la stratification sociale, c'est-à-dire la répartition du pouvoir en raison de laquelle certaines sous-populations se sentent plus exposées et plus vulnérables. (Adapté du ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité, gouvernement espagnol, 2012).

## Interventions individuelles

L'approche individuelle met l'accent sur les personnes physiques qui présentent des risques élevés ou qui sont sévèrement atteintes en mettant en place des interventions directes. Il peut s'agir d'interventions de prévention primaire (ex. intervention en lien avec le mode de vie) qui s'adressent aux personnes à risque. Les stratégies de prévention secondaire visent à diminuer la mortalité et la prévalence des complications momentanées ou chroniques chez les personnes qui présentent un diagnostic de maladie. Les approches à l'échelle de la population et de l'individu sont complémentaires et sont le plus efficaces lorsqu'elles sont associées de manière intégrée.

(OPS, 2011). Par comparaison avec **les Interventions auprès de la population**, voir définition.

## Interventions populationnelles

Une approche et des interventions populationnelles portent essentiellement sur les activités et les actions de promotion de la santé qui ont une incidence sur l'environnement (c.-à-d. physique, social, économique

et réglementaire). Les approches à l'échelle de la population et de l'individu sont complémentaires et sont le plus efficaces lorsqu'elles sont associées de manière intégrée. (OPS, 2011). Par opposition aux **Interventions individuelles**, voir définition.

### La base du programme

La « base » du programme (Pawson & Sridharan, 2009) comprend :

- a. **La conceptualisation et la contextualisation du problème à traiter** : La contextualisation du problème (qu'il s'agisse d'un problème social, institutionnel ou environnemental) fait référence

### La santé dans toutes les politiques

La santé dans toutes les politiques est une approche qui tient compte systématiquement dans tous les secteurs des conséquences sanitaires des décisions prises dans le cadre des politiques publiques, recherche des synergies, et évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé (OMS, ministère des Affaires sociales et de la Santé, gouvernement finlandais, 2013 ; OMS (résolution WHA67.12), 2014b).

### Les rôles en fonction des sexes

Cette notion fait référence à ce que les hommes et les femmes, les garçons et les filles sont censés faire (c'est-à-dire à la maison, dans la communauté et en milieu professionnel) dans une société donnée (OMS, 2011).

### Loi inverse des soins

La loi des soins inversés fait référence à disponibilité de soins médicaux de qualité, qui tend à varier dans des proportions inverses aux besoins de la population desservie. Ce phénomène est plus marquant lorsque les soins médicaux sont en majorité exposés aux forces du marché. Il est au contraire moindre lorsque cette exposition est limitée (Tudor Hart, 1971).

- b. à la localisation du problème sanitaire et à son modèle causal.
- c. **Les mesures à prendre** : Les changements qui doivent intervenir pour traiter, minimiser ou éliminer ces problèmes.

d. **Les moyens d'y parvenir** : Les idées ou les actions qui sont nécessaires pour amener des solutions et des ressources nouvelles pour les individus ou les communautés confrontés au problème de santé, afin de provoquer les changements visés par le programme et sur lesquels il se fonde.

### Mécanismes d'action des déterminants sociaux

• **Les mécanismes structurels** sont ceux qui génèrent la stratification, les divisions par classe sociale dans la société et qui définissent la situation socio-économique des individus dans des hiérarchies de pouvoir, de prestige et d'accès aux ressources. Les mécanismes structurels sont ancrés dans les institutions et les processus clés du contexte socio-économique et politique.

• **Les mécanismes intermédiaires** sont ceux par lesquels les déterminants intermédiaires influent sur la santé d'un individu ou d'un groupe sur la base de leur situation socio-économique et de leur expérience individuelle et collective. Les mécanismes intermédiaires incluent :

- Les expositions différentes et inégales aux risques pour la santé ;
- Vulnérabilité différentielle résultant de ces expositions inégales ; et
- Conséquences sociales, économiques et sanitaires différentes dues aux inégalités en termes d'exposition et de vulnérabilités (Diderichsen et al, 2001).

### Mesures de stratification sociale

Voir **Situation socio-économique**.

### Modèle logique

Le modèle logique consiste à illustrer les activités dans un schéma qui offre une vue d'ensemble du programme, en indiquant le déroulement des activités avec des flèches qui montrent les relations entre elles et qui s'associent pour produire les changements qui se traduisent par des résultats. Il peut s'avérer nécessaire de recourir à plusieurs modèles logiques pour décrire un programme complexe de grande ampleur. Dans ce cas, un modèle global pourra illustrer le programme général tandis que des modèles logiques plus spécifiques décriront les

# GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

niveaux, les composantes ou les étapes multiples qui font partie du programme global. Ceux-ci constituent des « familles de modèles logiques » ou des « modèles logiques imbriqués » .

## Modèle de Tanahashi de couverture effective

Le modèle de Tanahashi de couverture effective porte sur cinq domaines de performance en matière de prestation de services de santé. Ces domaines sont les suivants : **Disponibilité, Accessibilité, Acceptabilité, Couverture de contact et Couverture effective**, qui peuvent être représentés par une courbe de couverture. Ce modèle est un outil d'aide à l'évaluation en ce qu'il permet d'identifier des facteurs de blocage dans le fonctionnement du service, d'analyser les contraintes responsables de ces blocages et de choisir des méthodes efficaces en vue de développer les services (Tanahashi, 1978). Bien que similaires, les domaines du modèle de Tanahashi ne doivent pas être confondus avec les quatre éléments interdépendants du droit à la santé, à savoir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité.

## Normes sexospécifiques

Les normes sexospécifiques désignent les croyances à propos des hommes et des femmes, des garçons et des filles qui se transmettent de génération en génération par le processus de socialisation. Celles-ci évoluent au fil du temps et diffèrent en fonction des cultures, des contextes et des populations. Les normes sexospécifiques peuvent générer des inégalités si elles renforcent :

- La maltraitance d'un groupe ou d'un sexe par l'autre ; ou
- Les différences en termes de pouvoir et d'opportunités (OMS, 2011).

## Objectif d'équité

Les objectifs d'équité doivent viser plus particulièrement la réduction ou l'élimination des différences en matière de santé qui sont systématiques et évitables parmi les groupes sociaux ou les territoires (sous-populations). Les objectifs d'équité couvrent les objectifs liés à l'action sur les déterminants sociaux de la santé (y compris la question de la parité hommes-femmes) et l'application

d'une approche fondée sur les droits de l'homme de manière à améliorer l'équité en santé.

## Obstacles

Dans le modèle de couverture effective défini par Tanahashi (1978), les obstacles s'entendent comme les facteurs qui empêchent la population cible d'utiliser de manière appropriée un service de santé ou d'accéder à une garantie sociale proposée, diminuant ainsi la couverture effective d'un service ou d'une prestation de santé. De la même façon, le droit à la santé attire l'attention sur quatre types d'obstacles à l'accès, notamment les obstacles d'ordre physique ou financier ou se rapportant à l'information et à la discrimination. Il est important de noter que les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de santé peuvent être liés à la question de la sexospécificité.

## Participation sociale

La participation sociale a trait à la participation de la société civile et à la responsabilisation des communautés concernées afin qu'elles deviennent des actrices de leur propre santé. Chaque personne, individuellement ou en groupe a le droit de participer et de contribuer activement, librement et concrètement au développement économique, social, culturel et politique de la société grâce auquel les droits humains et les libertés fondamentales peuvent être réalisés afin d'en jouir pleinement (Groupe des Nations Unies pour le développement, 2003). Le droit relatif aux droits de l'homme reconnaît la participation de la population dans toutes les prises de décision concernant la santé aux niveaux communautaire, national et international (CESCR, 2000). La participation constitue l'un des principes des droits de l'homme devant être pris en compte dans le cadre d'une approche fondée sur les droits de l'homme. Un soutien financier et technique approprié et pérenne, notamment par l'investissement dans l'autonomisation des détenteurs de droits, est essentiel pour permettre une participation constructive.

De même, les cadres des déterminants sociaux de la santé mettent l'accent sur la participation sociale. Ce sont le rôle, le pouvoir et le contrôle exercés par les groupes sociaux dans les décisions et les actions qui déterminent leur propre santé. En ce qui concerne les programmes, la participation peut

prendre différentes formes : information, conseils, débats ou autonomisation. Il est également possible de faire une distinction entre la participation motivée par des revendications d'intérêts personnels, ou sur des questions individuelles ou collectives, relevant de la justice sociale. C'est-à-dire si la participation contribue ou non à une nouvelle répartition du pouvoir (Solar & Irwin, 2010).

### Phases principales du programme

Les phases principales du programme comprennent l'organisation du programme et les séquences des interventions ou des activités que le programme met en œuvre dans l'objectif d'obtenir les changements potentiels ou les résultats finaux. Les phases principales figurent dans le **schéma du programme**.

### Population cible

Ce terme fait référence à la population qui est éligible à ou bénéficiaire d'un service de santé ou de garanties sociales assurées par d'autres secteurs. Il s'agit de la population pour laquelle le service ou la garantie a été conçu.

### Prise en compte des sexospécificités

Il s'agit ici du processus d'évaluation des implications pour les hommes et pour les femmes de toute action planifiée, concernant notamment la législation, les politiques ou les programmes, dans tous les domaines et à tous les niveaux. Cette stratégie vise à ce que les préoccupations et les expériences des hommes et des femmes fassent partie intégrante de la conception, de la mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation des politiques et des programmes dans toutes les sphères de la politique, de l'économie et de la société, de manière à ce que les hommes et les femmes en bénéficient de façon égale en évitant de reproduire les inégalités (OMS, 2011).

### Programme de santé

Actions conjointes organisées autour des buts et des cibles en vue d'améliorer la santé de la population, généralement définies par le ministère de la Santé pour mettre en œuvre une politique devant être appliquée par les autorités de santé régionales et/ou les réseaux de soins de santé et parfois par d'autres secteurs ou

acteurs. L'examen d'un programme de santé recouvre la formulation de celui-ci, le processus de mise en œuvre, l'accès aux services et les réalisations (adapté du ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité, gouvernement espagnol, 2012).

### Qualité

La qualité est l'un des quatre éléments du droit à la santé. Il impose que les installations, les biens et les services en matière de santé soient scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité (CESCR, 2000). Ce qui suppose, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés, un approvisionnement en eau salubre et potable et des moyens d'assainissement appropriés. En ce qui concerne la qualité, la mise en place d'un réseau d'orientation-recours performant, ainsi que l'attention portée à des questions telles que l'observance des traitements, la précision des diagnostics et le respect des procédures par les prestataires sont importantes dans le contexte de la couverture effective (CESCR des Nations Unies, 2000).

### Redevabilité

Les droits et les obligations exigent de la redevabilité, principe fondamental d'une approche fondée sur les droits de l'homme. En vertu du droit international relatif aux droits de l'homme, les responsables sont dans l'obligation de respecter, de protéger et de garantir les droits de l'homme, notamment le droit à la santé et autres droits connexes. La redevabilité impose à un État d'expliquer les actions qu'il mène, les raisons qui les sous-tendent et les modalités d'application, aussi rapidement et efficacement que possible, en vue de la réalisation du droit à la santé pour tous. Les mécanismes de redevabilité jouent un rôle crucial pour s'assurer que les obligations des États découlant du droit à la santé sont respectées et qu'il existe des options de remédiation afin de faire des recherches et de prendre en compte les violations alléguées. L'application et le suivi du droit à la santé peuvent se faire par différents mécanismes de redevabilité, à la condition qu'ils soient au minimum accessibles, transparents et efficaces (Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, 2000 ; 2003 ; OMS, 2013a ; OMS, 2014a).

# GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

## Relations entre les sexes

Cette notion fait référence aux relations entre les hommes et les femmes, les garçons et les filles qui se fondent sur des normes et des rôles sexospécifiques. Les relations entre les sexes créent souvent des hiérarchies entre et parmi les groupes d'hommes et de femmes qui peuvent entraîner des relations de pouvoir inégalées, en désavantageant certains groupes par rapport à d'autres. (OMS, 2011). À un niveau plus large, cette notion renvoie également aux relations sociopolitiques et économiques par rapport aux institutions telles que l'État, les sociétés et les mouvements sociaux. Cela inclut les processus collectifs qui permettent la mobilisation et l'exercice du pouvoir. Cette problématique doit s'entendre par rapport aux systèmes et aux processus tels que le racisme, le sexism, l'homophobie (par exemple : les politiques discriminatoires) qui déterminent les relations hommes-femmes et les expériences sexospécifiques.

## Schéma de programme

Un schéma de programme est une représentation visuelle ou un modèle qui fait apparaître les étapes principales du programme par rapport à chaque changement ou résultat escompté. Ce type de document montre également comment les différentes phases sont organisées et séquencées.

## Sexospécificité

La notion de sexospécificité renvoie aux normes et aux rôles attribués par la société aux femmes, aux hommes, aux jeunes garçons et aux filles, ainsi qu'aux relations entre eux. La sexospécificité fait également référence aux expressions et aux identités des femmes, des hommes, des garçons et des filles et d'autres personnes de diverses identités de genre. La sexospécificité est indissociable des déterminants sociaux et structurels qui ont une incidence sur la santé et l'équité. Elle peut varier selon l'époque et le lieu. Le concept de genre comprend cinq aspects importants : relationnel, hiérarchique, historique, contextuel et institutionnel. Bien que la plupart des êtres humains naissent de sexe masculin ou féminin, on leur inculque des normes et des comportements appropriés – notamment comment ils doivent interagir avec leurs congénères de même sexe ou de sexe opposé, à la maison, au sein de leur communauté et dans le cadre professionnel. Lorsque les individus ou

les groupes ne « correspondent » pas aux normes, aux rôles ou aux relations sexospécifiques, ils doivent souvent faire face à la stigmatisation, à des pratiques discriminatoires ou à l'exclusion sociale – tous ces comportements nuisant à la santé (OMS, 2011).

## Situation socio-économique

La situation socio-économique renvoie aux facteurs sociaux et économiques qui déterminent la position que les individus ou les groupes occupent au sein de la structure d'une société. Ce terme recouvre les différentes mesures qui reflètent la situation des individus ou des groupes dans la hiérarchie sociale. Il s'agit ici d'un concept global comprenant la mesure intégrée de l'accès aux ressources ainsi que la notion de prestige au sein de la société, en lien avec la classe sociale (Marx, Weber, Krieger, Williams et Moss) (Solar & Irwin, 2010)coupled with growing inequalities in income and wealth, have refocused attention on social class as a key determinant of population health. Routine analysis using conceptually coherent and consistent measures of socioeconomic position in US public health research and surveillance, however, remains rare. This review discusses concepts and methodologies concerning, and guidelines for measuring, social class and other aspects of socioeconomic position (e.g. income, poverty, deprivation, wealth, education. Plusieurs autres termes, tels que classe sociale, couche sociale et situation sociale ou socio-économique, sont souvent utilisés de manière plus ou moins interchangeable dans la littérature, bien que leurs bases théoriques soient différentes.

La situation socio-économique est un concept intégré à mettre en lien avec les processus de stratification sociale qui mettent l'accent sur trois composantes clés :

### • Les processus basés sur les ressources :

Ceux-ci font référence aux ressources matérielles et sociales, notamment le revenu, les richesses et les diplômes ; pour décrire des ressources insuffisantes, on parle de « pauvreté » et de « privation ».

### • Les processus basés sur le prestige :

Ceux-ci font référence au classement ou au statut d'un individu dans la hiérarchie sociale, que l'on évalue généralement en prenant en compte le niveau d'accès aux biens, aux services et à la connaissance, et de consommation, en volume et en qualité. Ces mesures portent sur la profession, les études et

le revenu, en lien avec le prestige dans des contextes donnés. Ce concept est lié à celui de **classe sociale** (Solar & Irwin, 2010).

- **Les processus basés sur la discrimination :** Par exemple, la notion de « sexospécificité » renvoie aux caractéristiques attribuées par la société aux hommes et aux femmes, tandis que le sexe désigne les caractéristiques qui sont déterminées biologiquement. La notion de sexospécificité implique l'existence de « conventions, de rôles et de comportements liés à la culture » qui structurent les relations entre et parmi les hommes et les femmes et aussi les garçons et les filles (Borrell et al., 2014:31 ; OMS, 2011). Dans de nombreuses sociétés, la question de la différence entre les hommes et les femmes constitue une raison fondamentale de discrimination, que l'on peut décrire comme le processus par lequel les membres d'un groupe défini socialement sont traités différemment, en particulier de manière injuste, en raison de leur appartenance à ce groupe.

## Stratification

- On emploie le terme de stratification en sociologie en référence aux hiérarchies sociales dans lesquelles les individus ou les groupes peuvent être classés par ordre, selon certains critères tels que le revenu ou le nombre d'années d'étude. Les mesures de stratification sociale (effectuées à l'aide de déterminants de l'équité) sont des facteurs prédictifs importants des tables de mortalité et de morbidité et sont donc utilisées pour contrôler les inégalités en santé. Ces informations sont importantes pour évaluer et guider les politiques, les programmes et les pratiques afin de réduire les différences en matière de santé qui sont injustes et inéquitables. Parmi les déterminants les plus fréquemment utilisés, il faut citer : le revenu ou la richesse, le lieu de résidence (rural, urbain, autre) ; la race ou l'origine ethnique ; la profession (ouvriers/employés, sans emploi) ; le sexe ; la religion ; l'éducation ; le statut socio-économique ; la classe sociale ; l'âge ; et l'identité et l'orientation sexuelles.

## Système de santé

Un système de santé désigne l'ensemble des organisations publiques et privées, des institutions et des ressources nécessaires pour améliorer, préserver ou rétablir la santé. Les systèmes de santé englobent

les services personnels et populationnels, ainsi que des activités visant à influer sur les politiques et les actions d'autres secteurs afin de prendre en compte les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé (OMS, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008).

## Surveillance

– La surveillance est un processus qui contribue à déterminer l'impact des politiques, des programmes et des pratiques. Il permet dans un second temps d'indiquer si des changements sont nécessaires. De manière générale, la surveillance consiste à répondre à intervalles réguliers à une question de recherche donnée. Dans le domaine des politiques de santé, la question de recherche se rapporte généralement à la mesure d'une situation sur laquelle une politique tente d'agir. Dans ce contexte, la surveillance est utile et nécessaire dans la mesure où elle permet d'assurer le suivi dans le temps des réalisations de la politique et où elle constitue un moyen pour évaluer la nécessité d'apporter des changements à la politique. Dès lors qu'une politique a été modifiée, un nouveau suivi s'impose pour évaluer les réalisations de la nouvelle politique. Ainsi la surveillance doit être un processus itératif et cyclique, qui fonctionne en continu (OMS, 2013c).

## Théorie des inégalités

Une théorie des inégalités explique les raisons pour lesquelles on observe des inégalités concernant l'accès au programme et aux bénéfices qui en résultent. Celle-ci permet d'identifier les principaux points d'entrée et les opportunités pour ajuster le programme afin qu'il prenne mieux en compte les écarts en termes de couverture et d'équité.

## Théorie du programme

Voir **Théorie du programme**.

## Théorie du programme

La théorie d'un programme correspond à la représentation des mécanismes qui permettent de comprendre les moyens par lesquels les activités du programme contribuent aux résultats escomptés, à court, à moyen et à long terme. C'est un modèle qui

# GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

précise ce qui doit être fait pour atteindre les objectifs et pour comprendre ce qui se passe effectivement à chaque phase principale du programme (Rogers, 2008).

## Types de couverture

Voir **Couverture universelle, mixte, sélective/ciblée**

## RÉFÉRENCES

- Borrell C, Palència L, Muntaner C, Urquía M, Malmusi D, O'Campo P (2014). Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiologic Reviews*. 2014;36(1):31–48. Disponible : <http://epirev.oxfordjournals.org/content/36/1/31.abstract> (consulté le 24 février 2016).
- Chen HT (1990). Theory-Driven Evaluations. Sage.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T et al, eds. Challenging inequities in health. New York: Oxford University Press.
- Krieger N (2002). A glossary for social epidemiology. *Epidemiological Bulletin*. 2002;23(1):7–11.
- Marmot M (2004). The status syndrome: how social standing affects our health and longevity. London: Bloomsbury Publishing. Disponible : <http://www.amazon.co.uk>Status-Syndrome-Standing - Affects Longevity/dp/0805073701> (consulté le 4 mars 2016).
- Ministerio de Salud, Chile (2010). Documento Técnico III. Guía para analizar equidad en el acceso y los resultados de los programas y su relación con los DSS. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública. Ministry of Health, Chile (2010). Technical document III. Guide for the equity analysis on programmes' access and results and their link with social determinants of health. Santiago: Sous-secrétarie d'État à la santé publique.] Documents en espagnol uniquement. Disponible : [http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/03/guia\\_para\\_analizar.pdf](http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/03/guia_para_analizar.pdf) (consulté le 4 mars 2016).
- Ministry of Health, Social Services and Equality, Government of Spain (2012). Methodological guide to integrate equity into health strategies, programmes and activities. Version 1. Madrid. Disponible : [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent\\_Guia2012/docs/Methodological\\_Guide\\_Equity\\_SPAs.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf) (consulté le 17 février 2016).
- Mkandawire T (2005). Targeting and Universalism in Poverty Reduction. United Nations Research Institute for Social Development. Social Policy and Development Programme Paper Number 23. Geneva: UNRISD. Disponible : <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/955FB8A594EEA0B0C12570FF00493EAA?OpenDocument> (consulté le 18 février 2016).
- Narayan D (2005). Measuring empowerment: Cross-disciplinary perspectives. Washington, DC: The World Bank. Disponible : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7441/344100PAPER0Me1010fficial0use0only1.pdf?sequence=1> (consulté le 25 février 2016).
- HCDH (2014). What are human rights? Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights. Disponible : <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx> (consulté le 4 mars 2016).
- PAHO (Pan American Health Organization) (2011). Population and individual approaches to the prevention and management of diabetes and obesity. Washington, DC: PAHO. Disponible : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=15557&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15557&Itemid) (consulté le 4 mars 2016).
- Pawson R, Sridharan S (2009). Theory-driven evaluation of public health programmes. In: Killoran A, Kelly M, eds. Evidence-based public health: Effectiveness and efficiency. Oxford: Oxford University Press: 43–61.
- Pawson R, Tilley N (2004). Realist Evaluation. London: British Cabinet Office. Disponible : [http://www.communitymatters.com.au/RE\\_chapter.pdf](http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf) (consulté le 18 février 2016).
- Raczynski D (1995). "Introduction" and "Programs, Institutions, and Resources: Chile". In: Raczynski D, ed. Strategies to Combat Poverty in Latin America. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Rogers PJ (2008). Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions. *Evaluation*. 2008;14(1):29–48. Disponible : <http://evi.sagepub.com/content/14/1/29.full.pdf+html> (consulté le 4 mars 2016).
- Solar O, Irwin A (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf) (consulté le 26 février 2016).
- Sridharan S (2012). A Pocket Guide to Evaluating Health Equity Interventions – Some Questions for Reflection by Sanjeev Sridharan. Magic: Measuring & Managing Access Gaps in Care (blog entry). Disponible : <http://www.longwoods.com/blog/a-pocket-guide-to-evaluating-health-equity-interventions-some-questions-for-reflection/>, (consulté le 17 février 2016).
- Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. 1978;56(2):295–303.
- Taylor-Powell E, Henret E (2008). Developing a logic model: Teaching and training guide. Madison, WI: University of Wisconsin-Extension Cooperative Extension, Program Development and Evaluation. Disponible : <http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodel.html> (consulté le 18 février 2016).
- Tudor Hart J (1971). The Inverse Care Law. *Lancet*. 1971;297(7696):405–12. Disponible : <http://www.thelancet.com/article/S014067367192410X/fulltext> (consulté le 4 mars 2016).
- Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels des Nations Unies (2000). Observation générale no 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (Art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), 11 août 2000, E/C.12/2000/4. Disponible : <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47ebcc2f2> (consulté le 4 mars 2016).

# GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels des Nations Unies (2003). Observation générale no 15 : Le droit à l'eau (art. 11 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), 20 January 2003, E/C.12/2002/11. Disponible : <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47ebcbe62> (consulté le 4 mars 2016).

Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels des Nations Unies (2009). Observation générale no 20 : La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, 2 juillet 2009, E/C.12/GC/20. Disponible : <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ae049912> (consulté le 8 mars 2016).

UN HRBA Portal (2016). The Human Rights Based Approach to Development Cooperation: Towards a Common Understanding Among UN Agencies. Disponible : <http://hrbaportal.org/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies#footer> (consulté le 2 mars 2016).

UNDG (2003). The Human Rights Based Approach to Development Cooperation Towards a Common Understanding Among UN Agencies. New York, United Nations Development Group. Disponible : [https://undg.org/main/undg\\_document/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies/](https://undg.org/main/undg_document/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies/) (consulté le 5 mars 2016).

UNASUR (2012). Norms for Evaluation in the UN System. New York: United Nations Evaluation Group. Disponible : <http://www.uneval.org/document/detail/21> (consulté le 5 mars 2016).

Whitehead M, Dahlgren G (2006). Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2010). Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf) (consulté le 22 février 2016).

WHO (2011). Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://www.who.int/gender/documents/health\\_managers\\_guide/en/](http://www.who.int/gender/documents/health_managers_guide/en/) (consulté le 24 février 2016).

WHO (2013a). Women's and children's health: Evidence of impact of human rights. Bustreo F, Hunt P, eds. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420_eng.pdf?ua=1) (consulté le 4 mars 2016).

WHO (2013b). WHO Evaluation Practice Handbook. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96311/1/9789241548687\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96311/1/9789241548687_eng.pdf) (consulté le 27 février 2016).

WHO (2013c). Handbook on health inequality monitoring – with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf?ua=1) (consulté le 24 février 2016).

WHO (2014a). Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua=1) (consulté le 4 mars 2016).

WHO (WHA67.12) (2014b). Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé Genève, Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Disponible : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R12-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R12-fr.pdf) (consulté le 4 mars 2016).

WHO (2015a). Glossary of terms used. Health impact assessment. World Health Organization. Disponible : <http://www.who.int/hia/about/glos/en/> (consulté le 8 mars 2016).

WHO (2015b). Health in All Policies Training Manual. Geneva: World Health Organization. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf) (consulté le 2 mars 2016).

OMS (2015c). Santé et droits de l'homme Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> (consulté le 4 mars 2016).

OMS (2015d). Déterminants sociaux de la santé Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [https://www.who.int/social\\_determinants/fr/](https://www.who.int/social_determinants/fr/) (consulté le 4 mars 2016).

OMS (2015e). Qu'est-ce que la couverture universelle en matière de santé ? Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible : [https://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/fr/](https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/fr/) (consulté le 4 mars 2016).

WHO and Ministry of Social Affairs and Health, Government of Finland (2013). Helsinki Statement on Health in All Policies 2013. Statement of the 8<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013. Disponible : [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf) (consulté le 4 mars 2016).

WHO and OHCHR (2015). A human rights-based approach to health. Information sheet. Disponible : [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/ESCR/Health/HRBA\\_HealthInformationSheet.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/ESCR/Health/HRBA_HealthInformationSheet.pdf) (consulté le 4 mars 2016).

WHO Regional Office for Europe (2008). The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen. Disponible : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf)







---

Dans le contexte des Objectifs de développement durable, dans tous les pays, les ministères de la santé et d'autres parties prenantes impliqués dans la conception et la mise en œuvre de programmes de santé sont confrontés à la question de savoir comment veiller à ce que personne ne soit laissé de côté. Nombreux sont ceux qui œuvrent à la réduction des inégalités en matière d'accès aux services, de protection contre les risques financiers et d'état de santé, y compris au moyen de réformes. Celles-ci concernent la mise en place de la couverture sanitaire universelle (CSU), ainsi que le renforcement de l'action intersectorielle et de la participation sociale, des programmes axés sur la sexospécificité et les droits de l'homme et de la surveillance des inégalités de santé. Le Guide technique Innov8 vise à soutenir ces efforts et constitue une ressource indissociable de l'approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et ne laisser personne de côté. L'approche Innov8 définit un processus d'examen en 8 étapes mené par une équipe nationale d'examen pluridisciplinaire. Cette approche porte sur la manière de rendre l'action programmatique concrète sur la base de données factuelles afin de lutter contre les inégalités et autres lacunes dans la réalisation des droits de l'homme et de l'égalité homme-femme. Elle vise également à prendre en compte les déterminants sociaux de la santé de façon plus globale. Le Manuel technique Innov8 est une ressource facile à utiliser comprenant des références de lecture, des exemples nationaux et des activités d'analyse à l'appui du processus d'examen des programmes.

---

